



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Dondo Bühler, Mariana

La equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Dondo Bühler, M. (2018). *La equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/787>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

La equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina

TESIS DE MAESTRÍA

Mariana Dondo Bühler

marianadondo@gmail.com

Resumen

Los medicamentos ayudan a restablecer la salud en casos de enfermedad y a mejorar la calidad de vida en casos de deterioro, por eso ampliar el acceso a los medicamentos es un pilar importante dentro de las políticas de salud. En este trabajo se realiza un estudio empírico de los determinantes de la equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina, estudiando las asociaciones de las dimensiones demográfica, socioeconómica y de oferta pública con la progresividad del sistema de pagos.

El abordaje metodológico fue cuantitativo, basado en el procesamiento y análisis de fuentes de información secundaria. Analicé la equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina con estrategias de corte transversal (según hogares), temporal (entre años) y espacial (entre provincias). Consideré que un sistema más progresivo de financiamiento, medido por el índice de Kakwani, era un sistema más equitativo.

Los resultados encontrados fueron consistentes entre los tres abordajes realizados. Por un lado, tener adultos mayores en el hogar mostró tener el efecto de incrementar la porción de ingreso destinada a gasto de bolsillo en medicamentos y de empeorar el índice de progresividad en el sistema de pagos. Por el contrario, el efecto de los menores a 14 años fue el de disminuir el porcentaje de ingreso gastado en medicamentos y mejorar el indicador de progresividad en el sistema. Por otro lado, una peor condición de pobreza, mayor desempleo y una peor distribución del ingreso mostraron hacer el esquema de gasto de bolsillo más regresivo, tanto temporal como espacialmente. La intervención pública, ofreciendo bienes y servicios de salud y regulando el mercado de medicamentos, mostró tener el efecto de mejorar la progresividad del gasto de bolsillo en medicamentos. La estructura provincial de la oferta de salud también tuvo un rol positivo en la progresividad del gasto privado en medicamentos, en especial, los resultados indican que una estructura con mayor peso de Centros de Atención primaria de la salud mejora la progresividad. De igual manera, la provisión pública nacional a través de Remediar y la provincial a través de laboratorios estatales, tuvo como efecto la disminución del porcentaje de ingreso destinado al gasto en medicamentos del grupo de población más pobre, generando un sistema más progresivo.

En este trabajo se cuantificó la importancia relativa de los distintos determinantes de la equidad en el financiamiento de bolsillo de medicamentos en Argentina. Esta es información útil para el diseño de políticas orientadas a lograr un esquema de financiamiento más progresivo que amplíe el acceso de la población a los medicamentos, aumentando tanto la equidad como la eficiencia.

DIRECTOR: JULIÁN BERTRANOU CODIRECTOR: MAURICIO MONSALVO

ÍNDICE

Introducción.....	3
Objetivos y preguntas de investigación	
Antecedentes.....	7
1. Intervención del Estado en el mercado de medicamentos: justificaciones en base a argumentos de eficiencia y de equidad	
2. El sistema de salud argentino y reformas recientes en el mercado de medicamentos	
Material y métodos.....	37
1. Variables, indicadores y fuentes de información	
2. Plan de análisis	
Resultados.....	48
Objetivo específico 1	
Objetivo específico 2	
Objetivo específico 3	
Síntesis de los resultados encontrados – Discusión	
Límites de los resultados encontrados	
Conclusiones.....	72
Bibliografía.....	74

