

TESIS

“POLITICAS DE PROMOCION AL ACCESO A MEDICAMENTOS

EL CASO REMEDIAR EN LA CIUDAD DE POSADAS – MISIONES”

Farmacéutico Alfredo Gustavo PEREZ

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

TRIBUNAL EXAMINADOR DE LA TESIS

Mgr. Stella ESTRADA

Dr. Roberto TAFANI

Dr. Jorge AGUIRRE

DEDICATORIA

**En memoria póstuma de mi sobrino Armando Javier PEREZ:
a quien DIOS "...lo quería LUZ, por ello lo inició humano."**

Al artífice de mi ser: DIOS. Sin Él, nada soy ni nada seré.

A mis hijos: Juan Simón por hacerme PADRE y Tiziana por hacerme entender que lo único perdurable es el amor.

A mis sufridos y sacrificados Padres que siempre entendieron que la Libertad tiene su precio de ser, pero vale la pena pelarla día a día.

A mis hermanos compañeros de este lapso acotado de existencia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los Profesores que dictaron esta Maestría su esfuerzo por formarme, en especial al Profesor Dr. Roberto TAFANI por su particular deferencia y paciencia para con quién suscribe.

Al Lic. Daniel Antonio BELTRAMI amigo y orientador de ésta.

Al Profesor Dr. Juan Carlos Luján FALKOWSKI amigo y orientador de ésta.

A las Autoridades del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones.

**Art. 23.- Ordenanza Rectoral del 03/77:
“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta Tesis”**

INDICE

RESUMEN	Pág. 7
SUMMARY	Pág. 9
INTRODUCCION	Pág. 11
OBJETIVOS	Pág. 38
MATERIALES Y METODOS	Pág. 39
RESULTADOS	Pág. 49
DISCUSION	Pág. 63
CONCLUSIONES	Pág. 65
ANEXO	Pág. 71
BIBLIOGRAFIA	Pág. 72

RESUMEN

En la literatura científica de salud existió un antes y un después al conocerse el Informe Black (1.980), hecho en Inglaterra y coordinado por Sir. Douglas Black. El debate suscitado por éste Informe, ilustró sobre la necesidad de disponer de investigaciones que expliquen las interrelaciones entre clase social, nivel de salud y uso de los servicios sanitarios.

El Programa REMEDIAR fue puesto en marcha en nuestro País en Octubre del año 2.002 con el propósito de mejorar el acceso a los medicamentos por parte de la población que se encontrare sin cobertura de salud y en situación de pobreza. Pero estos indicadores socioeconómicos; ¿en que medida se repiten luego de aproximadamente cuatro años y medio, fecha de la toma de muestra actual en esta investigación? Qué tipos de atributos presentan los usuarios del Programa REMEDIAR? Al ser un Programa de Provisión y Suministro Público, Directo y Gratuito de Medicamentos; se espera que el mismo sea utilizado por desocupados, jubilados, crónicos, discapacitados, etc?

Esta Investigación ayudará a conocer la situación y aportará datos provechosos para el/los Responsable/s del Programa REMEDIAR. A sabiendas que este Programa es a término y está financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); dichos datos aportados permitirá evaluar la conveniencia o nó de una redirección y/o reprogramación y/o continuidad o nó del mismo.

Esta TESIS busca determinar las condiciones socio económicas reales de los usuarios, sus atributos y características médico asistenciales. Asimismo con los datos recogidos se explora ciertas condiciones en las que los usuarios utilizan al programa Remediar y el análisis cruzado de estos últimos, nos permitirá de una manera no aislada, ensayar una explicación mas acertada de sus ocurrencias.

La TESIS que se desarrolla a continuación se compone de diferentes capítulos, los que en forma sucesiva aportan los elementos necesarios para evaluar el grado de cumplimiento de uno de los dos Objetivos Generales del Programa Remediar, el cual es: “Asegurar el acceso oportuno a medicamentos esenciales fundamentalmente para la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza”.

Esta TESIS se encuadra en un diseño no experimental, transversal y descriptivo en cuanto a su diseño.

El relevamiento efectuado en esta investigación, es en diez (10) Centros de Atención Primaria de la Salud (en su sigla: CAPS) donde funciona un sistema de Suministro Público, Directo y Gratuito de Medicamentos a la población de la ciudad de Posadas (capital de la provincia de Misiones - República Argentina), denominado popularmente Botiquín REMEDIAR. Los datos fueron tomados en la 2º quincena del mes de Abril del año 2.007, con éstos, se procedió a sistematizar y clasificar los contenidos de las diferentes informaciones obtenidas para brindarles los siguientes y principales resultados:

Que el Programa REMEDIAR en el cumplimiento de sus objetivos, exhibe una directa asistencia en medicamentos a su población objetivo y que de entre sus usuarios, lo utilizan en mayor medida aquellos Núcleos Familiares que se sitúan por debajo de la Línea de Pobreza (↓ LP), representado en un 55% de los casos y no excluye a los que poseen Seguridad Social (SS), ya que estos están representados por también un 55% de los casos, presentando así una doble cobertura: Programa Remediar + Seguridad Social.

Asimismo, las autoridades locales deberán ajustar el acceso oportuno en cuanto al horario de prestación de este importante servicio de salud, favoreciendo así aún más, el acceso a este vital recurso terapéutico.

Que aquellos usuarios que tengan las características de ser no pobres, con cobertura de Seguridad Social, Ocupados, que no poseen Patologías crónicas ni Discapacidad pero con Asistencia Estatal, están usufructuando el programa Remediar con el objeto de disminuir su gasto de bolsillo en materia de medicamentos y son los mismos que solicitan que aumente/amplíe la cobertura medicamentosa para poder ellos utilizarla según su conveniencia. Es mas, se demostró que cierto porcentaje de Núcleos Familiares poseen doble cobertura.

Asimismo, no se puede afirmar que exista una sobreutilización de este Programa por parte de éstos últimos, ya que para ello se necesita evaluar otros atributos y características que no fueron determinados/evaluados en esta investigación.

SUMMARY

The Black Report (1980) produced in England and coordinated by Sir Douglas Black, meant a turning point in the field of scientific literature. The debate following the report illustrated the need to have access to research results that explained the inter relationships among social class, level of health and the usage of public health services.

The health programme “REMEDIAR” was started in our country in October 2002, with the aim of improving the access to medicines in the case of inhabitants in poverty and without health insurance. Considering these as social indicators, to what extent have they repeated approximately four and a half years after the already stated date? - which by the way was the date the samples were collected. What type of attributes do users of “REMEDIAR” have? Being “REMEDIAR” a programme of free, direct, and public supply of medicines, is it possible to expect users to be unemployed, retired, relapsed or handicapped people?

This research intends to shed light on this situation, as well as to provide with useful data for the people responsible for the management of “REMEDIAR”. Taking into consideration the fact that this programme is funded by the “Banco Interamericano de Desarrollo (BID)”, the resulting data will allow an assessment of the convenience of a change in the direction and / or re-programming / even of its continuity.

This thesis intends to determine the real socio- economic conditions of users, their attributes and the characteristics related to the health assistance required.

At the same time, with the collected data, certain conditions under which users benefit from the programme are explored; by cross- analyzing these , it will be possible to try to assert a more accurate explanation of their occurrence.

The thesis is organized in chapters, which in successive stages will provide the necessary elements to evaluate the degree of achievement of one of the programme “REMEDIAR” two aims as follows: “To secure the access to essential medicines mainly for the population without health insurance, living in poverty”

This thesis is developed in a non-experimental, transversal and descriptive design.

Data collection took place in ten (10) Centers for Primary Health Care (CAPS). These are the places where the public, direct and free supply of medicines to the population of Posadas (Misiones) takes place, they are known as “Botiquin REMEDIAR”.

Data collection took place during the second half of April 2007. With this information, a process of systematization and classification of the contents was started aiming at providing the following results:

- The programme “REMEDIAR”, when fulfilling its aims, shows a direct supply of medicines to its target population; among its users they are mainly families under the line of poverty, represented by a 55% of cases. This percentage includes families already having health care; this also represents 55% of cases with a double benefit: the programme “REMEDIAR” plus health care insurance. Likewise, local authorities will have to adjust operating hours of the access to this important health service in order to improve availability for users.
- That some users - who do not comply with being poor, have their own health care services, do not have chronic diseases or are handicapped, but have official health care and are also benefitting from the programme “REMEDIAR” with the intention of lowering their expenses on medicines - are the same people who request a wider supply of medicines to satisfy their convenience. Even more, it was demonstrated that a certain percentage of families have double insurance.
- Nevertheless, it is not possible to demonstrate over usage of the programme on behalf of this last group, in this case other attributes and features not included in this research should have to be evaluated.

INTRODUCCION

El Gasto en Salud

La salud es el máspreciado de los bienes individuales, bien sin el cual no es concebible el desarrollo de las personas. Junto con la libertad integra lo más valorado y deseable por las sociedades que tienen a la justicia como ideal. Según algunas concepciones, la justicia sanitaria es efectiva en una sociedad cuando la salud no solo es reconocida como un derecho del individuo, sino como un deber del Estado. Otras, en cambio, proponen que el papel del Estado en materia de salud debe limitarse a la regulación y fiscalización de la calidad de los servicios ofrecidos¹.

Concepciones válidas o no, lo cierto es que en la mayoría de los países la organización y financiamiento de los sistemas de salud se traslucen en políticas y administraciones sanitarias, quiénes consumen casi la totalidad de los esfuerzos y recursos asignados por sus gobiernos, sin cosechar aún grandes satisfacciones dentro de la sociedad.

El debate estado-mercado; público-privado; individuo-comunidad; costo-beneficio y/o costo-utilidad y gasto-eficacia son temas de aún candente actualidad. Las evidencias del incremento del gasto en salud sin grandes resultados y del aumento, o por lo menos el mantenimiento, de las desigualdades sociales y sanitarias preocupan a los evaluadores sanitarios, quiénes no perciben mejorías considerables en los índices de morbilidad y mortalidad².

El Sector Salud en la Argentina es un Sistema único y complejo que se apoya en tres grandes subsectores que tienen organizaciones, financiamiento y objetivos diferentes.

Representa aproximadamente un 7% del Producto Interno Bruto (PIB) y se divide en: un subsector público (1,7% del PIB); un subsector privado (2,3% del PIB) y un subsector de la Seguridad Social o comúnmente llamado de las “Obras Sociales” (2,4% del PIB)³.

El subsector público está organizado a través de los Ministerios de Salud tanto a nivel Nacional como Provinciales; posee una red de hospitales públicos, centros de salud, instituciones de investigación, capacitación y fabricación de biológicos. En la esfera nacional se programa, coordinan y financian programas nacionales de salud; la esfera provincial es la responsable de proveer los servicios de atención a las personas y en los municipios, al igual que las provincias, prestan servicios de atención abiertos a toda la

¹ Peretta, M. y Ciccía, N. Año 1.998. “Reingeniería de la Práctica Farmacéutica”. 1º Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Páginas 4 y 5.

² Peretta, M. y Ciccía, N. Año 1.998. “Reingeniería de la Práctica Farmacéutica”. 1º Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Páginas 4 y 5.

³ Key Market. Consultora de Salud. Buenos Aires. Año 2006. Disponible en www.keymarket.com.ar.

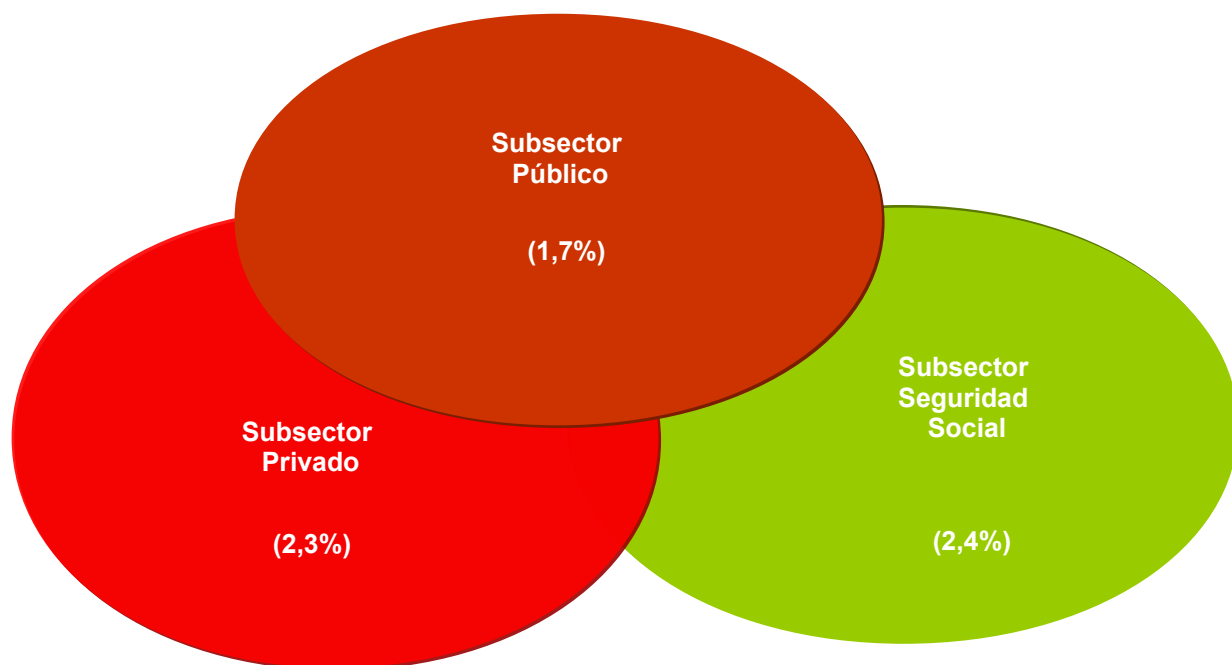
población. El Sistema Público se financia con fondos provenientes de impuestos directos e indirectos a través de aportes del Estado.

El subsector privado está formado por las empresas de medicina privadas (llamadas pre pagas), las mutuales y los prestadores privados a través de: sanatorios, clínicas, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, consultorios, especialistas etc.

Finalmente, la seguridad social está constituida por las obras sociales, entre las que se destacan las obras sociales sindicales, pertenecientes a los trabajadores organizados; las obras sociales provinciales, perteneciente a los trabajadores estatales de las provincias; la obra social de jubilados y pensionados (PAMI) y obras sociales de instituciones tales como las universidades, el poder judicial y las fuerzas armadas. Obtienen sus ingresos de los aportes obligatorios de los trabajadores (3%) y la contribución patronal (6%) y un aporte del 0,5 % para el PAMI que hacen todos los trabajadores en relación de dependencia⁴.

El universo poblacional de este complejo sector abarca a todos los habitantes del país, pero con una marcada desigualdad entre los sectores y diferentes posibilidades de elección de las personas de pertenecer a uno u otro subsector.

Gráfico N° 1: Sector de Salud Argentino en función al % de PBI Nacional

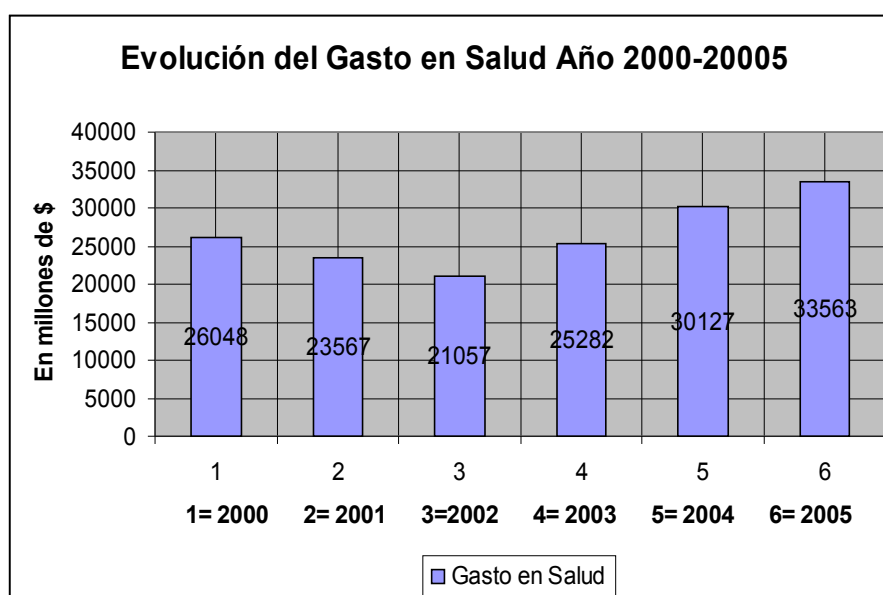


Fuente: Key Market. Año 2.006. Consultora de Salud. Buenos Aires. Disponible en www.keymarket.com.ar

⁴ Key Market. Consultora de Salud. Buenos Aires. Año 2006. Disponible en www.keymarket.com.ar

Asimismo el gasto total en salud en el año 2.005 fue de 33.563 millones de pesos, discriminados en 9.553 millones de pesos en Obras Sociales, 3.947 millones de pesos en Prepagas, 2.997 millones de pesos le corresponden al PAMI, 8.918 millones de pesos son gastos del Estado y 8.148 millones de pesos están en la categoría de “otros”. En la categoría otros se agrupan los gastos privados de los hogares en medicamentos, aparatos terapéuticos, consultas profesionales privadas y servicios privados, no cubiertos por las prestaciones básicas de los seguros de salud. Este gasto asciende a 8.148 millones de pesos, de los cuales unos 7.840 millones de pesos corresponden al gasto de bolsillo de los hogares – principalmente medicamentos⁵.

Gráfico N° 2: Evolución del Gasto del Sector Salud Argentino. Años 2000-2005.-



Fuente: Key Market. Año 2.006. Consultora de Salud. Buenos Aires. Disponible en www.keymarket.com.ar

Cuadro N° 1: Gasto en Salud “per capita” en Argentina. Año 2.005.-

	Obras Sociales*	PAMI	Prepagas y Mutuales	Salud Pública	Otros Gastos de Salud	País
Gasto en Salud por Sector Financiador (en Millones de \$)	\$ 9.553	\$ 2.997	\$ 3.947	\$ 8.918	\$ 8.148	\$ 33.563
Beneficiarios	16.432.580	2.860.183	2.954.418	15.634.839	37.882.020	37.882.020
Gasto per cápita anual (en millones de \$)	\$ 581	\$ 1.048	\$ 1.336	\$ 570	\$ 215	\$ 886

(*) Sin PAMI y deducido los beneficiarios con doble cobertura.

⁵ Key Market. Consultora de Salud. Buenos Aires. Año 2006. Disponible en www.keymarket.com.ar

Fuente: Key Market. Año 2.006. Consultora de Salud. Buenos Aires. Disponible en www.keymarket.com.ar

El Gasto en Medicamentos

La mayoría de los libros de historia de la medicina manifiestan que el hombre primitivo desde la remota antigüedad y en las primeras civilizaciones utilizó remedios para el tratamiento de las enfermedades.

Los medicamentos constituyen hoy día el procedimiento terapéutico masivamente mas empleado. Prescribir o medicar y dispensar se ha convertido, tanto para profesionales de la salud como para la población, en prácticas sociales consideradas naturales y frecuentes. Esto último ha dado lugar al inadecuado uso de los medicamentos, que constituye desde hace un tiempo un problema de significativa magnitud. Costoso y peligroso, el consumo irracional de medicamentos es un fenómeno extendido que se multiplica con rapidez en todo el mundo⁶.

Al decir de la Organización Mundial de la Salud “El uso irracional de los medicamentos constituye un problema en todo el mundo. Se estima que la mitad de todos los medicamentos se recetan, dispensan o venden de forma inadecuada y que la mitad de los pacientes no toman su medicación correctamente. El uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos da lugar a un desperdicio de recursos y a la propagación de peligros para la salud”. Además, la venta de medicamentos falsificados y de calidad inferior sigue siendo motivo de preocupación en todo el mundo⁷.

El gasto total en medicamentos realizado en Argentina en el año 1997 fue un poco mas de \$ 6.300 millones, lo que representa alrededor del 27% del gasto total en salud.⁸

Cuadro N° 2: Composición del Gasto en Medicamentos. Argentina – Año 1997 (en millones de pesos).

⁶ González García, G. Año 1.994. “Remedios Políticos para los Medicamentos”. 1º Edición. Buenos Aires. Fundación ISALUD. Página 7.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Año 2004. “Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: Lo esencial son los Países”. Ediciones OMS. Ginebra. Páginas 1 y 2.

⁸ Falbo, R. E. Año 2.003. “Estudios sobre el Gasto en Medicamentos en Argentina”. Buenos Aires. PROAPS. Página 27.

Hogares	4086
Financiadores	1191
Empresas de Medicina Pre Paga	156
OO.SS. Nacionales y Provinciales	682
PAMI	353
Prestadores	866
Hospitales Públicos	436
Clínicas y Sanatorios	430
Otros	168
Médicos y Odontólogos	13
Servicios de Diagnósticos y Tratamientos	70
Emergencias	3
Gobierno	15
Instituciones sin fines de lucro	67
TOTAL	6.311

Fuente: Falbo, R. E. Año 2.003. “Estudios sobre el Gasto en Medicamentos en Argentina”. Buenos Aires. PROAPS. Página 20.

Datos del año 2005, ubica al gasto estimado en medicamentos en el orden de los \$ 7.840 millones.⁹

El Mercado de Medicamentos

El mercado de medicamentos, como parte sustantiva de los mercados de la salud, exhibe estructuras de competencia imperfecta, a la vez que conjuga una estrecha interdependencia con los servicios asistenciales, tanto ambulatorios como de internación. Los dos primeros rasgos señalados impiden un equilibrio óptimo de asignación de los recursos y maximización del bienestar si se los deja librado a su propia dinámica interna. La estrecha interdependencia con los mercados de servicios asistenciales de salud complica la situación en la medida que cualquier distorsión de aquellos, se trasladará magnificada al mercado farmacéutico.

Una característica fundamental de este particular mercado, compartida con los demás bienes y servicios del mercado de la salud, es que, en general, quien consume no elige,

⁹ Key Market. Consultora de Salud. Buenos Aires. Año 2006. Disponible en www.keymarket.com.ar

quien elige no paga y quien paga, aunque sea parcialmente, es un tercero. Como consecuencia de ello existen intereses contrapuestos ya que: quien paga tendrá como objetivo minimizar sus costos; quien consume querrá lo mejor para sí sin tener a su alcance el conocimiento y quien decide se ve influenciado por la oferta, que, además de tener características concentradas, tratará de inducir a un mayor consumo.

La oferta, en búsqueda de continuas rentas diferenciales, produce condiciones monopólicas con la ayuda del proceso de innovación. Nuevos productos, procesos y formas organizativas permiten aprovechar un conocimiento asimétrico. Estas características especiales de los mercados de salud, y del de medicamentos en particular involucran un conjunto de desafíos a su regulación. Por un lado, aparecen los desafíos tradicionales de la regulación, es decir la reducción de las fallas del mercado. Por el otro, involucran también la preocupación con la reducción de las consecuencias sobre la salud y la equidad que la dinámica de producción, comercialización, y consumo de medicamentos puede generar¹⁰.

El mercado de medicamentos en Argentina involucra un conjunto de funciones de: producción, distribución, financiación, consumo y regulación. Hay un conjunto de actores o agentes que asumen diferentes roles en estas funciones¹¹.

Desde la segunda mitad del siglo veinte la disponibilidad de fármacos efectivos para el tratamiento de numerosas enfermedades ha aumentado en forma notoria. Sin embargo, el acceso a los mismos por parte de la población con menores recursos económicos, particularmente en los países en desarrollo, continúa siendo un desafío urgente.

En el mundo de hoy, la producción y comercialización de medicamentos configura uno de los mercados globales más poderosos. Según estimaciones de la propia industria – publicadas en www.imshealth.com -, las ventas mundiales habrían crecido de 354.000 millones de dólares en el 2.000 a 406.000 millones este año¹².

La industria productora de medicamentos ha mantenido precios altos en la Argentina. Los laboratorios comenzaron a incrementar sus precios de forma cada vez mas acelerada y lo hicieron por encima del incremento de costos. Entre 1991 y 1997 los medicamentos aumentaron el 96% a pesar de que prácticamente no hubo inflación. En el año 2001 la industria de medicamentos facturó \$ 3570 millones. En los tres primeros meses del 2002,

¹⁰ Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos. Año 1.999. “El Mercado de los Medicamentos en la Argentina”. Estudios de la Economía Real N° 13. Buenos Aires. Páginas 1 y 2.

¹¹ Tobar, F. Año 2.004. “Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”. Página 6.

¹² Ministerio de Salud de la Nación. Año 2.007. “Política de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico”. Buenos Aires. Disponible on line en www.msal.gov.ar

para una muestra de 26 medicamentos líderes se registró un aumento del 55% y en algunos casos llegó al 130%.¹³

En la Argentina del año 2.002 se comercializan aproximadamente 1.733 principios activos, contenidos en 6.601 medicamentos (nombres de fantasía) con 13.275 presentaciones¹⁴.

Según publicaciones disponibles en www.imshealth.com, en el mercado de venta bajo receta los 200 medicamentos más vendidos representan el 51% de las unidades vendidas y el 45,4% de la facturación en este rubro. Más notoria es la concentración en el mercado de venta libre ya que casi el 83% de las unidades vendidas se concentra en sólo 100 productos y originan el 78% de la facturación en este rubro.

Hace años que nuestro País se ubica entre los primeros doce mercados de medicamentos; representó el 1.5% (1976), el 1.3% (1985) y el 1,4% (1996) de las ventas mundiales¹⁵

En el 2004, representó un giro del orden de los \$ 9.765 millones o el 3,1 % del PBI Nacional y las encuestas del Ministerio de Salud de la Nación, concluyen que se produjeron en el mismo año 30,3 millones de actos de compra de medicamentos en Farmacias por mes; casi el 70% declara haber utilizado medicamentos durante el último mes y unos 3,2 millones de Argentinos que declaran no percibir ingresos, afirman consumir medicamentos.¹⁶

Estos datos dan cuenta de la gran concentración que se produce en las ventas por marcas, más que por principio activo. Los laboratorios a través de sus estrategias de marketing históricamente han posicionado sus marcas comerciales generando en la cultura popular la identificación de la misma como el nombre del producto.

Este mercado ha registrado un importante crecimiento en los últimos años, como consecuencia de ello Argentina llegó a ubicarse en la posición N° 11 del Ranking de venta dentro del Mercado Farmacéutico Mundial en valores¹⁷.

Así, las familias soportan un gran porcentaje del gasto total en medicamentos y las variaciones en los precios de estos impactan fuertemente en el ingreso de los individuos, dificultando, así el acceso a los medicamentos esenciales a una gran parte de la población.

¹³ Tobar, Federico. Año 2.006. "Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas". REMEDIAR. "Manual de Capacitación Operativa" PROAPS-REMEDIAR. Página 9 y 10. Disponible on line en www.federicotobar.com.ar

¹⁴ Tarragona, Sonia y De la Puente, Catalina. Año 2.002. "La Política Nacional de Medicamentos: ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?". Ministerio de Salud. Página 4.

¹⁵ Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos. Año 1.999. "El Mercado de los Medicamentos en la Argentina". Estudios de la Economía Real N° 13. Buenos Aires. Páginas 1 y 2.

¹⁶ Tobar, F. Año 2.006. "Mitos sobre los Medicamentos en la Argentina". Nueva York.

¹⁷ Tarragona, Sonia y De la Puente, Catalina. Año 2.002. "La Política Nacional de Medicamentos: ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?". Ministerio de Salud. Páginas 4 y 5.

Fallas del Mercado de Medicamentos

Los medicamentos son bienes de consumo, pero no son normales. Desde un punto de vista económico registran particularidades que los diferencian de cualquier otro bien. Si se los considera como bien de salud constituyen el recurso médico y terapéutico usado con mayor frecuencia. Esto significa que las limitaciones en su producción, circulación y consumo tienen un altísimo impacto sobre la salud de la población y fundamentalmente sobre la distribución de los *stocks* de salud dentro de la sociedad. La consecuencia más relevante de tales limitaciones (ó “fallas”) es el desajuste entre los recursos ofertados y las necesidades de salud de la población, esto configura lo que ha sido denominado como el problema del acceso.

El farmacéutico es uno de los mercados de bienes más complejos, debido a la cantidad de actores en él involucrados y la diversidad de roles que estos asumen en el proceso que va desde la producción hasta el consumo.

Algunas de sus características lo hacen difícil de comparar con otros sectores. Por su alto ritmo innovativo se asemeja al mercado informático. Por la diversidad de los productos, tamaños y complejidades de las empresas productoras, se podría asemejar a la industria alimenticia. Por el volumen de facturación podría ser comparable a la industria bélica. Por la cantidad de intermediaciones y en especial de actores que participan en su financiación, es muy similar al sector de servicios médicos.

En la literatura especializada se han identificado varios factores que limitan la competencia o que generan una competencia imperfecta en el mercado de medicamentos, como por ejemplo: la capacidad de la oferta para crear o inducir su propia demanda, la relación de agencia imperfecta, la protección por patentes y la lealtad a la marca, además de la concentración oligopólica por segmentos de productos. Pero en realidad, se trata de un conjunto de manifestaciones de una misma causa, una asimetría de información que permite una diferenciación Artificial de los productos por la cual aunque haya muchos fabricantes, siempre se tienden a mantener monopolios transformando a los consumidores en cautivos.

Vale la pena detenerse en tres consecuencias de esta fuerte diferenciación por marcas en la producción, circulación y consumo de medicamentos:

- a) su alta dispersión de precios,
- b) la inelasticidad precio, y
- c) la regresividad de su financiación.

a) No hay ningún otro bien que circule en los mercados mundiales para el cual pueda haber tanta diferencia de precios entre productos que responden a las mismas especificaciones

técnicas. En este caso, no se trata de un problema local ni regional. Tanto en países en desarrollo como en países desarrollados, la dispersión en los precios de los medicamentos llega a duplicar la de los alimentos y otros bienes industriales, como vehículos y herramientas. Se trata de la consecuencia de toda una compleja lógica de producción, comercialización (incluyendo aquí prescripción y dispensación) así como de utilización de los productos que propician su diferenciación.

b) El medicamento como bien, registra una demanda inelástica al precio. Es decir, las cantidades de medicamentos demandadas varían menos que proporcionalmente a la variación de su precio. En una situación de libre mercado, una demanda de medicamentos inelástica en presencia de una industria farmacéutica altamente concentrada deja al consumidor en una situación de gran vulnerabilidad. La existencia de pocas empresas por el lado de la oferta (oligopolios) hace que las mismas tengan cierto control sobre el precio, con lo cual éstas podrían elevar sus precios sin que ello genere grandes disminuciones en la demanda. Un caso extremo, por ejemplo, sería el consumo de insulina por parte de la población diabética. Sea cual sea su precio, el paciente que necesita de esa medicación no puede dejar de demandarla aún cuando su precio aumente. En el caso de otros bienes, por ejemplo las entradas al cine, la cantidad demandada disminuirá más que proporcionalmente ante incrementos en el precio.

c) Los pobres gastan, proporcionalmente, mucho más que los ricos en medicamentos, porque registran mayores necesidades relativas y disponen de menores condiciones para adquirirlos. Esta situación es mucho más grave en los países en desarrollo ya que, en ellos una porción mayor de la financiación de los medicamentos depende de los ingresos de los hogares. En otras palabras, en los países desarrollados el gasto en medicamentos es predominantemente financiado con recursos públicos mientras que en los países en desarrollo se financia con recursos privados.

En reacción a estas consecuencias de la forma particular en que son producidos, comercializados y utilizados los medicamentos, los países han comenzado a incorporar nuevos esquemas regulatorios que apuntan a promover el acceso de la población a los medicamentos.

Políticas de Medicamentos

Bajo el nombre general de “política de medicamentos” se hace referencia a intervenciones muy diversas. La política puede apuntar a:

- a) garantizar, controlar o promover la calidad de los productos;
- b) incentivar la producción de una determinada categoría terapéutica;

- c) alterar los circuitos de distribución;
- d) modificar la prescripción, la dispensa y la utilización, etc.

Cada una de las soluciones adoptada, privilegia un problema y parte de un diagnóstico determinado.

En la última década de esta nuestra América Latina, el gasto en medicamentos se disparó e incrementó su participación dentro de los gastos sanitarios de los países, los precios de los productos subieron aunque en general la cantidad de unidades vendidas disminuyó y una proporción creciente de la población permaneció sin acceso a las drogas más esenciales. Sin embargo, hay motivos para ser optimistas, nuestros hombres de Estado han empezado a percibir esta problemática y los medicamentos comienzan a adquirir protagonismo en las agendas públicas. El surgimiento de agencias reguladoras en América Latina como la ANMAT (Argentina), ANVISA (Brasil) y el INVIMA (Colombia) podrían interpretarse como actos alentadores.

Esto requiere de los estados que restauren una capacidad de regulación perdida, o al menos deteriorada. Pero volver a regular implica no sólo garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los productos sino también que sus consecuencias económicas sean positivas. La incorporación progresiva de herramientas económicas para fortalecer y reformular la regulación de los medicamentos constituye una de las más promisorias y novedosas alternativas para superar los efectos adversos de una década de desregulación de los mercados de fármacos en América Latina.

En otros términos, cuando considerar a los medicamentos como bienes de consumo y cuando como bienes sociales.

El medicamento como bien social¹⁸:

Por un lado, si se los analiza con el centro puesto en el paciente y en la comunidad, se trata de bienes sociales. Bienes meritorios cuyo consumo beneficia no solo a quién lo realiza sino también a otros. Pero más aún en el sentido inverso: bienes cuyo no consumo por parte de muchos puede perjudicar a la comunidad en su conjunto (condición de no excluibilidad). Cuando se lee el cuadro en ese sentido, es posible descubrir una lógica que atraviesa todo el circuito que comienza con la investigación y desarrollo de los fármacos, luego su producción, comercialización, prescripción, dispensa y por último, su utilización por parte de la población, de los pacientes. Por ejemplo, una lectura del medicamento como bien social requiere del diseño de una agenda de investigación y desarrollo de nuevas

¹⁸ Tobar, F.; Sánchez, D. y Colaboradores. Año 2006. “El Impacto de las Políticas de Medicamentos Genéricos sobre el Mercado de Medicamentos en tres Países del MERCOSUR: Informe de Avance”. Montevideo. R O U. Fundación Carolina. Página N° 13

moléculas orientada a resolver los desafíos epidemiológicos de un país, o mejor aún, del mundo en su conjunto: una agenda de investigación y desarrollo (I&D) orientada a reducir la carga global de enfermedad. Esto involucraría contar con un sistema de incentivos para que los nuevos medicamentos generen un verdadero impacto sobre las enfermedades prevalentes en la población. Para ser coherentes con esta lectura, el registro y la producción deberían ser limitados al criterio de medicamentos esenciales y no habría productos huérfanos (aquellos que nadie se interesa en producir por su baja rentabilidad). La formación de precios sería precisa, transparente y fuertemente monitoreada por el Estado. La financiación sería predominantemente pública ya que esto permitiría garantizar la equidad en el acceso para todos los sectores sociales. Esto también requeriría de fuentes sustentables ya que, si no hubiera barreras en el acceso, la demanda de estos bienes deberían tener carácter contracíclico, puesto que las personas se enferman más y somatizan en los períodos de depresión económica. Además la comercialización debería ser limitada a oficinas de farmacia con profesionales a cargo. La propaganda médica fuertemente regulada y sometida a controles de su rigor científico, probablemente restringida al prescriptor y no dirigida al público en general. Por otro lado, la farmacovigilancia se extendería hacia la verificación del uso racional incorporando el monitoreo de los criterios de prescripción, dispensa y hábitos de consumo por parte de los pacientes. Es verdad que ningún país se aproxima hoy a este esquema. Sin embargo, es posible encontrar ejemplos aislados de cada aspecto en diversos lugares.

El medicamento como bien de mercado¹⁹:

La lectura del medicamento como bien de mercado es más similar a la realidad de los países de América Latina. Comienza con una investigación y desarrollo de productos mucho más motivada por intereses comerciales que por el interés en la salud pública. La cantidad de drogas huérfanas y el bajísimo registro de moléculas orientadas al combate de las enfermedades tropicales da cuenta de ello. Además, en un informe reciente da testimonio de ello cuantificando el bajo interés de la industria en desarrollar medicamentos para pobres. Entre 1975 y 1997 se registraron 1223 nuevas patentes comerciales de medicamentos. De ellas 379 (30,9%) son consideradas innovaciones terapéuticas, pero solo 13 (1%) sirven específicamente para enfermedades tropicales. Dos de estas 13 son versiones actualizadas de descubrimientos anteriores, otras dos derivan de investigaciones militares para el desarrollo de productos bélicos, cinco provienen de la investigación

¹⁹ Tobar, F.; Sánchez, D. y Colaboradores. Año 2006. “El Impacto de las Políticas de Medicamentos Genéricos sobre el Mercado de Medicamentos en tres Países del MERCOSUR: Informe de Avance”. Montevideo. R O U. Fundación Carolina. Páginas 14, 15 y 16.

veterinaria y sólo 4 son resultados de investigaciones cuyos objetivos centrales consistían en combatir enfermedades tropicales en humanos. Si desde 1910 hasta 1970 la contribución de la industria farmacéutica a la reducción de la carga global de enfermedad fue crucial, luego su impacto se reduce. El alineamiento de la cadena de producción y comercialización de productos orientado a la pura búsqueda de rentabilidad, permitió que desaparecieran del mercado productos para el tratamiento de enfermedades tropicales descubiertos entre los 50 y los 60.