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son herramientas que contribuyen a restablecer la buena salud e impactan en la mejora de la calidad de vida de la población. Este trabajo trata el tema de la equidad en el financiamiento de los medicamentos. En particular, emprende el estudio empírico sobre la progresividad en el pago de bolsillo de medicamentos en Argentina. Un sistema será considerado equitativo si es progresivo, esto es, un esquema en el que el financiamiento aportado por los estratos de menores ingresos es menor a la proporción de ingreso social percibido por ese estrato. Un sistema equitativo implica un mayor acceso a los medicamentos por parte de la población, ya que debilita la barrera económica. Alcanzar la equidad en salud significa que ninguna persona está en desventaja para alcanzar su potencial. La salud es un derecho constitucional y es una forma de capital humano que tiene importantes impactos sobre el crecimiento y desarrollo de los países. El impacto de la falta de acceso a la salud es más importante en la población pobre porque, además de enfrentar mayores barreras de acceso, tiene mayores necesidades sanitarias (Tobar 2002). Adicionalmente, las enfermedades no tratadas llevan al sufrimiento, al deterioro de la salud y a la trampa de la pobreza (Whitehead et al. 2001). Esta hace referencia a que los pobres se enferman más y esto impacta negativamente en sus ingresos laborales; el pago de los tratamientos se hace muchas veces a costa de otros pagos, como la educación de los hijos, perpetuando la pobreza inter-generacionalmente. Las políticas de salud son herramientas del Estado para mejorar la distribución de bienestar entre la población (Barbieri et al. 2002). En este sentido, las políticas deberían orientarse a reducir las diferencias que resultan de factores que son evitables e injustos, por ejemplo, el acceso limitado por motivos económicos.

La equidad o progresividad del sistema de pago de bolsillo tiene determinantes socioeconómicos (e.g. el ingreso, la cobertura de salud), demográficos (e.g. la estructura etárea de la población) y relacionados con la intervención del Estado (e.g. provisión pública, regulación de precios). Distintos modelos económicos y de organización de los sistemas de salud tienen diferentes resultados sobre estos factores, impactando de manera contrastante sobre el financiamiento de la salud y la equidad en el acceso a los medicamentos. Argentina es un interesante caso de estudio para evaluar el impacto de modelos diferentes sobre la progresividad, ya que en las últimas décadas los gobiernos implementaron reformas estructurales que afectaron fuertemente las condiciones socioeconómicas y el modo de intervención pública. En la década del '90 en Argentina se profundizaron una serie de medidas orientadas por la hipótesis de que el mercado era el mejor asignador de recursos, incluso en el área de la salud (e.g. la desregulación de los mercados, la descentralización). Las provincias adquirieron soberanía sobre las decisiones del gasto, resultando en estrategias de salud pública diferentes entre las provincias, en disparidades en el acceso a los servicios de salud y en la cobertura y calidad de los

servicios prestados. Luego de la crisis argentina del 2001, hubo un cambio en la visión de cuál debía ser el rol del Estado en la economía. Se destacó la necesidad de reformarlo, no ya en el sentido de “achicarlo”, sino en el sentido de mejorarlo, para justificar su existencia. Esto implicaba reformar el modelo de gestión y el diseño institucional, que tiene efectos sobre la estructura de incentivos de funcionarios, burócratas y agentes privados, logrando mayor eficiencia en sus intervenciones (Bresser Pereira 1998, Bowles & Gintis 1998). En relación al mercado de medicamentos, la inequidad en el acceso resultante de la crisis dejó de manifiesto que se necesitaban reformas en la intervención pública y en la gestión de la salud. Si la salud era considerada un derecho, entonces se debían implementar mecanismos para que ese derecho se pudiera ejercer.

Para dar respuesta a la crisis de acceso, se diseñó e implementó la Política Nacional de Medicamentos. Ésta incluye regulaciones y la provisión pública de medicamentos y es una medida que apunta a la redistribución y a la vez aumenta la eficiencia económica. Por un lado, el incentivo a la competencia por precios en el mercado de medicamentos y las transferencias directas deberían incrementar el salario real de los hogares (liberando recursos para destinar a otros gastos), ampliar el acceso y, por lo tanto, generar resultados más equitativos. Por otro lado, al ampliar el acceso a los medicamentos, mejora la eficiencia económica ya que niños más sanos aprenden mejor, trabajadores más sanos son más productivos, y más larga expectativa de vida incrementa las inversiones en capital humano y también el ahorro para destinar a inversión productiva. El bienestar de la población aumenta como resultado de medidas redistributivas y de incrementos de la productividad. Este último es fundamental en el mediano y largo plazo, ya que las ganancias en la calidad de vida alcanzadas por redistribución están limitadas por el tamaño del producto (Bowles & Gintis 1998).