Un conjunto de factores actuaron desde el lado de la oferta, ampliando esa brecha entre ricos y pobres y reduciendo el impacto epidemiológico global de la innovación farmacéutica: 1) El alto costo de la innovación; 2) La concentración creciente de la oferta; 3) La falta de competencia; 4) La financiación desigual y, 5) La formación de precios. La política de medicamentos podría representarse a través de un triángulo en cuyos vértices se ubican: la política industrial, la de ciencia y tecnología y la política sanitaria²⁰.

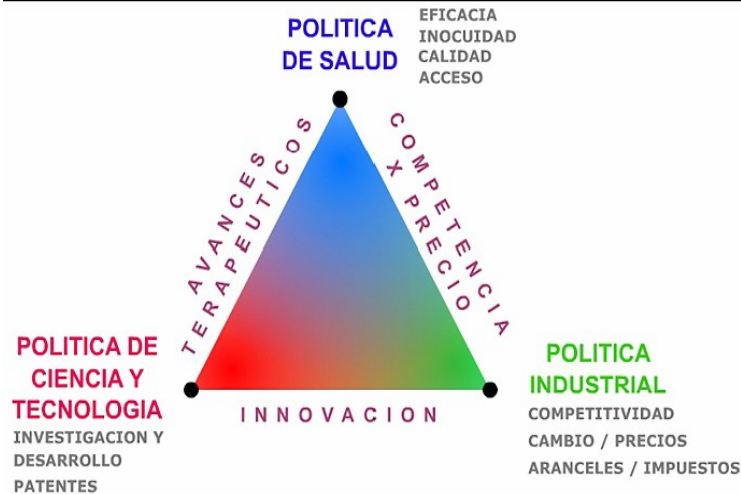
Desde la perspectiva de la política industrial, se busca la competitividad tanto a nivel interno como mundial. Los instrumentos empleados para ello son las modificaciones de los aranceles e impuestos aplicables al sector, las alteraciones derivadas de la política monetaria (en particular la cambiaria), incluso hasta la fijación de precios.

Desde la perspectiva de la política de ciencia y técnica la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo. Los gobiernos nacionales y locales utilizan para ello diferentes herramientas de fomento a la innovación, tales como subsidios directos e indirectos, la protección de patentes, convenios entre universidades y empresas, etc. Aún desde la perspectiva de la política sanitaria la problemática no se limita a velar por el acceso de la población a los medicamentos. Hay también toda una compleja área de fiscalización y vigilancia que involucra la garantía y el control de calidad de los productos, la seguridad de su efecto terapéutico y la farmacovigilancia en su conjunto.

La preocupación sanitaria por el acceso comparte con la política industrial la promoción de la competencia vía precios y con la política de Ciencia y Técnica la preocupación por promover avances terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la calidad. Generalmente uno de los lados de este triángulo resulta más amplio que los otros. La imagen de una política de medicamentos integrada es solo un objetivo a perseguir que no debe inhibir la formulación de políticas.

Gráfico N° 3: Ejes problemáticos en la formulación de políticas de medicamentos

²⁰ Tobar, F. Año 2.002. “Las Políticas de Medicamentos y el Problema del Acceso”. Buenos Aires. Revista Boletín Fármacos. Volumen N° 5; N° 4. Página 4.



Fuente: Tobar, F. Año 2002. “Políticas para Mejorar el Acceso a los Medicamentos”.
 Revista Boletín Fármacos Volúmen N° 5; N° 3.

En esta representación se podría postular que en el vértice superior, cuando se regula con objetivos sanitarios, se asume al medicamento como bien social. Mientras que cuando las prioridades se desplazan hacia la política industrial y la innovación, se estaría tendiendo a una lectura del medicamento como bien de consumo. Como todo modelo, ello es una abstracción y una reducción de la realidad (que siempre es más compleja) a unas pocas variables; asimismo, aunque la conducción de la política se haga claramente desde uno de los vértices, aún hay márgenes de operación. Es decir, no es lo mismo una política de medicamentos conducida por las autoridades sanitarias que prioriza el acceso que otra que privilegia la calidad de los productos o su seguridad.

Hoy el escenario debe constituir necesariamente un punto de inflexión. La conducción de la política de medicamentos centrada en los vértices inferiores del triángulo se agotó. Algunos países de la región que ya cuentan con agencias reguladoras están asumiendo el liderazgo del cambio. Pero sus conductores saben que no se puede volver al modelo tradicional, ahora la política no puede pivotar por los vértices. Una política de medicamentos adecuada requiere encontrar equilibrios parciales en diferentes puntos del interior del triángulo. Se puede enumerar un conjunto de desafíos para la regulación de medicamentos en este nuevo contexto. Todos ellos involucran decisiones u obstáculos a ser superados para conseguir avanzar en la implementación de políticas que asuman en la regulación, el objetivo de promover el acceso a los medicamentos ya que la sola creación de agencias de regulación no es suficiente como para resolver el problema. El mayor desafío actual de la regulación es promover un acceso equitativo a los medicamentos. El gasto en salud tiende a crecer y dentro del gasto en salud también tiende a crecer la

participación del gasto en medicamentos. Esta es una tendencia mundial, aunque no se registra de igual forma en todos los países ni regiones. En los países desarrollados ese crecimiento está asociado a un mayor acceso de la población a los medicamentos pero en los países en desarrollo no. De hecho, en los países en desarrollo el gasto en medicamentos puede crecer o permanecer igual pero esto ocurre de forma simultánea a una menor utilización. Otra evidencia es que en los países desarrollados el gasto en medicamentos es predominantemente financiado con recursos públicos mientras que en los países en desarrollo lo es con recursos privados²¹.

Políticas de Medicamentos centradas en el Acceso

El acceso a los medicamentos es una función de un conjunto de factores entre los que se destacan cuatro²²: 1) El sistema de cobertura médica (¿quién paga por los medicamentos?); 2) La selección racional de los productos a ser cubiertos (¿qué medicamentos son cubiertos?); 3) La financiación sustentable para su adquisición (¿qué recursos hay para financiar la adquisición de los medicamentos cubiertos?); y, 4) Los precios de los medicamentos en el mercado (¿a qué costos se adquieren los medicamentos?).

Gráfico N° 4: Determinantes del Acceso a Medicamentos



Fuente: Tobar, F. Año 2.004. “Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”. Página 6.

Los gobiernos de diferentes países han realizado distintos tipos de intervenciones para revertir esta situación. En las últimas décadas, y siguiendo ejemplos comparables de países

²¹ Tobar, F y Godoy Garraza, L. Año 2.002. “Un vademécum político: Alternativas en la formulación de Políticas de Medicamentos”. Revista Gestión en Salud. Año 2; N° 5.

²² Tobar, F. Año 2.004. “Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”. Página 7.

desarrollados, las alternativas centradas en incrementar la competencia en el mercado de medicamentos han adquirido creciente protagonismo. Le corresponde al Estado establecer los principios y las bases doctrinales, legales y administrativas necesarias para garantizar un intercambio justo de bienes y servicios, así como la transparencia de los procesos. Regular es corregir las fallas, las distorsiones y presiones para que este intercambio resulte más justo. Pero el significado de la justicia no es igual en todos los países y la regulación no es la única forma de promover el acceso a los medicamentos.

Las políticas de medicamentos centradas en la promoción del acceso se clasifican en dos grupos²³:

1. Por un lado las políticas regulatorias que buscan introducir normas e incentivos en el mercado para corregir los desvíos que se producen en el proceso de producción, circulación, intercambio y utilización de los medicamentos buscando resultados más equitativos.
2. Por el otro las acciones de provisión y suministro directo, por las cuales el Estado adquiere o produce estos bienes para brindarlos de forma directa a la población.

Cada una de estas categorías de políticas presenta ventajas específicas. Además no se trata de medidas necesariamente contradictorias sino de acciones que pueden ser implementadas de forma conjunta en el anhelo de acelerar el impacto de la política sobre el acceso. En este caso, ni aún una política regulatoria eficaz que consiga una fuerte reducción en los precios de mercado, conseguiría mejorar el acceso de este grupo. Además, el separar la provisión directa de la regulación sigue solo fines analíticos, puesto que al configurarse un amplio mercado con un comprador único se puede operar regulando al mercado desde la demanda. Esto genera una eficiencia, se ha calculado que con un gasto público de entre 5 y 10 dólares al año se conseguiría abastecer a la gran mayoría de la población con medicamentos esenciales.

Cuadro N° 3: Políticas de medicamentos centradas en el acceso

²³ Tobar, F.; Sánchez, D. y Colaboradores. Año 2006. “El Impacto de las Políticas de Medicamentos Genéricos sobre el Mercado de Medicamentos en tres Países del MERCOSUR: Informe de Avance”. Montevideo. R O U. Fundación Carolina. Páginas 19 y 20.

TIPO DE POLITICA	CARACTERISTICAS
REGULACION	1. Busca reducir fallas del mercado. 2. Puede involucrar un aumento de la competencia por precio y calidad.
PROVISION Y SUMINISTRO DIRECTO	3. Alto impacto redistributivo 4. Promueven uso racional.

Fuente: Tobar, F.; Sánchez, D. y Colaboradores. Año 2006. “El Impacto de las Políticas de Medicamentos Genéricos sobre el Mercado de Medicamentos en tres Países del MERCOSUR: Informe de Avance”. Montevideo. R O U. Fundación Carolina. Página 21.

Sin embargo, la regulación es una conquista progresiva. Un primer conjunto de medidas centradas en la regulación de la oferta y otro segundo conjunto centrado en la regulación de la demanda.

Entre las medidas reguladoras que actúan sobre la oferta tenemos los controles directos de precio; recurso a las licencias obligatorias y flexibilización de patentes; la reducción de la carga impositiva; la disminución de las barreras de entrada a la importación tales como aranceles y registro.

Algunos de estos instrumentos de política han presentado problemas. El control de precios, por ejemplo, puede promover efectos adversos como incentivar la “cuasi innovación”, la corrupción, o la escasez de determinados productos.

Entre las medidas que operan desde el lado de la demanda se han destacado la política de promoción del uso de los medicamentos por su nombre genérico vía prescripción o habilitando la sustitución. Otra de las principales herramientas regulatoria es la selección. Se trata de operar sobre las barreras de ingreso al mercado. Puede tratarse del mercado general de una país (o incluso un estado provincial) o del ingreso al mercado de la financiación colectiva. La selección no solo afecta al gasto en medicamentos de forma directa sino que permite promover el uso racional (lo cual también implica ahorro de recursos). La selección involucra operar con listado de medicamentos esenciales o formularios terapéuticos para los cuales habrá financiación colectiva (pública y/o de los seguros sociales). La utilización del poder de demanda a nivel país o a nivel institución para la negociación de mejores precios puede consistir en acuerdos colectivos para fijar precios o para desindexar una canasta de productos. Otra forma de utilizar el poder de demanda es hacer compras consolidadas agregando la demanda de diferentes actores o jurisdicciones. Además, en varios países hay un gran agente asegurador, una caja o un instituto, que representa gran parte de la demanda de medicamentos. En ese caso, los

contratos de provisión de fármacos que se establezcan tendrán un gran efecto regulador desde el lado de la demanda.

El Programa REMEDIAR, Métodos y Programas de Provisión y Suministro Directo

Antecedentes Referenciales

Para formular el Programa Remediar de provisión pública de medicamentos esenciales en los Centros de Atención Primaria de la Salud en Argentina, se partió de la revisión de experiencias internacionales. En algunos casos estas experiencias han sido exitosas, en otros se produjeron fracasos o postergaciones. A continuación se brinda una breve síntesis de los mismos²⁴:

Brasil: En 1997 Brasil creó el **Programa de Farmacia Básica**, dirigido a la población de menores recursos que habitaba en los municipios más carentes. Dos graves problemas de salud pública impulsaron el Programa: el abandono y la discontinuidad en los tratamientos, debido a la imposibilidad de los pacientes de comprar los medicamentos prescritos.

En 1998 el Programa alcanzaba a 4.177 municipios y atendía a una población de más de 35 millones de personas que tenían acceso a 40 medicamentos esenciales. Posteriormente ese número se redujo a 32 medicamentos básicos para la atención primaria de la salud.

Ecuador: En el año 2000 se sancionó la Ley 12 (obliga a médicos a prescribir los medicamentos por su nombre genérico y a los farmacéuticos a ofrecer equivalentes genéricos a la población) con el objetivo de garantizar accesibilidad y disponibilidad de medicamentos genéricos de calidad y bajo costo. En el año 2002 el 20% de los medicamentos tenían versión genérica.

Una medida innovadora de la política ecuatoriana es la propuesta de un mayor margen de utilidad para las farmacias que vendan genéricos, Aunque al mismo tiempo el gobierno controla y sanciona a aquellas que no tengan en *stocks* la misma cantidad de genéricos que de productos de marca.

Filipinas: Política Nacional de Medicamentos es el nombre del programa que creó el gobierno de Filipinas para garantizar la provisión de medicamentos a toda la población. Un componente importante de esta iniciativa fue el **Acta de Genéricos**, que promueve y asegura la producción y provisión de medicamentos identificados por sus nombres genéricos.

El **Acta de Genéricos** debe ser visto, en primer lugar, como una declaración del gobierno de Filipinas dirigida a las compañías farmacéuticas internacionales que ha priorizado una

²⁴ Tobar, F. Año 2007. "Antecedentes Internacionales del Programa Remediar". – Disponible on line en www.federicotobar.com.ar

política de promoción de nuevos medicamentos sin considerar las necesidades de la población filipina.

México: México ya había establecido en 1958 una lista de medicamentos esenciales. Dos años más tarde se creó el **Formulario Nacional de Medicamentos** y en 1977 se elaboró en el **Cuadro Básico de Medicamentos** para las instituciones de salud. Actualmente este cuadro posee 322 medicamentos genéricos en 443 presentaciones farmacéuticas.

En 1984 circulaban en el mercado nacional mexicano alrededor de 20.000 productos farmacéuticos. Merced a un programa de regulación establecido por el gobierno, los mismos se redujeron a 7.500.

Panamá: En este país el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social cubren los servicios de salud a más del 62.5 por ciento de la población. Los medicamentos se proveen gratuitamente a través de las farmacias de Seguridad Social, cubriendo una población de 85 por ciento. La importación constituye el 80 por ciento del mercado y existen 3.800 medicamentos registrados, muchos de los cuales son combinaciones irracionales de principios activos y de eficacia no comprobada. A pesar de los esfuerzos por incrementar la prescripción de genéricos, 83 por ciento de las prescripciones tienen los nombres comerciales.

Perú: En Perú, donde el gobierno subsidia el 78 por ciento del sistema público de salud, éste no tiene características universales. La población paga por la atención y por los insumos básicos que recibe, entre ellos los medicamentos, financiando cerca del 22 por ciento del gasto total del sistema público de salud. Caracterizado por el escaso acceso a los medicamentos por parte de la población de bajos recursos, el Ministerio de Salud peruano creó el **Programa de Administración Compartida de Farmacias**, dirigido a la atención primaria de la salud. Su objetivo es garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales a la población, así como su correcta utilización, por medio de un sistema descentralizado de provisión de medicamentos a nivel nacional. A través de 32 sub-regiones se procura garantizar la provisión de medicamentos a todos los centros y puestos de salud del país, atendiendo así a una población de aproximadamente 12 millones de personas.

Tanzania: Tanzania creó el **Programa de Medicamentos Esenciales** que ideó dos tipos de kits. El 1º fue destinado a dispensarios y contenía medicamentos para tratar a 1.000 personas durante 30 días. El 2º kit, destinado a los centros de salud, podía suministrar medicamentos para atender a 2.000 personas por mes. Debido a la falta de apoyo de los fabricantes, importadores y distribuidores, quienes no apoyaron la iniciativa, intervino

UNIPAC (UNICEF Packing and Assembly Plant), que exportó los medicamentos directamente a depósitos médicos ubicados en seis zonas del país.

ARGENTINA: Al final de los 80, el Ministerio de Salud creó el **Fondo de Asistencia de Medicamentos** (300 Medicamentos Esenciales), cuyos recursos provenían de impuestos a los cigarrillos y a las especialidades farmacéuticas. El Programa tenía como objetivo, además, disponer de 43 medicamentos esenciales para familias pobres. Sin embargo, dificultades con la industria farmacéutica y trabas administrativas conspiraron contra el proyecto.

El Programa REMEDIAR: Estructura del Objeto de Estudio

En el año 2002 la República Argentina incorporó una nueva Política Nacional de Medicamentos. A través del Decreto 486/02 de Emergencia Sanitaria, el Ministerio de Salud de la Nación formuló las bases de una política de promoción de utilización del nombre genérico de los medicamentos. Una serie de Resoluciones posteriores (326/02, 201/02 y 163/02) reforzaron esta política, alterando las previsiones en cuanto a prescripción y dispensación de medicamentos, así como alineando las obligaciones de las obras sociales nacionales a estos cambios. La política fue acompañada por un amplio consenso en las jurisdicciones provinciales, lo que se tradujo en la difusión o revisión de la legislación provincial en la materia. Finalmente, la Ley Nacional 25.649 consolidó los esfuerzos anteriores extendiendo el horizonte de la política más allá de la voluntad de un determinado gobierno. Con diferentes matices, toda la normativa citada apunta a un objetivo común: divorciar el acto clínico de la prescripción de un medicamento de la elección de una marca comercial. De esta forma, se otorga al paciente esta última decisión que es la vinculada al precio del producto. Y se resguarda al profesional farmacéutico la responsabilidad por el asesoramiento al paciente usuario. Ello persigue como objetivo último mejorar tanto la calidad y la racionalidad de la utilización de los medicamentos, como el acceso a los mismos por parte de la población, por efecto de la mayor transparencia que genera en este mercado²⁵.

El objetivo principal asumido por el Ministerio de Salud de la Argentina es promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales. Para ello se formuló la Política Nacional de Medicamentos sobre tres ejes:

1. el uso de los medicamentos por su nombre genérico;
2. la selectividad en la financiación de medicamentos por los seguros de salud; y

²⁵ CONAPRIS. Año 2003. “El Futuro del Acceso a los Medicamentos en Argentina”. Resultados del Estudio Colaborativo Multicéntrico “Políticas de Medicamentos 2002-2003”. Buenos Aires. Página 6.

3. la provisión pública de medicamentos esenciales para aquellos sectores de la población que no cuentan con cobertura de seguros de salud ni tiene acceso a los productos en las farmacias comerciales por carecer de recursos para adquirirlos.

Cuadro N° 4: Componentes estructurales del Programa REMEDIAR.

Estrategia	Objetivo Específico	Medidas	Instrumento
Uso del Nombre Genérico	1. Promover competencia por precios. 2. Mejorar la calidad de la prescripción.	1. Obligación del prescriptor de consignar el nombre genérico del medicamento recetado. 2. Habilitación al farmacéutico a dispensar la alternativa comercial del medicamento prescripto elegida por el paciente.	Decreto 486/02; Resolución 326/02 Ley Nac. 25.649/02.
Financiación Selectiva	1. Racionalizar financiación disponible. 2. Incentivar la competencia por precios.	1. Lista de medicamentos esenciales que debe cubrir la financiación colectiva. 2. Precios de referencia a ser reconocidos por la financiación colectiva. 3. Obligación del prescriptor de recetar solo por nombre genérico en este ámbito.	Decreto 486/02; Resolución 163/02 y Resolución 201/02.
Provisión Pública	1. Garantizar el acceso a medicamentos esenciales a la población en condiciones de mayor vulnerabilidad. 2. Fortalecer la capacidad asistencial de los sistemas de salud públicos provinciales y municipales.	REMEDIAR: Provisión gratuita de un listado de medicamentos esenciales a los centros de atención primaria de la salud provinciales y municipales.	Decreto 808/02: Préstamos BID OC1183 y C1194. Programa de reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS).

Fuente: Tobar, F y Godoy Garraza, L. Año 2.002. “Un vademécum político: Alternativas en la formulación de Políticas de Medicamentos”. Revista Gestión en Salud. Año 2; N° 5.

Los resultados obtenidos desde la implementación del Programa Remediar y de la prescripción por nombre genérico son ampliamente satisfactorios. Desde la instauración de esta última medida, en el 57% de las prescripciones se consignó el nombre genérico del medicamento y solamente en el 43% se prescribió solo por marca.

En cuanto al Programa Remediar, su impacto redistributivo permitió revertir en gran parte el efecto regresivo de la asignación de medicamentos del mercado. Esto se debe a que el programa fue focalizado en un 71% sobre la población indigente y un 23% sobre la

población pobre (no indigente). A su vez, el 84% de los beneficiarios del programa no poseen cobertura social. Otra importante característica de este programa es su alto nivel de eficiencia, la inversión rinde más de 8 veces en beneficios, ya que el valor vía farmacia de los medicamentos otorgados a través de Remediar supera en promedio 8 veces el costo de adquisición. El costo de adquisición y distribución del primer botiquín distribuido por el programa, que incluía 34 medicamentos, fue de US\$ 182 mientras que el valor de mercado vía farmacia del mismo botiquín, era de US\$ 982. El segundo botiquín entregado, compuesto por 46 medicamentos, tuvo un costo de adquisición y distribución de US\$ 135, mientras que el valor minorista del mismo en el mercado era de US\$ 1.130. Por lo tanto, como política social y sanitaria, Remediar constituye una respuesta adecuada, oportuna, equitativa y eficiente ya que garantiza el acceso a los medicamentos ambulatorios, es financieramente sustentable, genera un alto impacto redistributivo y promueve el uso racional de medicamentos.

En síntesis, la prescripción por nombre genérico y el Programa Remediar permitieron que más de 15 millones de personas que antes no podían comprar los medicamentos, hoy puedan hacerlo. Simultáneamente, se logró un aumento de la eficiencia, sino los argentinos hubiéramos gastado \$1.800 millones de pesos más en el último año.

Descripción del Programa REMEDIAR

En el mes de Febrero del año 2002, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación propuso al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el re-direccionamiento del Programa de reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) en el marco de la emergencia sanitaria de nuestro País. Dentro de éste, se priorizaba la asignación de recursos para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales ambulatorios. Dicha propuesta fue aprobada por el BID el 18 de Abril del año 2002. El mismo BID aseguró su financiación actualmente hasta Diciembre del año 2.007²⁶.

El Programa Remediar funciona bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación y tiene por finalidad garantizar el acceso de la población a los medicamentos esenciales a partir de la provisión gratuita de los mismos. Para esto las personas atendidas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a las cuales se les prescriba medicamentos se les asegura el suministro gratuito de los mismos. De esta forma la población objetivo del Programa son las personas que se encuentran bajo la Línea de Pobreza (\downarrow LP) o que no cuenta con la cobertura de alguna Obra Social²⁷.

²⁶ REMEDIAR. Año 2.006. "Manual de Capacitación Operativa". PROAPS-REMEDIAR. Buenos Aires
Página 9.

La implementación de Programa Remediar sigue una estrategia progresiva. Se quiere inicialmente dar respuesta a la mayoría de los motivos de consulta en Atención Primaria de la Salud en un valor del 60%, para luego llegar al 80% de las Patologías Prevalentes. Asimismo en Octubre de 2.002 inicia la Primera fase del Programa Remediar distribuyendo alrededor de 5.000 Botiquines mensuales integrados por 34 medicamentos a más de 2000 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En Marzo de 2.003 se da inicio a la segunda fase distribuyendo alrededor de 14.000 Botiquines mensuales integrados por 48 medicamentos y a Diciembre del año 2.006 se distribuyeron alrededor de 15.000 Botiquines mensuales integrados por 54 medicamentos a más de 6.000 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), con capacidad instalada para brindar una cobertura a mas de 15 millones de personas²⁸.

Funcionamiento del Programa REMEDIAR

Según publicaciones del Programa REMEDIAR disponible en www.remediar.gov.ar, para que la población objetivo acceda a los medicamentos esenciales ambulatorios, el Programa Remediar diseñó un Botiquín de Medicamentos para dar respuesta al 80% de los motivos de consulta que posee un CAPS, atendiendo alrededor de 300 consultas médicas cada Botiquín.

Estos últimos son enviados a los CAPS, en donde el Médico prescribe, el paciente retira gratuitamente la medicación prescrita del mismo CAPS, firmando la receta. Tanto el recetario como los diferentes formularios a rellenar por el Responsable del Botiquín remediar, fueron diseñados al efecto de monitorear y auditar todo el proceso.

A Octubre/2003, Remediar transfirió alrededor de U\$S 12.680 millones equivalentes a 37.400 millones de pesos a las 24 jurisdicciones del País (1U\$S = 2,95 Pesos Argentinos.). Pero si se parte del precio de los productos distribuidos en las farmacias minoristas (monto que los beneficiarios del programa hubieran pagado por ellos), la transferencia asciende a más de 313 millones. En este sentido la provincia de Misiones recibió del Programa Remediar: U\$S 377.549,5 equivalente a \$ 1.113.171 y a valor de mercado equivalente a \$ 9.473.198,5²⁹.

²⁷ CONAPRIS. Año 2003. "El Futuro del Acceso a los Medicamentos en Argentina". Resultados del Estudio Colaborativo Multicéntrico "Políticas de Medicamentos 2002-2003". Buenos Aires. Página 91.

²⁸ REMEDIAR. Año 2.006. "Manual de Capacitación Operativa". PROAPS-REMEDIAR. Buenos Aires Página 10.

²⁹ Tobar, F. Año 2.004. "Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina". Página 27.

En Argentina el programa Remediar consigue cubrir los 100 principales motivos de consulta con 56 medicamentos de entrega gratuita a un costo anual inferior a los 2 U\$S por habitante.

El contexto donde se ejecuta el presente objeto de estudio (Programa REMEDIAR) se describe a continuación.

El Contexto Nacional

Así, las familias soportan un gran porcentaje del gasto total en medicamentos y las variaciones en los precios de estos impactan fuertemente en el ingreso de los individuos, dificultando, así el acceso a los medicamentos esenciales a una gran parte de la población. El aumento en el nivel general de precios y fundamentalmente el incremento en el precio de los medicamentos disminuyó el poder adquisitivo de la población restringiendo el acceso a los medicamentos. Tal reducción se apreció claramente en la importante caída en el número de unidades vendidas vía farmacia en los primeros meses del año 2002.

Ante esta difícil situación era necesaria la instauración de una nueva política de medicamentos que fuera eficiente y que garantizara el acceso a medicamentos esenciales a la población en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Para lograr esto, el Ministerio de Salud de la Nación implementó la Política Nacional de Medicamentos cuyos pilares más importantes fueron: la prescripción de medicamentos por su nombre genérico y el Programa Remediar.

El objetivo de la prescripción por nombre genérico es promover la competencia por precios y mejorar la calidad de la prescripción. Las medidas llevadas a cabo instaron al prescriptor (médico u odontólogo), a consignar el nombre genérico del medicamento y habilitaron al profesional farmacéutico a ofrecer las distintas alternativas comerciales con sus respectivos precios para dispensar finalmente el medicamento elegido por el paciente. La sanción de la ley nacional 25649/02, la implementación del decreto 486/02 y la resolución 326/02, produjeron importantes efectos en el mercado de medicamentos. El incremento en el número de unidades vendidas en sus tres segmentos: ético, venta bajo receta y de venta libre u OTC (Over the Counter), muestra un aumento del consumo en farmacias. La cantidad de unidades vendidas en el mercado ético en el mes de mayo del 2003 aumentó un 32% comparada con igual mes del año anterior. En el mercado OTC, el número de unidades vendidas en farmacias en el mes de mayo del 2003 se incrementó un 85% con respecto al mes de mayo de 2002. Estos datos reflejan un aumento en el consumo y una mejoría en el acceso de la población a los medicamentos.

El mayor consumo en farmacias fue acompañado también por el incremento de la provisión pública de medicamentos, originado fundamentalmente en el aumento de la

producción pública y la entrega gratuita de medicamentos ambulatorios a la población de bajos recursos a través del Programa Remediar.

Las medidas adoptadas aumentaron la competencia y permitieron que el nivel de precios promedio de los medicamentos se mantuviera relativamente estable a partir de junio de 2002; así en este período, el precio promedio de los medicamentos se mantuvo siempre por debajo del índice de precios al consumidor (IPC), infiriéndose que la política implementada por el Ministerio de Salud generó mayores beneficios para la población.

Una ilustración de estos beneficios puede observarse a través de la evaluación del costo de un tratamiento en particular, por ejemplo el costo anual del tratamiento de hipercolesterolemia e hipertensión arterial. Las personas que necesitan llevar a cabo este tratamiento pueden elegir distintas combinaciones de medicamentos obteniendo distintos costos anuales que van desde \$352 hasta \$915. De esta manera, si las personas eligen la opción más barata en lugar de la más cara, consiguen un ahorro que les permitiría un año y siete meses más de tratamiento. Si en el 15% de los casos la gente elige la opción más barata, se obtendría un ahorro total en medicamentos de venta bajo receta de \$285,9 millones al año. Sin embargo, si en el 100% de los casos la gente opta por el medicamento de menor precio, el ahorro total rondaría los \$1.900 millones al año.

El Contexto Provincial³⁰

Cuadro N° 5: Datos Poblacionales discriminados por Departamentos y Localidades; Población Urbana y Rural. Provincia de Misiones – Censo Año 2.001

Municipios	Población Año 2001		
	Total	Urbana (*)	Rural
Total	965.522	673.121	292.401
Dpto. Apóstoles	38.071	31.687	6.384
Dpto. Cainguas	47.297	20.368	26.929
Dpto. Candelaria	22.271	14.039	8.232
Dpto. Capital	284.248	277.447	6.609
Fachinal	413		413
Garupá	28.824	26.820	2.004
Posadas	254.819	250.627	4.192
Dpto. Concepción	9.046	5.299	3.747
Dpto. Eldorado	67.938	47.753	20.185
Dpto. General Manuel Belgrano	33.351	16.104	17.247
Dpto. Guaraní	57.522	15.776	41.746
Dpto. Iguazú	66.541	62.611	3.930
Dpto. Leandro N. Alem	41.824	21.834	19.990
Dpto. Libertador General San Martín	42.509	24.519	17.990
Dpto. Montecarlo	34.125	22.699	11.426
Dpto. Oberá	95.484	59.661	35.823
Dpto. San Ignacio	54.951	34.565	20.386

³⁰ Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (I.P.E.C.). Año 2007. Posadas. Provincia de Misiones. Disponible en www.misiones.gov.ar/IPEC

Dpto. San Javier	19.238	7.864	11.374
Dpto. San Pedro	23.609	8.375	15.234
Dpto. 25 de Mayo	27.144	2.375	24.769

Fuente: Instituto Provincial de Estadísticas y Censos. (IPEC) Año 2.007 en base al Censo Nacional de Población y Vivienda. INDEC (Año 2.001).

(*): se considera población urbana a la residente en localidades con más de 2000 Habitantes.

Misiones es una provincia singular. Se encuentra ubicada en el extremo Nordeste de la República Argentina como cuña entre la República del Paraguay, al Oeste; la República Federativa del Brasil, al Noreste y al Sudeste limita con la argentina provincia de Corrientes. Estos límites fronterizos internacionales son mediante el río Paraná con la República del Paraguay, los ríos Iguazú, Pepirí Guazú, San Antonio y Uruguay con la República Federativa del Brasil y una pequeña franja de “Frontera Seca” representada principalmente por la localidad Argentina de Bernardo de Irigoyen, punto mas Este de la República Argentina.

Su característica geográfica lo constituye la alta proporción de límite fronterizo internacional: 1.080 Km; situación última que la hace altamente permeable a la:

1. propagación de enfermedades regionales-tropicales típicas como ser Dengue; Fiebre Amarilla; Chagas - Mazza; Leshmaniasis, etc; y
2. permanente presión sobre los recursos financieros, de infraestructura y humanos debido al ingreso fluido de inmigrantes paraguayos y brasileros que ingresan a la Provincia para, entre otras cosas, “atenderse en el Hospital”.

Posee un clima Subtropical Cálido sin estación seca y su temperatura promedio es de 22 – 26 °C.

Tiene una superficie total de 29.801 Km² y según el Censo del año 2.001, tenía a ese año una población total de 965.522 habitantes, su densidad poblacional era de 32,4 hab./ Km² y su población representaba el 2,7% del total de la República Argentina. Está dividida política y administrativamente en 17 Departamentos y 75 Municipios. Asimismo los servicios de salud dependientes del Estado Provincial se agrupan en 17 Áreas Programáticas que corresponden a sus 17 Departamentos, contenidas en 4 Zonas de Salud: Norte, Centro, Sur y Capital.

Según estimaciones del IPEC (Instituto Provincial de Estadísticas y Censos), la provincia de Misiones para el año 2.007 tendría 1.101.588 habitantes y su Densidad Poblacional rondaría los 37 Habitantes/ Km².

La provincia de Misiones al 31 de Marzo de 2.007 contaba con 216 CAPS que poseían Botiquines Remediar para la distribución de medicamentos en forma gratuita.³¹

El Contexto Municipal³²

Su nombre se debe en recordación del Director Supremo de las Provincias Unidas Dn. Gervasio Antonio Posadas. Su patrono es San José Obrero y conmemoran su festejo patronal el 19 de Marzo de cada año. Mediante Ley Nacional N° 1437 del 30 de Julio del año 1884, la ciudad de Posadas fue declarada Capital de la provincia de Misiones.

Su temperatura media anual es de 22.5 °C y limita:

- Al norte mediante el río Paraná (del idioma indígena guaraní: “para”= mar u océano, y “ná” o “moná”= pegado, es decir “pegado al mar”) con la ciudad de Encarnación República del Paraguay;
- Al Sud-este con el Municipio de Garupá;
- Al Sud-oeste con la provincia de Corrientes; y

Pertenece al Departamento Capital, junto con los municipios de Garupa y Fachinal; posee una superficie total de 932 Km² y según el Censo del Año 2.001 su población era de 254.819 habitantes. Según el IPEC, en base al Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2.001, representaba el 26,4 % del total de la población Provincial, su Densidad poblacional era de 273,4 Habitantes/ Km² y su Población rural era del 1,7 %.

Según estimaciones del IPEC, la ciudad de Posadas para el año 2.007 tendría 291.028 habitantes y su Densidad Poblacional sería de 312,3 Habitantes/ Km². La ciudad de Posadas posee los siguientes Servicios de Salud, discriminados por dependencia y tipo de servicio brindado, agrupados en el Área Programática 17.³³

Cuadro N° 6: Zona Capital – Área Programática N° 17 – Ciudad de Posadas

Municipio de Posadas:	
	Hospital Central Provincial “Dr. Ramón Madariaga”
	Hospital Provincial Pediátrico de Autogestión “Dr. Fernando Barreyro”
	Hospital Monoclínico de Enfermedades Transmisibles “Dr. Pedro Luis Baliña”

³¹ Programa REMEDIAR. Año 2.007. Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Ministerio de Salud Pública. Posadas. Provincia de Misiones.

³² Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (I.P.E.C.). Junio 2007. Posadas. Provincia de Misiones. Disponible en ww.misiones.gov.ar/IPEC

³³ Subsecretaría de Salud. Año 2.007. Ministerio de Salud Pública. Posadas. Provincia de Misiones.

AREA PROGRAMATICA 17 CAPITAL:	Hospital Monoclínico de Salud Mental "Dr. Ramón Carrillo"
	Hospital Monoclínico de Geriátria de Villa Lanús.
	Hospital de Área Posadas Oeste "Dr. René Favalaro"
	Dispensario Dermatológico "Dr. Francisco de Haro"
	Monoclínico Asistencia a Adicciones "Centro Manantial"
	Consultorio Externo Periférico N° 1 "Vivero Municipal"
	Consultorio Externo Periférico N° 2 "Tiro Federal"
	Consultorio Externo Periférico N° 3 "Chacra 181"
	Consultorio Externo Periférico N° 4 "La Picada"
	Consultorio Externo Periférico N° 5 "Yacyretá"
	Consultorio Externo Periférico N° 6 "Villa Blossett"
	Consultorio Externo Periférico N° 7 "Sesquicentenario"
	Consultorio Externo Periférico N° 8 "Rocamora"
	Consultorio Externo Periférico N° 9 "San Alberto"
	Consultorio Externo Periférico N° 11 "Cecilia Grierson"
	Consultorio Externo Periférico N° 12 "Villa Flor"
	Consultorio Externo Periférico N° 13 "Villa Lanús"
	Consultorio Externo Periférico N° 14 "Bajada Vieja"
	Consultorio Externo Periférico N° 15 "Alta Gracia"
	Consultorio Externo Periférico N° 16 "Santa Rita"
	Consultorio Externo Periférico N° 17 "El Zaimán"
	Consultorio Externo Periférico N° 21 "Independencia"
	Consultorio Externo Periférico N° 22 "Dr. Ramón Carrillo"
	Consultorio Externo Periférico N° 23 "Barrio San Lorenzo"
	Consultorio Externo Periférico N° 25 "Sur Argentino"
	Consultorio Externo Periférico N° 26 "Loma Poí"
	Consultorio Externo Periférico N° 27 "1° de Mayo"
	Consultorio Externo Periférico N° 28 "Barrio Tacurú"
	Puesto de Salud N° 30 "Nemesio Parma"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Karina Moyano"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Itaembé Mini"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "El Progreso"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Villa P.A.M. Barrio San Gerardo"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "San Marcos"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Las Vertientes"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Los Paraísos"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Villa Lanús"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Las Rosas"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "2 de Abril"
	Consultorio Externo Periférico Municipal "Latinoamérica"
	Instituto Medicina Física y Rehabilitación (IMEFIR-Municipal)
Servicio de Odontología "El Parque"	
Posta de Salud "Chacra 96"	
Posta de Salud "San Benito"	
Asociación Civil "Ciudadanos en Acción"	

Fuente: Subsecretaría de Salud. Año 2.007. Ministerio de Salud Pública. Posadas. Provincia de Misiones.