En Argentina existen pocos estudios acerca de la equidad en el financiamiento de los medicamentos (Apella 2009, Maceira 2002, Maceira y otros 2005, Maceira & Reynoso 2010) y se ha avanzado poco en la realización de estudios empíricos que identifiquen cuáles son han sido sus determinantes, tanto en el tiempo como en el espacio. Diferencias en el contexto socioeconómico, en las características demográficas de la población y en la oferta pública de bienes y servicios de salud podrían explicar diferentes desempeños en la equidad en el financiamiento. Este trabajo busca generar conocimiento en este sentido, evaluando cómo impactaron estos factores en la progresividad del esquema de financiamiento de los medicamentos en el tiempo, entre hogares y entre provincias argentinas. La evaluación del nivel de asociación entre estas variables es

información de gran relevancia para el diseño o reformulación de políticas públicas en el área de salud y de medicamentos.

El trabajo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar presento los objetivos y preguntas de investigación. En segundo lugar expongo una sección de antecedentes, que tiene dos subsecciones: 1) en la que describo el vínculo entre salud y desarrollo, presento el concepto de equidad en salud, detallo las características del mercado de medicamentos y concluyo acerca de la necesidad de la intervención pública en el mercado de medicamentos; 2) en la que presento el sistema de salud argentino y las reformas recientes que impactaron sobre el mercado de medicamentos. Luego explico la metodología utilizada, exponiendo variables, indicadores, fuentes de información y el plan de análisis seleccionado. A continuación expongo los resultados encontrados y los límites del método para responder a las preguntas de investigación, es decir, las limitaciones de los resultados encontrados. Finalmente, planteo una sección de conclusiones.

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general del trabajo es evaluar la equidad en el financiamiento de medicamentos en Argentina y conocer los factores que influyen sobre su progresividad, regresividad o uniformidad. En las últimas décadas, se implementaron en el país modelos económicos, esquemas de organización del sistema de salud y modos de intervención pública contrastantes, por eso Argentina constituye un interesante caso de estudio para la evaluación de los determinantes de la equidad en el financiamiento de los medicamentos.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir la evolución temporal de la progresividad en el gasto de bolsillo de los medicamentos, las condiciones socioeconómicas de la población y características del mercado de medicamentos que podrían ser explicativas de la misma.

En este objetivo se busca describir el contexto social y económico en el que se dieron diferentes modelos de intervención pública en el mercado de medicamentos, y sus efectos sobre la progresividad del esquema de financiamiento.

2. Evaluar las asociaciones entre atributos del hogar y el gasto de bolsillo en medicamentos en diferentes contextos en Argentina.

En este objetivo se busca conocer qué atributos del hogar se asocian a incrementos en el gasto de bolsillo en medicamentos.

3. Cuantificar las diferencias entre provincias en la progresividad del sistema de gastos de bolsillo en medicamentos.

En este objetivo se busca conocer qué factores impactan a nivel provincial en la progresividad en el financiamiento de los medicamentos. Espero que los factores relacionados con la intervención pública en el área de salud muestren patrones provinciales, ya que los sistemas de salud están organizados a este nivel jurisdiccional. La salud es una competencia concurrente entre provincias y Nación. Los factores socioeconómicos y demográficos también pueden mostrar patrones geográficos y afectar de manera diferenciada a la progresividad en el esquema de financiamiento.

ANTECEDENTES

1. Intervención del Estado en el mercado de medicamentos: justificaciones en base a argumentos de eficiencia y de equidad.

En este apartado describo los argumentos que justifican la intervención del Estado en el mercado de medicamentos, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la equidad. Inicialmente describo los vínculos entre salud y desarrollo económico. Luego presento el concepto de equidad en salud. A continuación presento las características del mercado de medicamentos. Por último, presento algunas medidas de intervención pública en el mercado de medicamentos.