OBJETIVOS

El Programa REMEDIAR fue puesto en marcha en nuestro País en Octubre del año 2.002 con el propósito de mejorar el acceso a los medicamentos por parte de la población que se encontrare sin cobertura de salud y en situación de pobreza. Pero estos indicadores socioeconómicos; ¿en que medida se repiten luego de aproximadamente cuatro años y medio, fecha de la toma de muestra actual en esta investigación? Qué tipos de atributos presentan los usuarios del Programa REMEDIAR?

Esta Investigación ayudará a conocer la situación y aportará datos provechosos para el/los Responsable/s del Programa REMEDIAR. A sabiendas que este Programa es a término y está financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); dichos datos aportados permitirá evaluar la conveniencia o nó de una redirección y/o reprogramación y/o continuidad o nó del mismo. Asimismo planteará otros aspectos que hacen a su funcionalidad dentro de la Política Nacional de Medicamentos llevada a cabo por el Ejecutivo Nacional a través del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.

Esta investigación es viable ya que se dispone de la información suficiente y necesaria para su ejecución, como así también se dispone de tiempo y mínimo capital monetario para la toma de muestra.

Objetivos

- 1. “Desde la perspectiva de los usuarios del Programa REMEDIAR, determinar los atributos socioeconómicos de los mismos a través de un estudio retrospectivo transversal en la ciudad de Posadas”.**
- 2. “Desde la perspectiva de los usuarios del Programa REMEDIAR, determinar características médico asistenciales de los usuarios del Programa REMEDIAR”.**
- 3. “Explorar atributos socioeconómicos y características médico asistenciales de los usuarios del Programa REMEDIAR”.**

MATERIALES Y METODOS

La investigación de Campo es aquella investigación empírica realizada en el lugar donde ocurre un fenómeno y dispone de elementos para explicarlo. Está orientada hacia la recopilación de datos sobre problemas puntuales. Son investigaciones de campo todas aquellas centradas en entrevistas, encuestas u observaciones directas³⁴.

La investigación Exploratoria es aquella realizada en áreas y sobre problemas de los cuales hay escaso o nulo conocimiento acumulado y sistematizado. Por la naturaleza del sondeo no parte de hipótesis. Estas podrán surgir como producto final de la investigación.

La Investigación Descriptiva es aquella que expone características de determinada población o determinado fenómeno. Puede también establecer correlaciones entre variables. No tiene compromiso de explicar los fenómenos que se describe. La mayoría de los estudios que caracterizan mercados son descriptivos.³⁵

Debido a que una vez revisada la literatura, los antecedentes no son aplicables al contexto en donde se desarrollará esta investigación y que se encontraron ideas vagamente vinculadas con el problema de investigación, es que este proyecto se inicia como exploratorio. Conforme avanzó la investigación se detectaron dos variables definidas, se agregaron otras para finalizar en un estudio descriptivo y en cuanto a su alcance se utilizan variables nominales.

Este encuadre del presente proyecto de investigación es aconsejable cuando se pretende abordar la problemática planteada buscando comprender el fenómeno desde la generación repetitiva de datos de los mismos en diferentes lugares de la geografía de la ciudad de Posadas como del escenario social y económico de los usuarios de este Programa.

Esto nos permite evaluar el grado de cumplimiento del objetivo propuesto para el Programa REMEDIAR y explorar ciertas condiciones bajo las cuales los usuarios del Programa REMEDIAR utilizan al mismo.

Diseño Metodológico

Este proyecto de investigación se encuadra en un diseño no experimental, transversal y descriptivo en cuanto a su diseño.

³⁴ Yalour Romano, M. y Tobar, F. Año 1.998. "Cómo hacer Tesis y Monografías sobre Políticas, Servicios y Sistemas de Salud". Cuadernos ISALUD N° 3. LILACS. Buenos Aires. Página 54.

³⁵ Baranger, D. Año 2.000. "Construcción y análisis de datos". 2º Edición. Posadas – Misiones. Editorial Universitaria de Misiones. Páginas 95 y 96.

Muestra

Se obtiene una muestra que al efecto de un estudio exploratorio no probabilístico y por ende, no inferencial; donde la relevancia y trascendencia de los datos son dados por los mismos usuarios del Programa REMEDIAR, tornándose los mismos cualificados en cuanto a la información recabada de ellos.

Posadas al 31 de Marzo de 2.007 poseía 39 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública Provincial, de éstos 21 poseen en funcionamiento el Botiquín de Medicamentos del Programa REMEDIAR, y 11 Consultorios Externo Periférico Municipal (CEPM) que dependen de la Municipalidad de Posadas, de los cuales 8 CEPM poseen en funcionamiento el Botiquín de Medicamentos del Programa REMEDIAR; lo que hace un total de 50 CAPS y 30 CAPS-CEPM y 1 ONG 'S denominada Ciudadanos en Acción.

De los 39 CAPS del Ministerio de Salud, 2 funcionan bajo la Responsabilidad de Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S). Así, la totalidad de los CAPS alcanza la cifra de 29 que poseen para la dispensación de medicamentos del Programa REMEDIAR.

Se obtuvo documentación retrospectiva del Programa REMEDIAR del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones y de igual Programa en Internet. Así obtenidos los diferentes y diversos datos, se diseñó primariamente un instrumento de recolección de datos piloto. A éste último se lo puso a prueba en dos CAPS, obteniéndose de cada uno de ellos 20 muestras/encuestas.

El procedimiento de la toma de muestra fue al azar y por orden del 1 al 10, descartando aquellas en donde el encuestado manifestó expresamente ser ciudadano de otro país (Paraguay, Brasil, Bolivia, etc.) y residir en él. La toma de muestra lo realizó un encuestador TUISE (Técnico Universitario en Investigación Socioeconómica) acompañado por el suscribiente.

Se procedió a sistematizar y clasificar los contenidos de las diferentes informaciones obtenidas para la construcción definitiva del instrumento cuantitativo a fin de detectar posibles ambigüedades y luego con los datos aportados por éste, se diseñó definitivamente el instrumento de medición, al cual se lo construyó en base a los siguientes criterios: revisión bibliográfica sobre el tema, análisis de investigaciones anteriores, revisión de instrumentos existentes y datos obtenidos en las etapas anteriores de este estudio.

Dado que las muestras se tomaran en los CAPS, se enumeraron los CAPS del 1 al 29 y se seleccionaron 10 de ellos por el procedimiento de la Tómbola³⁶. Así, la muestra la constituye 10 CAPS, 7 pertenecen al Ministerio de Salud Pública, 2 a la Municipalidad de Posadas y 1 a una ONG.

En la página siguiente se indica el resultado de la selección en cuanto a su distribución geográfica en un mapa adecuado a tal fin.³⁷

En cada uno de los CAPS se tomaron 10 muestras que equivalen/representan a 10 familias; lo que hace un total de 100 toma de muestras o 100 familias.

La administración del cuestionario se hizo en forma personal con un encuestador TUISE (Técnico Universitario en Investigación Socioeconómica) que realizó esta tarea en los 10 CAPS.

Se siguió una secuencia estructural de las preguntas, a fin de facilitar al encuestador pasar a las preguntas siguientes.

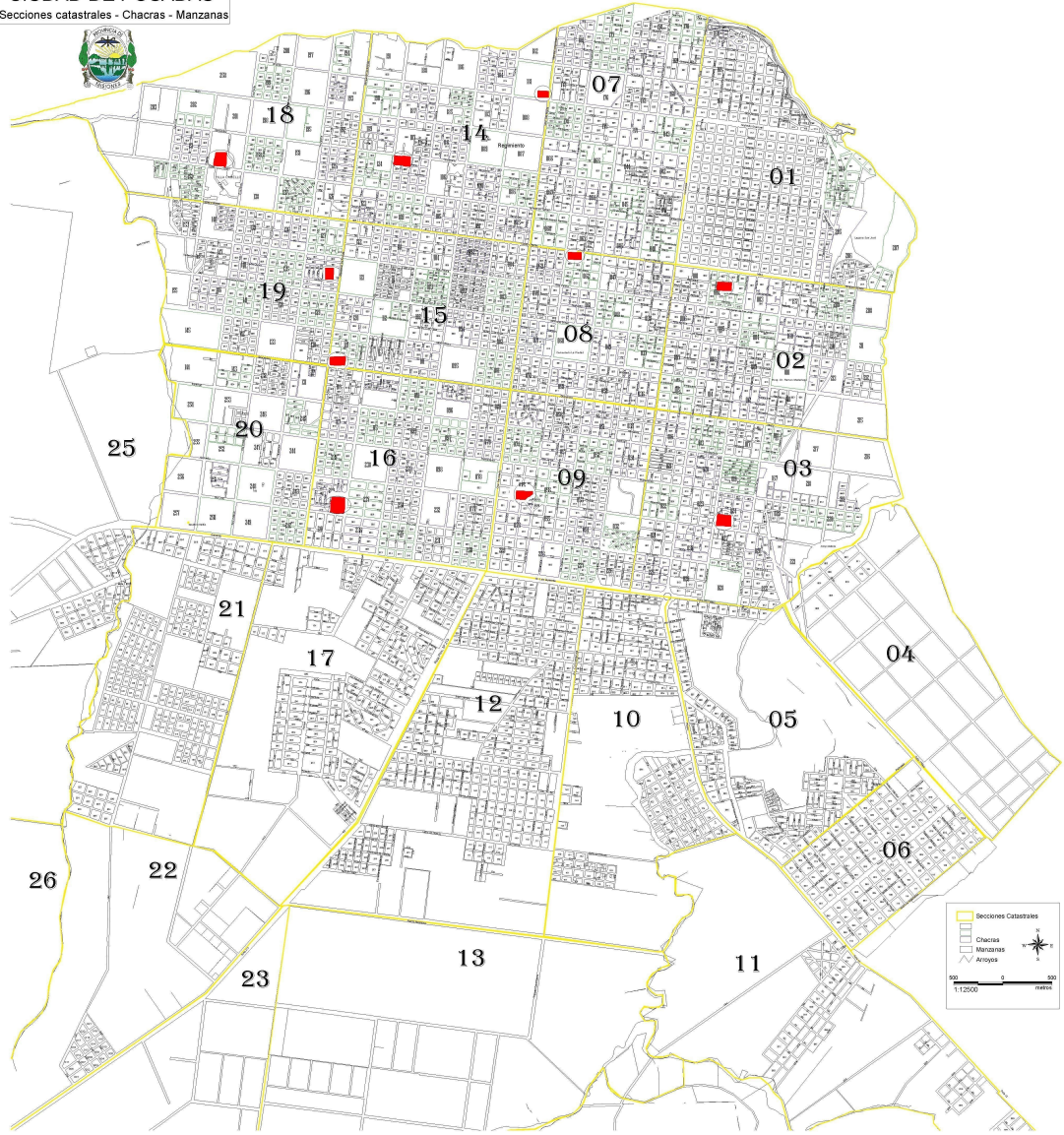
El tiempo de cumplimentación del instrumento osciló entre 7 a 12 minutos.

La administración del cuestionario se realizó de lunes a viernes de 8 a 20:00 hs., durante la segunda quincena del mes de abril del año 2007.

³⁶ Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. Año 1.991. "Metodología de la Investigación" 2º Edición. México. Editorial Mc Graw – Hill. México. Página Nº 217.

³⁷ Dirección General de Catastro. Secretaría de Estado de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos. Año 2.006. Gobierno de la provincia de Misiones.

CIUDAD DE POSADAS
Secciones catastrales - Chacras - Manzanas



DEPARTAMENTO DE SENSORES REMOTOS
DIRECCION GENERAL DE CATASTRO
SUBSECRETARIA DE SECTORES ESTADISTICOS
SECRETARIA DE ESTADO DE MANZANAS, PARCELOS Y SERVICIOS PUBLICOS

SECRETARIA DE ESTADO DE MANZANAS, PARCELOS Y SERVICIOS PUBLICOS
Cadastral Map of Posadas
Scale: 1:12000

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el concepto de las Tablas de Contingencia. Esta forma de presentación de los datos es muy típica en la investigación en Ciencias Sociales, que se caracteriza por un uso predominantemente de variables (o atributos) definidas en los niveles de medición nominal y ordinal³⁸.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel versión Office 2003, donde tanto los datos de las Tablas de Contingencia como de los Gráficos elaborados se expresan en forma porcentual.

Para la confección de los Gráficos y Tablas de Contingencia respectivos, cabe aclarar que:

1. La determinación realizada para considerar si un Núcleo Familiar es No Pobre (Ingresos Totales por encima de la Línea de Pobreza = ↑ **LP**), Pobre (Ingresos Totales por debajo de la Línea de Pobreza = ↓ **LP**) e Indigente (Ingresos Totales por debajo de la Línea de Indigencia = ↓ **LI**), fue efectuada según metodología de cálculo dada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la cual a continuación, se detalla:

<p style="text-align: center;">Valorización Mensual de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) y de la Canasta Básica Total (CBT) – Junio/2.007</p>
--

La medición de la pobreza con el método de la "Línea de Pobreza" (LP) consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si éstos tienen capacidad de satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etcétera) con el fin de obtener la Canasta Básica Total (CBT).

La **Canasta Básica Alimentaria** se ha determinado en función de los hábitos de consumo de la población. Previamente se tomaron en cuenta los requerimientos normativos kilocalóricos y proteicos imprescindibles para que un hombre adulto, entre 30 y 59 años, de actividad moderada, cubra durante un mes esas necesidades. Se seleccionaron luego los alimentos y las cantidades a partir de la información provista por la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares. La composición de la CBA se presenta en el punto Cuadro N° 7.

³⁸ Baranger, D. Año 2.000. "Construcción y análisis de datos". 2° Edición. Posadas – Misiones. Editorial Universitaria de Misiones. Páginas 95 y 96.

Para determinar la **Canasta Básica Total**, se consideraron los bienes y servicios no alimentarios. Se amplía la CBA utilizando el "Coeficiente de Engel" (CdE), definido como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales observados.

Tanto la CBA como los componentes no alimentarios de la CBT se valorizan cada mes con los precios relevados por el Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Dado que los requerimientos nutricionales son diferentes según la edad, el sexo y las actividades de las personas, es necesario hacer una adecuación que refleje las características de cada individuo en relación a sus necesidades nutricionales. Para ello se toma como unidad de referencia la necesidad energética (2.700 kcal) del varón adulto (de 30 a 59 años, con actividad moderada) y se establecen relaciones en función del sexo y la edad de las personas construyendo así una tabla de equivalencias que se presenta en el punto Cuadro N° 8. A esa unidad se la denomina "adulto equivalente".

En el primer caso se analiza la proporción de hogares cuyo ingreso no supera el valor de la CBT; en el segundo, la proporción de los que no superan la CBA.

Para efectuar esa comparación, se calculan los ingresos mensuales de cada uno de los hogares y se los compara con la CBA y la CBT correspondientes al mismo hogar, teniendo en cuenta su tamaño en términos de adulto equivalente, es decir considerando los valores "equivalentes" de todos sus miembros. El Cuadro N° 6 se presenta la serie mensual comenzando en Enero de 2007 y lo coloreado en rojo es el indicador utilizado para los cálculos en ésta Tesis.

Cuadro N° 7: Valores de: Canasta Básica Alimentaria (CBA) y Canasta Básica Total (CBT) para adulto equivalente.

Mes-Año	Canasta Básica Alimentaria (Línea de Indigencia)	Inversa del Coeficiente de Engel	Canasta Básica Total (Línea de
Ene-07	137,62	2,15	295,89
Feb-07	138,73	2,15	298,27
Mar-07	138,45	2,14	296,28
Abr-07	138,58	2,14	296,57
May-07	138,58	2,15	297,96
Jun-07	139,00	2,15	298,86

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. I.N.D.E.C. Julio/2007. Posadas. Provincia de Misiones.

Cuadro N° 8. Canasta Básica Alimentaria (CBA) del Adulto Equivalente.

<u>Componente</u>	<u>Gramos</u>
Pan	6.060
Galletitas saladas	420
Galletitas dulces	720
Arroz	630
Harina de trigo	1.020
Otras harinas (maíz)	210
Fideos	1.290
Papa	7.050
Batata	690
Azúcar	1.440
Dulces	240
Legumbres secas	240
Hortalizas	3.930
Frutas	4.020
Carnes	6.270
Huevos	630
Leche	7.950
Queso	270
Aceite	1.200
Bebidas edulcoradas	4.050
Bebidas gaseosas s/edulcorar	3.450
Sal fina	150
Sal gruesa	90
Vinagre	90
Café	60
Té	60
Yerba	600

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Año 2.006. Documento de Trabajo N° 3 y 8. I.N.D.E.C. / IPA. Buenos Aires.

Cuadro N° 9. Necesidades Energéticas y Unidades Consumidoras según Edad y Sexo.

<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Necesidades Energéticas (Kcal.)</u>	<u>Unidades consumidoras por Adulto Equivalente</u>
Menor de 1 Año	AMBOS	880	0,33
1 Año		1170	0,43
2 Años		1360	0,50
3 Años		1500	0,56
4 a 6 Años		1710	0,63
7 a 9 Años		1950	0,72
10 a 12 Años	VARONES	2230	0,83
13 a 15 Años		2580	0,96
16 a 17 Años		2840	1,05
10 a 12 Años	MUJERES	1980	0,73
13 a 15 Años		2140	0,79
16 a 17 Años		2140	0,79
18 a 29 Años	VARONES	2860	1,06
30 a 59 Años		2700	1,00
60 y + Años		2210	0,82
18 a 29 Años	MUJERES	2000	0,74
30 a 59 Años		2000	0,74
60 y + Años		1730	0,64

Fuente: Morales, E. Año 1988. "Canasta Básica de Alimentos". Documento de Trabajo N° 3. I.N.D.E.C. / IPA. Buenos Aires.

Ejemplos de cálculo para los diferentes Núcleos Familiares según sea sus N° de Integrantes

Para N.F.= 2 Integrantes

N°	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	27	0,74	\$ 900,00
2	M	34	1,00	

$$\text{UCAQ} = 1,74$$

$$\text{L.I.} = 1,74 \times \$ 138,58 = \$ 241,13; \text{ y } \text{L.P.} = 1,74 \times \$ 296,57 = \$ 516,03 \rightarrow \text{N.F. } (\uparrow \text{LP}).$$

Para N.F.= 3 Integrantes

N°	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	16	0,79	\$ 800,00
2	M	35	1,00	
3	F	3 Meses	0,33	

$$\text{UCAQ} = 2,12$$

$$\text{L.I.} = 2,12 \times \$ 138,58 = \$ 293,79; \text{ y L.P.} = 2,12 \times \$ 296,57 = \$ 628,73 \rightarrow \text{N.F. } (\uparrow \text{LP}).$$

Para N.F.= 4 Integrantes

Nº	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	19	0,74	\$ 500,00
2	M	22	1,06	
3	M	3	0,56	
4	F	1	0,43	

$$\text{UCAQ} = 2,79$$

$$\text{L.I.} = 2,79 \times \$ 138,58 = \$ 386,64; \text{ y L.P.} = 2,79 \times \$ 296,57 = \$ 827,43 \rightarrow \text{N.F. } (\downarrow \text{LP}).$$

Para N.F.= 5 Integrantes

Nº	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	35	0,74	\$ 775,00
2	M	38	1,00	
3	F	24	0,74	
4	F	16	0,79	
5	F	12	0,73	

$$\text{UCAQ} = 3,60$$

$$\text{L.I.} = 3,60 \times \$ 138,58 = \$ 498,89; \text{ y L.P.} = 3,60 \times \$ 296,57 = \$ 1067,65 \rightarrow \text{N.F. } (\downarrow \text{LP}).$$

Para N.F.= 6 Integrantes

Nº	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	36	0,74	\$ 625,00
2	M	41	1,00	
3	F	1	0,43	
4	M	3	0,56	
5	F	5	0,63	
6	F	7	0,72	

$$\text{UCAQ} = 4,08$$

$$\text{L.I.} = 4,08 \times \$ 138,58 = \$ 565,41; \text{ y L.P.} = 4,08 \times \$ 296,57 = \$ 1210,00 \rightarrow \text{N.F. } (\downarrow \text{LP}).$$

Para N.F.= 7 Integrantes

Nº	Sexo	Edad	Unidades Consumidoras por Adulto Equivalente (UCAQ)	Ingresos Totales del N.F.
1	F	31	0,74	\$ 625,00
2	M	37	1,00	
3	F	1	0,43	
4	M	6	0,63	
5	M	6	0,72	
6	F	8	0,73	
7	F	11	0,79	

$$\text{UCAQ} = 5,04$$

$$\text{L.I.} = 5,04 \times \$ 138,58 = \$ 698,44; \text{ y L.P.} = 5,04 \times \$ 296,57 = \$ 1494,71 \rightarrow \text{N.F. } (\downarrow \text{LP}).$$

2. Cuando hablamos de Núcleo Familiar nos referiremos a todos los integrantes que convivan entre sí, existiendo lazos sanguíneos o no;

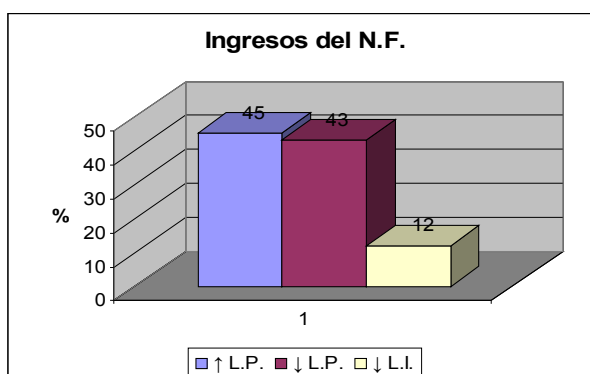
3. Cuando decimos Ingresos Totales, la misma es considerada como la suma de los Ingresos de cada integrante del Núcleo Familiar;
4. Para determinar si un Núcleo Familiar está laboralmente ocupada o no, se adoptó la definición de Ocupación dada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la cual es: “El conjunto de tareas concretas que desarrolla una persona en su trabajo”. Se clasifica a las ocupaciones a partir de la articulación de cuatro dimensiones: carácter ocupacional, jerarquía ocupacional, tecnología ocupacional y clasificación ocupacional.
5. Forma parte también de los “Ocupados”, los Jubilados, Pensionados y poseedores de Asistencia Social.
6. En el instrumento de medición figura la pregunta “OBRA SOCIAL”, cuando en realidad lo que se considera es la SEGURIDAD SOCIAL, quién comprende a Obras Sociales, Prepagas y Mutuales.
7. Las siguientes enfermedades son consideradas Patologías Crónicas: Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes en sus diferentes situaciones clínicas; Asma; Rinitis Alérgicas; etc.
8. Cuando decimos Núcleo Familiar con Patología Crónica, Asistencia Estatal y/o Discapacidad, no referimos a que por lo menos existe un integrante en dicho Núcleo que la/s posee/n.
9. Cuando nos referimos a “Asistencia Estatal” decimos que el Estado Nacional y/o Provincial asisten a por lo menos un integrante del Núcleo Familiar de una manera económica monetaria, esto es a través de Planes como ser Trabajar, Mi Primer Empleo, etc.
10. La terminología “lista de medicamentos” se refiere a que se amplíe/aumente (↑) la lista de medicamentos genéricos para tratar otra/s enfermedad/es y que no están incluidas en la lista de medicamentos esenciales del programa Remediar y cuando nos referimos a la cantidad de medicamentos, precisamente es el volumen en stock de los mismos y que esté disponible para los usuarios del Programa Remediar.
11. Cuando decimos “Sustitución Médica”, nos referimos a que el usuario solicita al Médico que le sustituya el/los medicamentos prescripto/s por otro/s que sea gratis para el mismo.

RESULTADOS

De manera tal de ordenar un análisis secuencial, primero analizaremos los atributos y las características médico asistenciales determinados a través de gráficos y segundo, analizaremos las mismas mediante de Tablas de Contingencia.

A) Gráficos

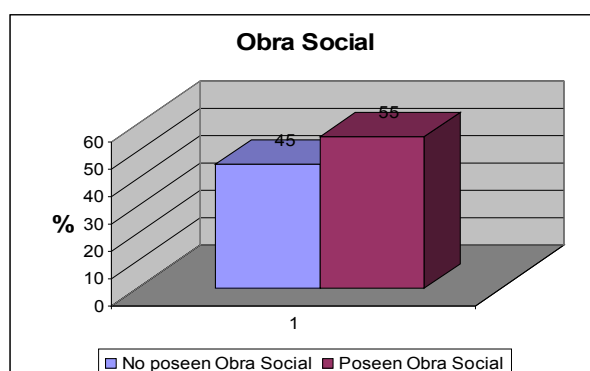
Gráfico N° 5: Expresión porcentual encontrada del Ingreso Total del Núcleo Familiar.



Del gráfico se observa que los No Pobres (↑ LP) representan el 45 % de los NF, los Pobres (↓ LP) son el 43 % y los Indigentes (↓ LI) representan el 12 %. Si consideramos a la Pobreza en general, estos dos últimos grupos de NF representan el 55 %.

Llama la atención el hecho de que el 45 % de los NF que están por encima de la Línea de Pobreza (↑ LP) usufructan este Programa. Así es que más de la mitad de los usuarios pertenecen a la población objetivo del Programa REMEDIAR.

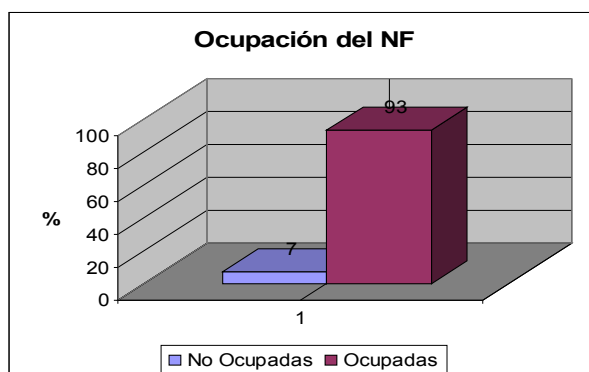
Gráfico N° 6: Expresión porcentual hallada de la Seguridad Social (SS) del Núcleo Familiar.



Del gráfico se observa que el 45 % de los Núcleos Familiares (NF) no poseen cobertura de Seguridad Social (SS) y el 55 % si poseen.

Llama la atención el hecho de que el 55% de los NF que poseen Seguridad Social, usufructan este Programa. Así es que menos de la mitad de los usuarios pertenecen a la población objetivo del Programa REMEDIAR.

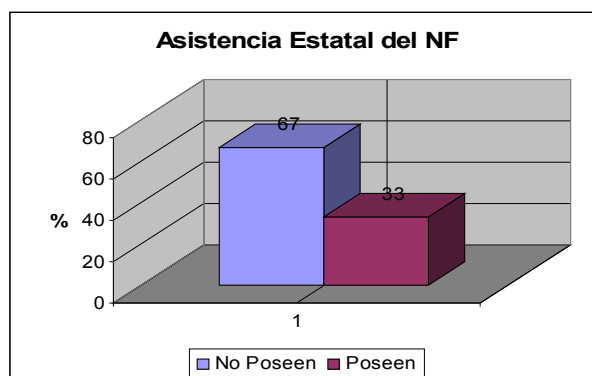
Gráfico N° 7: Expresión porcentual hallada de la Ocupación del Núcleo Familiar.



Del gráfico se observa que el 7 % de los Núcleos Familiares (NF) se encuentran no ocupadas y el 93 % de las mismas, se encuentran ocupadas.

Constituyen el 93% de los Ocupados los laboralmente activos, los poseedores de Asistencia Social y los laboralmente pasivos (Jubilados y Pensionados).

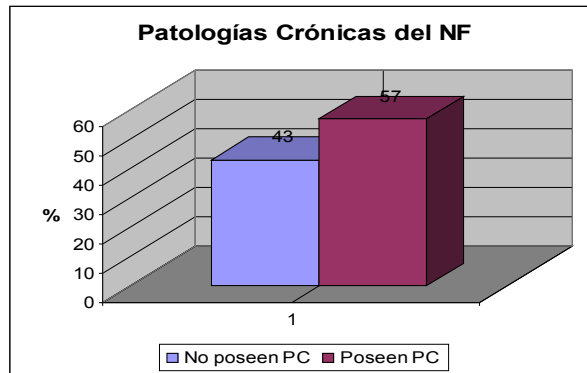
Gráfico N° 8: Expresión porcentual hallada de la Asistencia Estatal del Núcleo Familiar.



Del gráfico se observa que el 67 % de los Núcleos Familiares (NF) no poseen integrantes con algún tipo de Asistencia Estatal, mientras que el 33 % si posee.

Constituyen el 33% de los poseedores de Asistencia Estatal Núcleos Familiares que posean Planes como ser Trabajar, Mi Primer Empleo, etc.

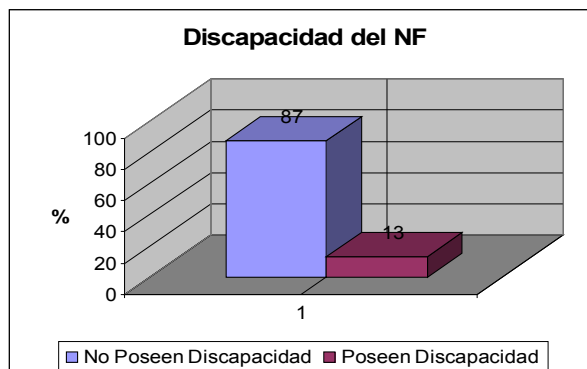
Gráfico N° 9: Expresión porcentual hallada de las Patologías Crónicas (PC) del Núcleo Familiar.



Del gráfico se observa que el 43 % de los Núcleos Familiares (NF) no poseen Patologías Crónicas (PC) mientras que el 57 % si las posee.

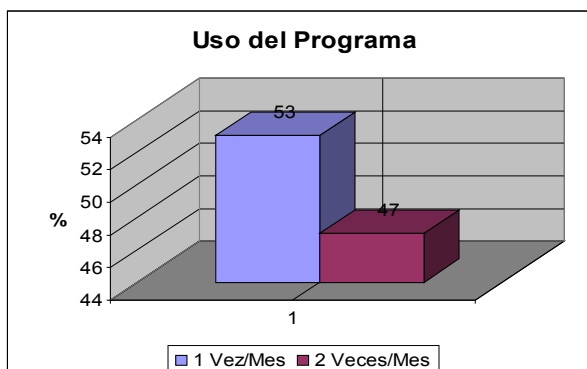
Al ser el programa REMEDIAR un programa auto focalizado, es de esperarse como en este caso, que más de la mitad de los usuarios de este Programa posean alguna de las Patologías Crónicas, mientras que el otro porcentaje restante usan al mismo por el padecimiento de otras Patologías.

Gráfico N° 10: Expresión porcentual hallada de la Discapacidad del Núcleo Familiar.



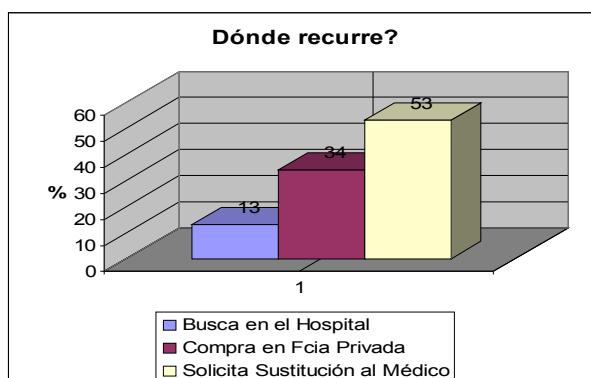
Del gráfico se observa que el 87 % de los Núcleos Familiares (NF) no poseen integrantes con algún tipo de Discapacidad, mientras que el 13 % si posee.-

Gráfico N° 11: Expresión porcentual hallada del Uso del Programa por parte del Núcleo Familiar.



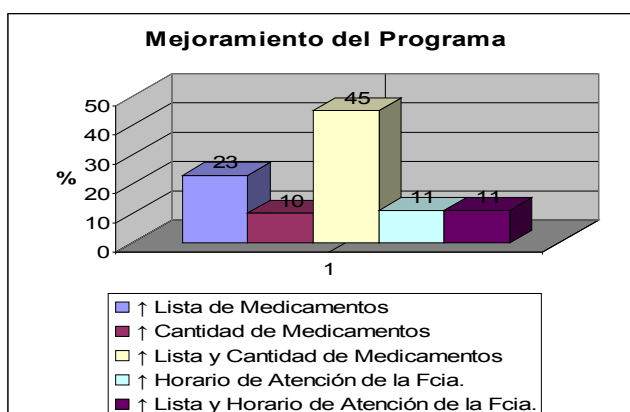
Del gráfico se observa que el 53 % de los Núcleos Familiares (NF) utilizan una vez/mes el Programa, mientras que el 47 % lo hace dos veces/mes.-

Gráfico N° 12: Expresión porcentual hallada de dónde recurre el Núcleo Familiar para conseguir los medicamentos en caso de no conseguirlos en el CAPS.



Del gráfico se observa que el 13 % de los Núcleos Familiares (NF) busca sus medicamentos en el Hospital, el 34 % los compra en alguna Farmacia privada y el 53 % solicita al médico que le sustituya el/los medicamento/s y que éstos sea/n gratis.-

Gráfico N° 13: Expresión porcentual hallada al preguntar que haría falta para Mejorar el Programa Remediar según opinión de los Núcleos Familiares.



Del gráfico se observa que el 23 % de los Núcleos Familiares (NF) opina que hay que aumentar la lista de medicamentos, el 10 % opina que hay que aumentar la cantidad de medicamentos, el 45 % opina que hay que aumentar la lista y cantidad de medicamentos, el 11 % opina que hay que aumentar el horario de atención de la farmacia y el 11 % opina que hay que aumentar la lista y el horario de atención de la farmacia.-

B) Tablas de Contingencias

Se realizó la exploración relacional entre pares de variables nominales, análisis de contingencia en todas sus combinaciones posibles, citando en nuestro caso, solo aquellas que son estadísticamente significativas y que nos permita dar sustento argumental a las conclusiones en el subtítulo siguiente.

Para ello se utilizó el método de la chi cuadrada (χ^2).

Este método de análisis no paramétrico es una prueba estadística para evaluar relaciones entre dos variables categóricas de nivel nominal u ordinal, o ésta última, también, como expresión reducida de las de nivel de razón o intervalos.

Para ejemplificar su método de cálculo, lo aplicaremos para el caso de la Tabla N° 1.

INGRESOS				
SEGURIDAD SOCIAL	↑ LP	↓ LP	↓ LI	TOTALES
NO POSEE	13%	22%	10%	45%
POSEE	32%	21%	2%	55%
TOTALES	45%	43%	12%	100%

En esta tabla de contingencia se anotan las frecuencias observadas (Fo), Luego se calculan las frecuencias esperadas para cada celda, mediante la fórmula:

$$Fe: \frac{\text{total o marginal de renglón} \times \text{total o marginal de columna}}{N}$$

N = Número total de frecuencias observadas.

$Fe = 45 \times 45/100 = 20,25$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↑ LP – NO POSEE (13%).

$Fe = 55 \times 45/100 = 24,75$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↑ LP – POSEE (32%).

$Fe = 45 \times 43/100 = 19,35$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↓ LP – NO POSEE (22%).

$Fe = 55 \times 43/100 = 23,65$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↓ LP – POSEE (21%).

$Fe = 45 \times 12/100 = 5,40$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↓ LI – NO POSEE (10%).

$Fe = 55 \times 12/100 = 6,60$; esta Fe corresponde a la Fo constituida por la correlación ↓ LI – POSEE (2%).

Luego se elabora con estos datos la Tabla de Contingencia de Frecuencias Esperadas (Fe):

20,25%	19,35%	5,40%	45%
24,75%	23,65%	6,60%	55%
45%	43%	12%	100%

Posteriormente se aplica la fórmula: $\chi^2 = \sum (O-E)^2/E$;

Donde O= Fo en cada celda y E= Fe en cada celda. Así para nuestro caso analizado es:

$$\chi^2 = (13-20,25)^2/20,25 + (32-24,75)^2/24,75 + (22-19,35)^2/19,35 + (21-23,65)^2/23,65 + (10-5,40)^2/5,40 + (2-6,60)^2/6,60 = \rightarrow \chi^2 = 12,505$$

Seguidamente se calcula el grado de libertad (Gl) según: $Gl = (r-1) \times (c-1)$;

Donde: r = número de renglones de la tabla de contingencia, y

c = número de columnas de la tabla de contingencia.

$$\text{Así: } Gl = (2-1) \times (3-1) = \rightarrow Gl = 2$$

Luego recurrimos a la Tabla de Distribución de χ^2 del ANEXO (Pág. 73) y con nivel de confianza de 0.05 (determinado en la página 73), observamos que con Gl = 2, le corresponde un valor de $\chi^2_t = 5,991$.