Salud y Desarrollo

La salud es una forma de capital humano y en la literatura habitualmente se plantea una relación causal entre el incremento del ingreso y las mejoras en el nivel de salud de una población. Un ingreso mayor implica más acceso a bienes y servicios que generan salud y longevidad, como la nutrición, los medicamentos, el agua potable. Sin embargo, más recientemente se ha planteado que la relación causal también puede invertirse, proponiendo que mejor salud puede generar mayor crecimiento y desarrollo económico (Barghava y otros 2001, Bloom & Canning 2000, Bloom y otros 2004, Sen 2001, Weil 2007). La salud impacta sobre el crecimiento económico a través de diversos canales: una población más sana tiene probablemente mayor participación en el mercado de trabajo, mayor capacidad de aprendizaje y mayor productividad laboral; si la esperanza de vida es mayor, los individuos están más dispuestos a invertir en educación y a ahorrar, lo que puede traducirse en mayor inversión; una población sana y bien educada atrae inversiones, a la vez que una población que se enferma menos puede gastar menos en restablecer la salud y reasignar ahorros a inversiones productivas. En un estudio realizado en base al caso de siete países latinoamericanos, se encontró que la elasticidad de los ingresos respecto de la salud era de entre 0,8 y 0,09 (Maceira y otros 2005). Esto indica que pequeñas variaciones en el estado de salud tienen un impacto importante sobre los ingresos. El impacto de la salud sobre el crecimiento poblacional, asociado a la transición demográfica, provoca cambios transitorios en el ritmo de crecimiento de la población y de la oferta de trabajo, impactando sobre el crecimiento económico. Inicialmente, la incorporación de tecnologías sanitarias asociadas a mayor inversión en salud genera un crecimiento demográfico explosivo (e.g. *baby boom*) por la caída en las tasas de mortalidad infantil y mayor esperanza de vida. En esta fase, aumentan la proporción de pasivos en la economía (*baby - boomers* y ancianos), generando un efecto ambiguo sobre el crecimiento económico (Oglietti 2008). Por un lado, el crecimiento demográfico puede

estimular el crecimiento basado en la mayor demanda (Simon 1998). Por el contrario, la mayor proporción de pasivos afectará la tasa de ahorro de la economía, limitando la posibilidad de expandir la oferta. En un segundo momento, la tasa de natalidad también decrece asociada al mayor ingreso, y los *baby boomers* entran al mercado laboral. En esta fase la demanda de consumo y viviendas estimula el crecimiento, y la baja porción de dependientes implica abundancia de ahorro (Oglietti 2008). En la última etapa la tasa de crecimiento demográfico se estabiliza y los *baby boomers* se retiran del mercado de trabajo, aumentando la proporción de pasivos. Esto podría limitar tanto la tasa de ahorro como el incremento de la demanda, desestimulando el crecimiento económico.

Ejercicios de contabilidad de crecimiento realizados en el mundo (Bloom y otros 2004, Wagstaff 2002, Weil 2007, Whitehead y otros 2001) demostraron que el estado de salud de la población explica una porción importante de las diferencias en el ingreso entre países ricos y pobres. Weil (2007) encontró que trabajadores sanos en países de baja tasa de mortalidad son 70% más productivos que trabajadores enfermos de países con alta tasa de mortalidad. Además, encontró que las diferencias en el estado de salud explican el 17% de variación en PBI por trabajador. Adicionalmente, Bloom y otros (2004) revisaron 13 estudios en los que se modelaba el efecto de la salud sobre el crecimiento económico, resultando en efectos positivos (11 casos) o nulo (2 casos). En el estudio realizado sobre un grupo de países entre 1960-1990, encontraron que el aumento de un año en la esperanza de vida se asoció en promedio al incremento del 4% del PBI. Asimismo aclaran que estudios más realistas deberían tener en cuenta efectos no lineales, ya que a niveles más bajos de ingreso y salud, el impacto de incrementos en la salud probablemente será mayor. Por su parte, Weil (2007) estudió los efectos directos de la salud sobre el ingreso (no los indirectos, e.g. a través de mayor educación por mayor salud), y encontró que un aumento en la tasa de supervivencia adulta de 0,1 se trasladaría a un aumento de 4.4% de PBI por trabajador. Además, encontró que mejoras en salud impactan más en países más pobres, explicada por la utilidad marginal decreciente del gasto.

En el sentido opuesto, las poblaciones que invierten menos en salud pueden caer más fácilmente en la *trampa de la pobreza*. Esta se refiere a que la pobreza genera mala salud y ésta perpetúa la situación de pobreza (Whitehead y otros 2001, Wagstaff 2002). La población pobre suele tener menor acceso a los servicios de salud, inadecuadas nutrición y condiciones sanitarias de la vivienda. Estas son causadas, entre otros, por los bajos ingresos, la debilidad de las instituciones, la infraestructura y provisión de servicios insuficientes y de mala calidad o por las dificultades de financiamiento (Wagstaff 2002). En consecuencia, la población pobre tiene a la vez mayores necesidades sanitarias, esto es, mayor probabilidad de enfermar y de morir, y menor acceso a los servicios de calidad (Tobar 2002). Las enfermedades no tratadas llevan a sufrimiento y al deterioro de la salud,

impactan negativamente en la percepción de ingresos laborales y el pago de los tratamientos se hace muchas veces a costa de otros pagos, como la educación de los hijos, perpetuando la pobreza inter-generacionalmente.

Por lo tanto, para que un país crezca y se desarrolle se le debería dedicar tanta importancia a la inversión en salud como a la acumulación de otros tipos de capital (e.g. físico). Si bien mejorar la salud y la longevidad de los pobres son objetivos valiosos en sí mismos, también son un medio para promover el desarrollo económico y la reducción de la pobreza (Weil 2007, Sen 2001). Los niveles de salud de la población y de desarrollo económico se retroalimentan (Wagstaff & van Doorslaer 1998), por lo que es necesario avanzar simultáneamente en ambos sentidos y no esperar que el mayor desarrollo derrame en mejoras sanitarias (Velázquez 1999).

Equidad en salud

Distintas teorías de justicia permiten evaluar situaciones de igualdad/desigualdad como equitativas/inequitativas (e.g. utilitarismo de Bentham; igualitarismo de Rawls). En particular, las teorías que más frecuentemente evalúan situaciones de equidad en el área de la salud son la teoría libertaria y la marxista, que proponen que *cada cual debería recibir recursos y oportunidades según sus necesidades y aportar según su capacidad de pago* (Wagstaff & van Doorslaer 1998). Mientras la igualdad hace alusión a la uniformidad, la equidad implica valorar la desigualdad aplicando algún juicio de valor (Barbieri 2002). La inequidad puede ser definida como una diferencia que es sistemática, socialmente producida (y por eso evitable) e injusta (Whitehead 1992, Whitehead & Dahlgreen 2001). La equidad en salud implica que todas las personas tienen la oportunidad de alcanzar su potencial en salud y que nadie debe estar en desventaja para hacerlo si eso es evitable (Whitehead 1992). A su vez, la equidad puede ser horizontal (situaciones similares reciben un tratamiento similar) o vertical (situaciones diferentes son tratadas de forma diferenciada) (Spinelli y otros 2002).

Según Whitehead (1992), los determinantes de las diferencias en salud pueden ser: 1) naturales, incluyendo biológicas y genéticas (e.g. sexo, edad, factores hereditarios); 2) basados en elección de comportamientos que dañan la salud (e.g. fumar, dieta inadecuada); 3) basados en comportamientos que promueven la salud (e.g. hacer deportes); 4) basados en comportamientos que dañan la salud, cuando la elección de estilo de vida es restringida; 5) basados en la exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres; 6) derivados del acceso inadecuado a la salud y otros servicios públicos; 7) derivados de la tendencia de personas enfermas a descender en la escala social. El grado de libertad en las elecciones puede considerarse un criterio adecuado para clasificar estos determinantes en desigualdades o inequidades. En este sentido, los primeros tres determinantes son considerados diferencias en salud, ya que se derivan de situaciones

que, o son inevitables o son elegidas. Los determinantes de 4 a 7, en contraposición, son causados por factores sociales o ambientales, se relacionan con el lugar que ocupan las personas en la organización social del proceso de producción y distribución (Spinelli y otros 2002), y por eso pueden ser considerados evitables e injustos. En el mismo sentido, Wagstaff (2002) propone otra clasificación de los determinantes de resultados inequitativos en salud, enfatizando las relacionadas con los activos humanos, financieros y sociales de los hogares y comunidades; con sus prácticas; con las características del sistema de salud y los sectores relacionados (e.g. oferta, estructura de financiamiento; calidad de los alimentos y el agua); y con las políticas públicas en el área de salud y en otras relacionadas (e.g. infraestructura o agricultura).