El valor de χ^2 calculado ($\chi^2 = 12,505$) es superior al del obtenido por Gl ($\chi^2_t = 5,991$), por lo que se infiere que las variables están relacionadas (χ^2 fue significativa).

Para cada Tabla de Contingencia subsiguiente, se calculo siguiendo esta metodología y se expresan ambas, χ^2 y χ^2_t , en las mismas.

Tabla N° 1: Relación porcentual existente entre la Seguridad Social (SS) del Núcleo Familiar y el Ingreso Total del Núcleo Familiar.

SEGURIDAD SOCIAL	INGRESOS			TOTALES
	↑ LP	↓ LP	↓ LI	
NO POSEE	13%	22%	10%	45%
POSEE	32%	21%	2%	55%
TOTALES	45%	43%	12%	100%

$$\chi^2 = 12,505 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia se observa que el 45% de los NF que están por encima de la Línea de Pobreza, el 13% no posee cobertura de SS y el 32% si posee. Análogamente para el caso de los que están por debajo de la Línea de Pobreza lo hacen en un 22% y 21%,

respectivamente. Finalmente, los que están por debajo de la Línea de Indigencia; lo hacen en un 10% y 2% respectivamente.

Llama la atención el hecho de que, de los pobres, el 32% no posee SS y el 23% si posee SS.

Tabla N° 2: Relación porcentual existente entre la cobertura de Seguridad Social (SS) del Núcleo Familiar y la Ocupación del Núcleo Familiar.

SEGURIDAD SOCIAL			
OCUPACION	NO POSEE	POSEE	TOTALES
DESOCUPADO	6%	1%	7%
OCUPADO	39%	54%	93%
TOTALES	45%	55%	100%

$$\chi^2 = 5,042 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del 45% que no poseen cobertura de SS, 6% son desocupados y 39% son ocupados. Análogamente para el caso de los poseedores de cobertura de SS, lo hacen con valores de 1% y 54%; respectivamente.

Llama la atención el hecho de que el 39% de los núcleos familiares ocupados no posean cobertura de Seguridad Social. En nuestro país, al trabajo formal lo acompaña la seguridad social obligatoriamente y es el empleador el responsable por esta circunstancia, en caso de relación de dependencia, y el autónomo tiene libre elección de seguridad social; por lo que es de esperarse que este 39% de los casos representa a los jubilados, poseedores de asistencia estatal y los denominados en la región como changarines y/o trabajadores golondrina.

Tabla N° 3: Relación porcentual existente entre la cobertura de Seguridad Social (SS) del Núcleo Familiar y la Asistencia Estatal del Núcleo Familiar.

SEGURIDAD SOCIAL			
ASISTENCIA ESTATAL	NO POSEE SS	POSEE SS	TOTALES
NO POSEE	22%	45%	67%
POSEE	23%	10%	33%
TOTALES	45%	55%	100%

$$\chi^2 = 12,138 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del 45% que no poseen cobertura de SS, 22% no poseen Asistencia Estatal y 23% si poseen. Análogamente para el caso de los poseedores de cobertura de SS, lo hacen con valores de 45% y 10%; respectivamente.

Es notorio el hecho de que el 10% que posee Asistencia Estatal, también posee cobertura de SS.-

Tabla N° 4: Relación porcentual existente entre la cobertura de Seguridad Social (SS) del Núcleo Familiar y dónde recurre para resolver su problema de acceso a los medicamentos en un caso hipotético en que no lo consiga en el CAPS donde exista el programa Remediar.

SEGURIDAD SOCIAL			
DONDE RECORRE?	NO POSEE	POSEE	TOTALES
HOSPITAL	11%	2%	13%
FCIA. PRIVADA	5%	29%	34%
SUST. MEDICA	29%	24%	53%
TOTALES	45%	55%	100%

$$\chi^2 = 22,872 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del 45% que no poseen cobertura de SS, el 11% busca/ría en el Hospital los medicamentos, el 5% compra/ría los medicamentos en una Farmacia Privada y el 29% solicita/ría la sustitución del medicamento al médico y que sea gratis. Análogamente para el caso de los que poseen cobertura de SS, lo hacen en un 2%, 29% y 24%, respectivamente

Es notorio el hecho de que el 24% que posee cobertura de SS solicita/ría la sustitución del medicamento al médico y que sea gratis.

En caso de inaccesibilidad al medicamento, la respuesta planteada por el Estado a través de este Programa, es que con la Ley por Prescripción de Medicamentos Genéricos, el Médico (y/o Farmacéutico) pueda sustituir la medicación por otra análoga y que sea gratuita, para el caso de este Programa. Esta previsión en la política de medicamentos se cumple en un 53% de los casos (sin excluir a los poseedores de SS).

Tabla N° 5: Relación porcentual existente entre los Ingresos Totales del Núcleo Familiar y la Ocupación del Núcleo Familiar.

INGRESOS				
OCUPACION	↑ LP	↓ LP	↓ LI	TOTALES
DESOCUPADOS	0%	2%	5%	7%
OCUPADOS	45%	41%	7%	93%
TOTALES	45%	43%	12%	100%

$$\chi^2 = 25,905 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia se observa que el 45% de los NF que se encuentran ocupados están por encima de la Línea de Pobreza (↑ LP), el 41% está por debajo de la Línea de Pobreza (↓ LP) y el 7% está por debajo de la Línea de Indigencia (↓ LI). Análogamente para el caso de los NF desocupados los hacen en un 0%, 2% y 5%, respectivamente.

Se hace notar que en el segmento de los ocupados, el 48% de éstos son pobres y dentro de éstos, el 7% es indigente (↓ LI).

Tabla N° 6: Relación porcentual existente entre los Ingresos Totales del Núcleo Familiar y la Asistencia Estatal del Núcleo Familiar.

INGRESOS				
ASISTENCIA ESTATAL	↑ LP	↓ LP	↓ LI	TOTALES
NO POSEEN	36%	26%	5%	67%
POSEEN	9%	17%	7%	33%
TOTALES	45%	43%	12%	100%

$$\chi^2 = 7,753 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia se observa que el 36% de los NF que no poseen Asistencia Estatal están por encima de la Línea de Pobreza (↑ LP), el 26% está por debajo de la Línea de Pobreza (↓ LP) y el 5% está por debajo de la Línea de Indigencia (↓ LI). Análogamente para el caso de los NF que poseen Asistencia Estatal los hacen en un 9%, 17% y 7%, respectivamente.

Se hace notar que en el segmento de los que poseen Asistencia Estatal, que el 9% de éstos está ubicada arriba de la Línea de Pobreza (↑ LP).

Tabla N° 7: Relación porcentual existente entre los Ingresos Totales del Núcleo Familiar y dónde recurre para resolver su problema de acceso a los medicamentos en un caso hipotético en que no lo consiga en el CAPS donde exista el programa Remediar.

DONDE RECURRE?				
INGRESOS	HOSPITAL	FCIA. PRIVADA	SUST. MEDICA	TOTALES
↑ LP	4%	30%	11%	45%
↓ LP	8%	4%	31%	43%
↓ LI	1%	0%	11%	12%
TOTALES	13%	34%	53%	100%

$$\chi^2 = 41,008 \text{ y } \chi^2_t = 9,488$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del 45% que están por encima de la Línea de Pobreza, el 4% busca/ría en el Hospital los medicamentos, el 30% compra/ría en una Farmacia Privada (recurriendo a su propio gasto de bolsillo) y el 11% solicita/ría la sustitución del medicamento al médico y que sea gratis. Análogamente para el caso de los que están por debajo de la Línea de Pobreza lo hacen en un 8%, 4% y 31%, respectivamente y finalmente los que están por debajo de la Línea de Indigencia (↓ LI); lo hacen en un 1%, 0% y 11% respectivamente.

Es notorio el hecho de que el 44% de los pobres solicita/ría la sustitución del medicamento al médico y que sea gratis, y análogamente el 15% de los no pobres buscan su medicación gratis, ya que en los Hospitales la medicación también es gratuita.

Tabla N° 8: Relación porcentual existente entre los Ingresos Totales del Núcleo Familiar y cuántas veces usa el programa Remediar por mes.

INGRESOS				
USO DEL PROGRAMA	↑ LP	↓ LP	↓ LI	TOTALES
1 VEZ/MES	28%	23%	2%	53%
2 VECES/MES	17%	20%	10%	47%
TOTALES	45%	43%	12%	100%

$$\chi^2 = 7,89 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del 45% que están por encima de la Línea de Pobreza el 28% usufructo 1 vez al mes el programa Remediar, mientras que usufructan 2 veces al mes el 17%. Análogamente para el caso de los que están por debajo de la Línea de Pobreza lo hacen en un 23% y 20%, respectivamente y finalmente los que están por debajo de la Línea de Indigencia (↓ LI); lo hacen respectivamente en un 2% y 10%.

El hecho de que el 28% de los no pobres usufructen 1 vez al mes el servicio del Programa y el 30% de los pobres usufructen 2 veces al mes el servicio del Programa es de esperarse dado su condición.

Tabla N° 9: Relación porcentual existente entre la Discapacidad de los Núcleos Familiares y el Uso del Programa por mes de los mismos.

DICAPACIDAD			
USO DEL PROGRAMA	NO POSEE	POSEE	TOTALES
1 VEZ/MES	50%	3%	53%
2 VECES/MES	37%	10%	47%
TOTALES	87%	13%	100%

$$\chi^2 = 5,371 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la tabla de contingencia, se observa que del 87% de las familias encuestadas que no poseen entre sus integrantes al menos uno con Discapacidad, el 50% utiliza 1 vez al mes el Programa y el 37% lo hace dos veces al mes. Análogamente para el caso de los poseedores de Discapacidad, lo hacen con valores de 3% y 10%; respectivamente.

Tabla N° 10: Relación porcentual existente entre las Patologías Crónicas que poseen los Núcleos Familiares y el Uso del Programa que le dan los mismos.

USO DEL PROGRAMA	PATOLOGIAS CRONICAS		TOTALES
	NO POSEE	POSEE	
1 VEZ/MES	32%	21%	53%
2 VECES/MES	11%	36%	47%
TOTALES	43%	57%	100%

$$\chi^2 = 10,744 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la tabla de contingencia se observa que el 32% de los no poseedores de patologías crónicas usufructa al menos 1 vez al mes el programa Remediar, mientras que los poseedores lo hacen en un valor de 21%. Análogamente para el usufructo de 2 veces al mes, lo hacen en un valor de 11% y 36%, respectivamente.

Así es que el mayor porcentaje absoluto corresponde a los poseedores de patologías crónicas con 2 veces al mes de uso en un 36%, lo cual es lógico de esperar en cuanto al usufructo del Programa.-

Tabla N° 11: Relación porcentual existente entre la Ocupación de los Núcleos Familiares y dónde recurre para resolver su problema de acceso a los medicamentos en un caso hipotético en que no lo consiga en el CAPS donde exista el programa Remediar.

DONDE RECORRE?	OCUPACION		TOTALES
	DESOCUPADOS	OCUPADOS	
HOSPITAL	0%	13%	13%
FCIA. PRIVADA	0%	34%	34%
SUST. MEDICA	7%	46%	53%
TOTALES	7%	93%	100%

$$\chi^2 = 6,675 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la tabla de contingencia se observa que el 7% de los desocupados solicita sustitución al médico de el/ los medicamento/s y que sea gratis, mientras que de los ocupados, el 13% recurriría al Hospital para conseguirlo/s, el 34% compra en Farmacia Privada y el 46% solicita sustitución al médico de el/ los medicamento/s y que sea gratis.

Llama la atención de que el 46% de los ocupados solicitan sustitución al médico de el/ los medicamento/s y que sea/n gratis.

Tabla N° 12: Relación porcentual existente entre la Ocupación de los Núcleos Familiares y la Asistencia Estatal de los mismos.

ASISTENCIA ESTATAL	OCUPACION		TOTALES
	DESOCUPADOS	OCUPADOS	
NO POSEE	0%	67%	67%
POSEE	7%	26%	33%
TOTALES	7%	93%	100%

$$\chi^2 = 15,282 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la Tabla de Contingencia se observa que el total de los desocupados (7%) posee asistencia estatal, mientras que del total de los ocupados el 67% no posee asistencia estatal y el 26% si posee.

Llama la atención que el 26% de los ocupados posean asistencia estatal.

Tabla N° 13: Relación porcentual existente entre la Asistencia Estatal de los Núcleos Familiares y dónde recurre para resolver su problema de acceso a los medicamentos en un caso hipotético en que no lo consiga en el CAPS donde exista el programa Remediar.

DONDE RECORRE?	ASISTENCIA ESTATAL		TOTALES
	NO POSEE	POSEE	
BUSCA HOSP	5%	8%	13%
COMPRA FCIA PVDA	31%	3%	34%
SOL/SUST MEDICA	31%	22%	53%
TOTALES	67%	33%	100%

$$\chi^2 = 15,512 \text{ y } \chi^2_t = 5,991$$

De la Tabla de Contingencia observamos que los no poseedores de asistencia estatal buscan el/los medicamentos en un 5% en el Hospital, el 31% lo compra en la Farmacia Privada y el 31% solicita sustitución al médico de el/ los medicamento/s y que sea gratis. Análogamente para el caso de lo poseedores de asistencia estatal, lo hacen con valores de 8%, 3% y 22%, respectivamente.

Se observa que solo el 3% de los Poseedores de Asistencia Estatal compran en Farmacia privada, lo cual es de esperarse dado su condición de privación económica. Asimismo el 31% de los No Poseedores de Asistencia Estatal solicitan la sustitución de/l medicamento/s al médico que los conduzcan a obtener los medicamentos gratis.

Tabla N° 14: Relación porcentual existente entre el Mejoramiento del Programa y dónde recurre para resolver su problema de acceso a los medicamentos en un caso hipotético en que no lo consiga en el CAPS donde exista el programa Remediar.

MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA	DONDE RECURRE			TOTALES
	HOSPITAL	FARMACIA PRIVADA	SUSTITUCION MEDICA	
↑ LISTA DE MEDICAMENTOS	4%	11%	8%	23%
↑ CANTIDAD DE MEDICAMENTOS	3%	4%	4%	10%
↑ LISTA Y CANTIDAD DE MEDICAM.	2%	8%	34%	45%
↑ HORARIO DE ATENC. DE FCIA.	0%	6%	5%	11%
↑ LISTA DE MEDICAM. Y HORARIO ATENCION DE FCIA.	4%	5%	2%	11%
TOTALES	13%	34%	53%	100%

$$\chi^2 = 26,267 \text{ y } \chi^2_t = 15,507$$

De la Tabla de Contingencia observamos que los que recurren al Hospital, 4% opinaron que hay que aumentar/ampliar la lista de medicamentos, 3% su cantidad, 2% su lista y cantidad, 0% el horario de atención de la Farmacia del CAPS y el 4% que se aumente/amplíe la lista de medicamentos y el horario de atención de Farmacia del CAPS. Análogamente para los que compran en la Farmacia Privada, lo hacen con valores de 11%, 4%, 8%, 6% y 5%, respectivamente. Finalmente, para los que solicitan sustitución al médico de el/ los medicamento/s y que sea gratis, lo hacen con valores de 8%, 4%, 34%, 5% y 2%, respectivamente.

El mayor valor absoluto corresponde al 34% de los solicitan la sustitución de/l medicamento/s al médico que los conduzcan a obtener los medicamentos gratis y son los que también en igual porcentaje solicitan que se le amplíe/aumente la Lista y Cantidad de Medicamentos disponibles para su propio consumo.

Tabla N° 15: Relación porcentual existente entre la Ocupación de los Núcleos Familiares y la/s Patologías Crónicas de los mismos.

PATOLOGIAS CRONICAS	OCUPACION		TOTALES
	DESOCUPADOS	OCUPADOS	
NO POSEE	6%	37%	43%
POSEE	1%	56%	57%
TOTALES	7%	93%	100%

$$\chi^2 = 5,603 \text{ y } \chi^2_t = 3,841$$

De la Tabla de Contingencia se observa que del total de los desocupados (7%), el 6% de los Núcleos Familiares posee por lo menos un integrante del mismo, patologías crónicas y el 1% no posee. Asimismo, del total de los ocupados (97%), el 37% no posee patologías crónicas y el 56% si la/s posee.

El hecho de que el 56% de los ocupados posean patologías crónicas es realmente notorio.

DISCUSION

Los medicamentos como cuestión fueron objeto de políticas públicas mucho antes que el acceso de la población a los mismos fuera considerado en la agenda. Pero aún cuando el acceso fue considerado, los abordajes desplegados por los diferentes estados nacionales para promoverlo han sido diversos y en casi todos los casos también recientes.

Aunque los gobiernos no pueden prescindir de la regulación del mercado si quieren avanzar hacia una solución del problema del acceso, tampoco pueden adoptar medidas de forma apresurada ni copiar políticas sin una revisión crítico/criteriosa.

En Argentina, el Ministerio de Salud y Ambiente adoptó como objetivo principal la promoción del acceso de la población a los medicamentos esenciales. Para ello formuló una Política Nacional de Medicamentos basada en 3 ejes:

1. el uso de los medicamentos por su nombre genérico;
2. la selectividad en la financiación de medicamentos por los seguros de salud; y
3. la provisión pública medicamentos esenciales para aquellos sectores de la población que no cuentan con cobertura de seguros de salud ni tiene acceso a los productos en las farmacias comerciales por carecer de recursos económicos para adquirirlos.

Así y en función del ítem 3 anterior, se implementó el Programa Remediar como parte de un lineamiento general de la Política Nacional de Medicamentos.

El Remediar no es en sí mismo un programa focalizado para hogares pobres, la auto-focalización del paquete en enfermedades prevalentes en los pobres, garantizó un fuerte impacto del programa en los más pobres.

A partir de la determinación de los atributos socioeconómicos y características médico asistenciales de los usuarios de programa REMEDIAR, se efectuó una exploración correlacional estadísticamente significativa que permita dar sustento argumental a las conclusiones que seguidamente se transcriben.

Tomando los valores dados en los Gráficos 5 al 13 y las Tablas de Contingencias 1 a la 15, se observa:

- a) Que el Programa REMEDIAR en el cumplimiento de sus objetivos, exhibe una directa asistencia en medicamentos a su población objetivo y que de entre sus usuarios, lo utilizan

en mayor medida aquellos Núcleos Familiares que se sitúan por debajo de la Línea de Pobreza (↓ LP), representado en un 55% de los casos y no excluye a los que poseen Seguridad Social (SS), ya que estos están representados por también un 55% de los casos, presentando así una doble cobertura: Programa Remediar + SS.