La equidad en salud puede referirse a la equidad en los resultados de salud, en el acceso y la distribución de los recursos para la salud y en el financiamiento (Barbieri 2002, Tobar 2002). En cuanto a los resultados, una situación es inequitativa si el nivel de salud está relacionado a circunstancias sociales o ambientales, como la falta de acceso a servicios o la calidad insalubre del puesto de trabajo. En relación a la equidad en el acceso, Tobar (2002) plantea que existen distintos tipos de barreras:

- económicas: vinculadas a la capacidad de pago y el lucro cesante. Se relacionan con los precios de los medicamentos y la estructura de los sistemas de financiamiento.
- de cobertura y legales: los sistemas de protección no disponen de los recursos para satisfacer las necesidades sanitarias de la población cubierta o no incluyen determinadas prestaciones,
- culturales: por ejemplo, la lengua que hablan los médicos no es la misma que la de los pacientes,
- geográficas: casos en que los pacientes residen a más de dos horas de distancia de un centro de atención y/o dispensa,

Con respecto al financiamiento de la salud, se considera equitativa una situación en la que las personas participan en el costo según su nivel de ingreso y no según sus riesgos en salud. La distribución de costos de salud no debería empeorar la distribución del ingreso de una sociedad (Wagstaff 2002) y los gastos en salud no deberían ser empobrecedores (Maceira 2010, Xu y otros 2003). La salud suele financiarse de distintas fuentes: a) impuestos (directos e indirectos); b) seguros de salud; c) pagos de bolsillo. La equidad del sistema de financiamiento depende de la progresividad de todas estas fuentes. En términos generales, se ha planteado que los sistemas basados más fuertemente en gastos de bolsillo suelen ser más regresivos o inequitativos, mientras que los esquemas financiados por la seguridad social son progresivos si los más ricos están incluidos en este sistema de protección (Wagstaff & van Doorslaer 1998).

En este trabajo, propongo y evalúo diferentes determinantes de la equidad en el esquema de financiamiento de bolsillo de los medicamentos en Argentina, y sus interacciones. Planteo que los determinantes pueden ser socioeconómicos, relacionados con la provisión pública de bienes y servicios de salud y demográficos. Como determinantes socioeconómicos considero algunos de los mencionados más frecuentemente en la literatura para la equidad en el financiamiento de la salud, como son el nivel y la distribución de los ingresos, el nivel de empleo, de pobreza, de cobertura formal de salud, el perfil epidemiológico de la población, los precios de los medicamentos (relacionados también con la intervención pública en el mercado). Espero que deterioros en estas variables generen peores resultados en la equidad en el financiamiento, y además, como entre las variables hay interacciones, el efecto de la desmejora podría potenciarse asemejándose a la *trampa de la pobreza* que suele mencionarse en la literatura sobre el tema de equidad en salud (Whitehead y otros 2001, Wagstaff 2002). Por caso, mayores niveles de desempleo estarían asociados a una mayor inequidad en el financiamiento de los medicamentos por las siguientes vías: 1) disminuyendo el nivel de ingreso disponible en los hogares para gastar de bolsillo en medicamentos; 2) reduciendo el nivel de cobertura formal de salud, que funciona como tercer pagador que co-financia los medicamentos y, por lo tanto, baja el precio que los consumidores pagan en el mercado; 3) si el desempleo se prolonga, suele generar mayor pobreza que, a su vez, se asocia a peores perfiles epidemiológicos (peores resultados de salud y enfermedades más prolongadas) y hogares con más cantidad de miembros (en particular, niños).

En relación a los determinantes vinculados con la oferta pública de bienes y servicios de salud, se pueden mencionar la amplitud de la red de atención, la orientación a la atención primaria de esta red, las transferencias en especie y la producción pública de medicamentos. Diferentes visiones acerca del rol del Estado proponen hipótesis alternativas acerca de la relación entre la intervención pública y la equidad en salud. Por un lado, planteos liberales proponen que se puede alcanzar una mayor equidad fortaleciendo los mercados, es decir, facilitando una mayor competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud y el suministro de insumos para bajar sus costos y mejorar su calidad (Banco Mundial 1993, Williamson 1990). Por otro lado, posturas más heterodoxas plantean que cuanto más amplia sea la red de atención pública de la salud, mejor será el acceso a los medicamentos gratuitos de la población más pobre, y por lo tanto, mayor será la equidad en el financiamiento (HSIAO 1995, Tobar 2001, Wagstaff & van Doorslaer 1998). Las transferencias en especie disminuyen el porcentaje de ingreso destinado al gasto en medicamentos del grupo de población más pobre y por lo tanto, si están bien focalizadas, generarían mayor progresividad en el sistema de financiamiento. La existencia de un laboratorio público, por su parte, implicaría una mayor disponibilidad de medicamentos gratuitos para población que se atiende en el subsector

público, mejorando la equidad.

En cuanto a la dimensión demográfica, se pueden mencionar la estructura de edades de la población, la densidad de la población y el nivel de urbanización como posibles determinantes de la equidad. Por un lado, poblaciones con mayor porcentaje de población en grupos de edad más demandantes de medicamentos, como los adultos mayores o los niños que, adicionalmente, están en etapas pasivas (i.e. no generan ingresos), podrían tener peores resultados de equidad en el financiamiento. Como desarrollé anteriormente al exponer la transición demográfica, la estructura demográfica de la población y el nivel de desarrollo del país están relacionados. Mayor nivel de desarrollo suele asociarse a una población más envejecida y esto llevará a un sistema de financiamiento más regresivo. Por el contrario, un mayor nivel de desarrollo se vincula con menor proporción de niños en la estructura demográfica, lo que puede implicar un sistema más progresivo. Entonces la estructura demográfica de la población, vinculada al nivel de desarrollo económico del país, puede afectar de formas contrastantes a la equidad en el financiamiento de los medicamentos. Otro factor a considerar es que el gasto público en salud suele focalizarse según la necesidad y ésta podría ser medida por la mayor presencia de estos grupos altamente demandantes de medicamentos. En este caso, una mayor proporción de estos grupos en la estructura demográfica se relacionaría con una mayor equidad. Por otro lado, en relación a la densidad y urbanización, población más dispersa suele tener menos acceso a los servicios de salud y a los medicamentos por las barreras geográficas. Los servicios públicos son más costosos de implementar en las zonas rurales y los programas estatales se suelen centrar en ámbitos urbanos. Por lo tanto, el acceso a estos bienes y servicios suele ser menor en las zonas rurales. También estos aspectos demográficos (el nivel de urbanización y la densificación) están vinculados al nivel de desarrollo económico de los países.

El mercado de medicamentos

Los medicamentos son herramientas que contribuyen a recuperar la buena salud e impactan en la mejora de la calidad de vida de la población. El mercado de medicamentos se compone de tres sub-mercados (Falbo & Vasallo 2007): a) medicamentos de venta libre; b) medicamentos éticos (o de venta bajo receta); c) medicamentos de consumo en internación. En cada uno de estos sub-mercados participan distintos actores (demandantes, oferentes, financiadores, prescriptores, reguladores) y las dinámicas de comportamiento son diferentes. Los mercados de medicamentos tienen algunas características que lo distinguen de los demás mercados y que hacen que la competencia efectiva esté limitada.

La *demanda de medicamentos* es inestable e impredecible (Arrow 1963) y no se basa en el nivel de precios, de precios relativos ni en las preferencias del consumidor

(Callejón & Rubio 1990). El medicamento es un bien que sólo da satisfacción en caso de enfermedad, cuando hay probabilidad de muerte o de deterioro en la salud. En esos casos, la demanda es muy inelástica ante variaciones en los precios (Falbo & Vasallo 2007). La demanda de medicamentos, así como de los servicios de la salud, se compone de elementos subjetivos y objetivos (Tobar 2009). Por un lado, la demanda se relaciona con el sentimiento de necesidad y con la confianza en que el medicamento podrá mejorar el estado de salud. Además, la demanda se relaciona con factores psicosociales y culturales. Con respecto a los elementos objetivos, se observa que la demanda de medicamentos está condicionada por la oferta de servicios de salud que determina su accesibilidad, y por factores epidemiológicos (i.e. incidencia de enfermedades) y demográficos (e.g. edad). Adicionalmente, el consumo de medicamentos aumenta con el poder de compra y no sólo con la necesidad (Falbo & Vasallo 2007). Consecuentemente, conviven en la sociedad grupos que consumen por sobre sus necesidades y grupos que no acceden ni siquiera a los medicamentos esenciales (ISALUD 1999). Adicionalmente, el demandante (paciente) no es un consumidor típico, ya que ve limitada su soberanía por la falta de información.