Asimismo, las autoridades locales deberán ajustar el acceso oportuno en cuanto al horario de prestación de este importante servicio de salud, favoreciendo así aún más, el acceso a este vital recurso terapéutico.

b) Que aquellos usuarios que tengan las características de ser no pobres, con cobertura de Seguridad Social, Ocupados, que no poseen Patologías crónicas ni Discapacidad pero con Asistencia Estatal, están usufructuando el programa Remediar con el objeto de disminuir su gasto de bolsillo en materia de medicamentos y son los mismos que solicitan que aumente/amplíe la cobertura medicamentosa para poder ellos utilizarla según su conveniencia. Es mas, se demostró que cierto porcentaje de NF poseen doble cobertura.

Asimismo, no se puede afirmar que exista una sobreutilización de este Programa por parte de éstos últimos, ya que para ello se necesita evaluar otros atributos y características que no fueron determinados/evaluados en esta investigación.

CONCLUSIONES

Los medicamentos son recursos terapéuticos de amplia utilización y de mucho impacto sobre los resultados de salud de la población. Pero su utilización está mucho más determinada por la dinámica del mercado que por los criterios y necesidades de salud pública. De entre estas dos lógicas diferentes, surge el problema del acceso de la población a los medicamentos esenciales. Las brechas en el acceso se profundizan como resultado de las desigualdades internacionales y sociales. En la medida en que el acceso está vinculado al mercado, se ve afectado de forma directa por todas las transformaciones del capitalismo global. Es decir, fenómenos como la definición de un nuevo orden económico internacional alterando la división del trabajo entre las naciones y los patrones de producción al interior de cada país, la exclusión de sectores sociales, la concentración de la riqueza, el surgimiento de nuevos pobres, etc.; tienen inmediata repercusión sobre el acceso de la población a los medicamentos.

La necesidad de determinar los atributos, características médico asistenciales y uso del programa, viene a satisfacer, en parte, la necesidad de disponer de investigaciones que expliquen las interrelaciones entre clase social, nivel de salud y uso de servicios sanitarios. La promoción de la equidad, o la lucha contra las desigualdades, tiene dos niveles: el análisis de la evidencia disponible (papel de la investigación) y la toma de decisiones políticas. Con este enfoque, resulta notable la iniciativa propuesta por Black para disminuir las desigualdades en Inglaterra. Esta propuesta ilustró sobre la necesidad de disponer de investigaciones que expliquen las interrelaciones entre clase social, nivel de salud y uso de servicios sanitarios. Este tipo de investigación aportaría alternativas concretas para intervenir desde los servicios sanitarios aportando a la reducción de las desigualdades y enfocaría el debate en términos científicos.

En la mayoría de los países del mundo, la desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en el seno de su sociedad.

Existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales.

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, también existe evidencia suficiente como para concluir que a pesar de que hay un mayor uso por parte de las clases económicas menos favorecidas, cuando este uso se ajustaba por necesidad, se observan desigualdades a favor de los ricos. En cualquiera de los dos casos, se afirma que el sistema sanitario no es la principal causa de desigualdad y que la explicación habría que buscarla sobre todo en la privación económica.

El uso de los servicios sanitarios y sociales no depende del azar, sino de las características personales de los pacientes y de su ambiente familiar y social. Como consecuencia de la fragmentación de estos servicios, no se conoce bien sus usos múltiples, racionalidad ni sus resultados.

Otra cuestión es el mercado de medicamentos, que es un insumo crítico en el sistema de salud. El comportamiento de dicho mercado demuestra una evolución poco "entendible": mientras Argentina cuenta con el 1 % del PBI mundial, representa 3 % de la demanda total de medicamentos. Además, desde 1991 a 1998, según un estudio realizado por la Fundación ISALUD, los precios de los remedios en la Argentina aumentaron entre 66% y 106%. Durante el mismo período disminuyó el número de unidades vendidas en 12.7%, pero la facturación se incrementó 80%. Argentina se ubica así entre los países con medicamentos más caros del mundo, con precios similares a los de EEUU, Alemania o Canadá, a pesar que estas naciones tengan un ingreso per capita 4 veces más alto que el nuestro. Desde que salen de fábrica hasta que llegan al público, los remedios se encarecen un 75%, entre los márgenes de las droguerías, distribuidoras y farmacias. Si bien la carga impositiva indirecta puede ser mayor a la de otros países, no alcanza para explicar tamaña diferencia.

Respecto de cómo abaratar los precios, y más allá de las disputas entre los laboratorios nacionales y extranjeros, es sabido que la prescripción por la denominación genérica implica un fuerte impacto favorable sobre los precios, en la medida en que interrumpe la orientación del médico hacia una determinada marca y genera competencia entre productos en función del precio. Un estudio realizado por la Secretaría de Industria en 1998, permitió detectar diferencias de hasta 500% en medicamentos que poseen la misma droga básica. En EEUU, por ejemplo, un 40% de las recetas es de remedios genéricos. En nuestro país, la provincia de Buenos Aires, durante 1990 y el gobierno nacional en 1992 hicieron intentos no muy exitosos de implantación del mercado de genéricos.

A su vez un estudio de la OMS de 1998, indica que sólo la cuarta parte de la población en la Argentina puede acceder sin restricciones al mercado de medicamentos y gran parte del acceso está intermediado por el sistema de la seguridad social: El PAMI, explica casi un 20% de la facturación total del mercado de medicamentos y hay unas 300 entidades entre obras sociales sindicales y entidades provinciales que absorben un 40% del mercado. La formación de consorcios de compra permitiría obtener descuentos.

En definitiva, es fundamental visualizar los problemas propios del sector de la salud, contar con un análisis sistémico y saber que, además de hacer todas las consideraciones técnicas para resolver los serios problemas existentes, hay que tener fuerza, poder, y

consenso de los usuarios (pacientes) para hacer todas las modificaciones que hagan falta. Caso contrario, los que manejan la oferta seguirán presionando para mantener el status quo o continuar ganando posiciones.

En todo este planteo, los médicos también juegan un papel relevante: son quienes definen, a la vez que inducen, la demanda de los usuarios de los servicios de salud a través de sus prácticas y las prescripciones de medicamento; en definitiva deciden sobre el gasto total. La birome del médico puede ser el disparador del gasto en salud y también puede serlo de la baja de calidad y aumento de la rentabilidad de algunos.

Esto nos lleva a concluir que se puede intervenir sobre las causas de las desigualdades en salud, pero que para ello es necesario partir de un modelo conceptual de las desigualdades y actuar teniendo en cuenta al mismo.

El Programa REMEDIAR como parte de una Estrategia de Salud: Probables cursos de acción

A) Oportunidades del sector

El discurso como herramienta.

La salud es una sola y por lo tanto tiene una sola lógica, su eje es el hombre y su familia. El lenguaje construye. Una oportunidad destacable para el sector de la salud radica en asumir como una realidad posible lo que expresan en sus discursos casi sin excepción aquellos a los que la sociedad considera como las máximas autoridades en salud: " la salud es una sola ".

El que reiteradamente las autoridades expresen que esto es así, nos permite abrigar con fuerza y cautela, la esperanza de que en un futuro inmediato los sub sectores se puedan complementar y se brinde la posibilidad de demostrar que ambos pueden colaborar no solo en lo asistencial sino además en objetivos prioritarios como son la promoción y la prevención.

Entender esto nos permite concretar la idea que lo sub sectores tengan todos la posibilidad de intervenir en los proyectos poblacionales, corazón de las políticas de salud.

Concientización

Muchos dirigentes han entendido que se debe lograr la integralidad del sistema y mas aun ahora, donde se avizoran profundos cambios en éste sentido hechos por el Gobierno.

Demografía

Las políticas sanitarias deben necesariamente tener presente las tendencias demográficas, el no tener claramente integrado este concepto hará que la planificación estratégica encierre la semilla de un inexorable fracaso..

La paradoja según los especialistas en demografía es que nuestros indicadores demográficos posibilitan que las desigualdades puedan ser generadoras de oportunidades, a este hecho los economistas de la salud denominan ventana demográfica.

La población activa ocupa pocos servicios onerosos ya que un alto porcentaje de la población se encuentra en edades productivas de 15 a 64 años. En realidad la ventana demográfica es una forma de sacar provecho a una situación desgraciada.

Otro concepto relacionado es el de transición de la salud, entendida como “un proceso continuo de cambio que tiene un patrón identificable en el largo plazo”. Entender de esta manera a la transición nos permite contar con una herramienta analítica muy útil para el análisis de los procesos de cambio, demográficos y de la atención de la salud.

No es difícil imaginar la importancia de saber de que se muere, se enferma la gente, a que edad, en que lugar esto ocurre, cual es la carga mortalidad versus morbilidad y como responderá la sociedad organizadamente a través de su sistema de salud. Es en esto que radica y consiste básicamente la importancia del concepto transición de la salud.

El cambio hacia las prioridades

Se ha comenzado a entender que significa salud, cual es el significado de la misma cerca de la casa, en las escuelas, en los lugares de trabajo. Esto ha instalado en muchos sectores el concepto de necesidad, requisito básico para entablar las demandas. Es en ésta dirección en donde el Gobierno centra sus esfuerzos.

Capacitación

Tenemos la posibilidad cierta de contar con los medios necesarios para el cambio en el modelo médico, una demanda para el perfil profesional necesario y para la formación profesional en medicina basada en la evidencia.

Planes en ejecución

Existe una cantidad de planes en ejecución que deben ser conocidos por los diferentes actores, el conocer los planes brindará la oportunidad de realizar acciones sistémicas, lo

cual es imprescindible para integrarlos en todo los niveles, lo cual debe ser considerado como de máxima prioridad.

B) Amenazas

Compartimentos estanco.

No podemos ser ingenuos y olvidarnos que son muchos los que piensan que se pueden salvar solos, este mal, somos concientes, no respeta ninguno de los sectores. Acorde con esto no son ni serán pocos los que pretendan sacar réditos tanto personales como sectoriales aun en contraposición con los derechos del conjunto. Son ellos los que pretenderán poner en funcionamiento a costa de las instituciones gubernamentales o no y aun de las personas, todos los mecanismos para evitar que se lleve a la practica lo que se considera como fundamental, la complementación de todos los sectores

Información asimétrica.

La falta de información implica como mínimo explotar la ignorancia, ya que entre otras cosas hace creer que tanto la salud y como su promoción son patrimonio exclusivamente de un sector. Todos debemos dentro de nuestras posibilidades constituirnos en promotores de la salud a través de la educación y la colaboración multisectorial, accionando positivamente para que se cumplan los prerrequisitos de salud.

Finalmente, vamos a recordar como marco conceptual para todos los aspectos considerados, la necesidad de estrategias y políticas tendientes a lograr un acceso equitativo a los medicamentos y el estudio en el tiempo de sus dimensiones con respecto a:

- Importancia y volumen de los servicios prestados por el sector público de salud en nuestros países.
- Parcelas de la población excluidas de cualquier otro tipo de atención.
- Cambios en el perfil epidemiológico.
- Envejecimiento poblacional, generando nuevas demandas.
- Desarticulación de la atención farmacéutica.
- Uso irracional e innecesario de medicamentos.
- Automedicación.
- Mercados entre los mayores del mundo.
- Perfil de los consumidores.

Si bien algunos de éstos puntos ya están siendo abordados a iniciativa del Gobierno, es menester recordarlos para entender de que no podemos apartarnos de ellos si queremos lograr un sistema de salud que nos contemple y contenga a todos.-

ANEXO

Cuadro N° 10: VALORES DE X² A LOS NIVELES DE CONFIANZA DE .05 Y .01 *

Grados de Libertad (gl)	Nivel de Confianza	
	.05	.01
<u>1</u>	3.841	6.635
<u>2</u>	5.991	9.210
<u>3</u>	7.815	11.345
<u>4</u>	9.488	13.277
<u>5</u>	11.070	15.086
<u>6</u>	12.592	16.812
<u>7</u>	14.067	18.475
<u>8</u>	15.507	20.090
<u>9</u>	16.919	21.666
<u>10</u>	18.307	23.209
<u>11</u>	19.675	24.725
<u>12</u>	21.026	26.217
<u>13</u>	22.362	27.688
<u>14</u>	23.685	29.141
<u>15</u>	24.996	30.578
<u>16</u>	26.296	32.000
<u>17</u>	27.587	33.409
<u>18</u>	28.869	34.805
<u>19</u>	30.144	36.191
<u>20</u>	31.410	37.566
<u>21</u>	32.671	38.932
<u>22</u>	33.924	40.289
<u>23</u>	35.170	41.638
<u>24</u>	36.415	42.980
<u>25</u>	37.652	44.314
<u>26</u>	38.885	45.642
<u>27</u>	40.113	46.963
<u>28</u>	41.337	48.278
<u>29</u>	42.557	49.588
<u>30</u>	43.773	50.892
<u>35</u>	49.802	57.342
<u>40</u>	55.758	63.691
<u>45</u>	61.656	69.957
<u>50</u>	67.505	76.154
<u>60</u>	79.082	88.379
<u>70</u>	90.531	100.425
<u>80</u>	101.879	112.329
<u>90</u>	113.145	124.116
<u>100</u>	124.342	135.807

* Tomado de Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. Año 1.991. “Metodología de la Investigación” 2º Edición. México. Editorial Mc Graw – Hill. México. Página N° 472.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. Peretta, M. y Ciccía, N. Año 1.998. “Reingeniería de la Práctica Farmacéutica”. 1º Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Páginas 4 y 5.
2. Baranger, D. Año 2.000. “Construcción y análisis de datos”. 2º Edición. Posadas – Misiones. Editorial Universitaria de Misiones. Páginas 95 y 96.
3. González García, G. Año 1.994. “Remedios Políticos para los Medicamentos”. 1º Edición. Buenos Aires. Fundación ISALUD. Página 7.
4. Falbo, R. E. Año 2.003. “Estudios sobre el Gasto en Medicamentos en Argentina”. Buenos Aires. PROAPS. Página 20 y 27.
5. Organización Mundial de la Salud. Año 2004. “Estrategia Farmacéutica de la OMS 2004-2007: Lo esencial son los Países”. Ediciones OMS. Ginebra. Páginas 1 y 2.
6. Tobar, F.; Sánchez, D. y Colaboradores. Año 2006. “El Impacto de las Políticas de Medicamentos Genéricos sobre el Mercado de Medicamentos en tres Países del MERCOSUR: Informe de Avance”. Montevideo. R O U. Fundación Carolina. Páginas 13, 14, 15 16, 19. 20 y 21.
7. Ministerio de Economía Obras y Servicios Públicos. Año 1.999. “El Mercado de los Medicamentos en la Argentina”. Estudios de la Economía Real N° 13. Buenos Aires. Páginas 1 y 2.
8. CONAPRIS. Año 2003. “El Futuro del Acceso a los Medicamentos en Argentina”. Resultados del Estudio Colaborativo Multicéntrico “Políticas de Medicamentos 2002-2003”. Buenos Aires. Página 6 y 91.
9. Tarragona, Sonia y De la Puente, Catalina. Año 2.002. “La Política Nacional de Medicamentos: ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?”. Ministerio de Salud. Páginas 4 y 5.
10. Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. Año 1.991. “Metodología de la Investigación” 2º Edición. México. Editorial Mc Graw – Hill. México. Página 217 y 472.
11. Yalour Romano, M. y Tobar, F. Año 1.998. “Cómo hacer Tesis y Monografías sobre Políticas, Servicios y Sistemas de Salud”. Cuadernos ISALUD N° 3. LILACS. Buenos Aires. Página 54.

REVISTAS

1. Tobar, F y Godoy Garraza, L. Año 2.002. “Un vademécum político: Alternativas en la formulación de Políticas de Medicamentos”. Revista Gestión en Salud. Año 2; N° 5.
2. Tobar, Federico. Año 2.006. “Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas”. REMEDIAR. “Manual de Capacitación Operativa” PROAPS-REMEDIAR. Página 9 y 10.
3. Tobar, F. Año 2007. “Antecedentes Internacionales del Programa Remediar”.
4. Tobar, F. Año 2002. “Políticas para Mejorar el Acceso a los Medicamentos”. Revista Boletín Fármacos Volúmen N° 5; N° 3.
5. Tobar, F. Año 2.002. “Las Políticas de Medicamentos y el Problema del Acceso”. Buenos Aires. Revista Boletín Fármacos. Volúmen N° 5; N° 4. Página 4.
6. Tobar, F. Año 2.006. “Mitos sobre los Medicamentos en la Argentina”. Nueva York.
7. Tobar, F. Año 2.004. “Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”. Página 6, 7 y 27.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2.007. “Política de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico”. Buenos Aires.
9. REMEDIAR. Año 2.006. “Manual de Capacitación Operativa”. PROAPS-REMEDIAR. Buenos Aires. Páginas 9 y 10.
10. Morales, E. Año 1988. “Canasta Básica de Alimentos”. Documento de Trabajo N° 3. I.N.D.E.C. / IPA. Buenos Aires.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Año 2.006. Documento de Trabajo N° 3 y 8. I.N.D.E.C. / IPA. Buenos Aires.

ORGANISMOS OFICIALES PROVINCIALES CONSULTADOS

- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (I.P.E.C.). Año 2007. Posadas. Provincia de Misiones.
- Subsecretaría de Salud. Año 2.007. Ministerio de Salud Pública. Posadas. Provincia de Misiones.
- Programa REMEDIAR. Año 2.007. Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas. Ministerio de Salud Pública. Posadas. Provincia de Misiones.
- Archivo General de Gobernación - Ministerio de Gobierno.

- Ministerio de Salud Pública.
- Municipalidad de Posadas.
- SIMOSE: Sistema de Información y Monitoreo Social y Económico. Secretaría de Estado General y de Coordinación de Gabinete. Gobierno de la provincia de Misiones.
- Dirección General de Catastro. Secretaría de Estado de Hacienda, Finanzas, Obras y Servicios Públicos. Año 2.006. Gobierno de la provincia de Misiones.

SITIOS WEB CONSULTADOS

1. www.msal.gov.ar
2. www.federicotobar.com.ar
3. www.misiones.gov.ar/Gobierno
4. www.misiones.gov.ar/Salud
5. www.misiones.gov.ar/IPEC
6. www.keymarket.com.ar
7. www.remediar.gov.ar
8. www.indec.gov.ar
9. www.isalud.org
10. www.mecon.gov.ar
11. www.femeba.org
12. www.phao.org
13. www.anmat.gov.ar
14. www.consultordesalud.com
15. www.fsfargentina.org
16. www.gestionensalud.com
17. www.bibliomed.com
18. www.cofa.org.ar
19. www.ilustrados.com
20. www.infoleg.gov.ar
21. www.siempro.gov.ar
22. www.facaf.org.ar
23. www.monografias.com