En el mercado de medicamentos, la *información es imperfecta y asimétrica* entre los agentes (Apella 2006). El paciente, que percibe los síntomas de su enfermedad, no conoce todos los tratamientos disponibles en el mercado, sus precios, calidades relativas, seguridad, eficacia, ni qué tratamiento corresponde realizar (ISALUD 1999). El médico diagnostica la enfermedad del paciente y prescribe el tratamiento más conveniente, que puede involucrar el uso de medicamentos. Aunque el médico no consumirá ni pagará el tratamiento prescripto, es él quien decide qué bien o servicio debe demandarse (la demanda es derivada, Bisang & Maceira 1999). Los médicos tampoco conocen todos los medicamentos disponibles en el mercado ni sus contraindicaciones, efectos colaterales, efectividad. Los médicos suelen basar su conocimiento sobre los tratamientos disponibles en el que les brindan los visitadores, que son vendedores de los laboratorios productores de medicamentos. En este sentido, la publicidad en este mercado es una herramienta informativa y a la vez persuasiva (Bisang & Maceira 1999).

La asimetría de información puede dar lugar a dos problemas adicionales: por un lado, los problemas de agente-principal y por otro, los de riesgo moral. En el mercado de medicamentos se dan situaciones en las que existen conflictos de intereses entre *el principal y el agente*. Existe una relación de agencia cuando el bienestar de una persona (el principal) depende de las acciones de otra (el agente) (Olivié Aldasoro 2002). El problema está en que el agente puede perseguir sus propios objetivos, en lugar de actuar en función del interés del principal. Por ejemplo, el paciente (principal) delega el poder de resolver su problema de salud al médico (agente), quien toma sus decisiones sobre el tratamiento independientemente de la estructura de precios y muy influenciado por la oferta. Es decir que el principal, que es el pagador, delega al agente las decisiones sobre

el tratamiento (calidad, cantidad y precio). Estas situaciones generan que existan pocos incentivos para bajar los costos en el sistema de salud (Hsiao 1995)

Por otro lado, la existencia de seguros de la salud puede dar lugar a problemas de *riesgo moral (moral hazard)*. Este problema se da cuando las personas no deben hacerse cargo de la totalidad de las consecuencias de sus actos y eso afecta sus decisiones y acciones (Oliví Aldasoro 2002). En el caso de la demanda de medicamentos (y servicios de salud en general), tener un seguro de salud modifica los precios relativos para el consumidor, incrementando su frecuencia de uso (Bertranou 1999). Los pacientes que perciben síntomas de enfermedad deciden si ingresar al sistema de salud o no. Hay una mayor probabilidad de que ingresen al sistema aquellos que cuentan con una cobertura de salud que cofinancia, en relación a quienes tienen que pagar los tratamientos de su bolsillo, cualquiera sea el nivel de enfermedad (Hsiao 1995, Bisang & Maceira 1999). Por otro lado, al estar asegurados, algunos pacientes actuarán de modo más riesgoso para la salud considerando que no enfrentarán el costo total del tratamiento. Los esquemas de seguros que basan sus primas en el riesgo individual (e.g. seguros privados), suelen atenuar este problema en relación a los esquemas de seguros sociales (Bertranou 1999).

La *estructura de la oferta* en el mercado de medicamentos tiene características de competencia monopolística: los oferentes diferencian sus productos y se comportan como monopolistas en un determinado segmento del mercado (Falbo & Vasallo 2007). En este mercado existen barreras de entrada relacionadas con las economías de escala en la producción (ISALUD 1999) y con las patentes establecidas para incentivar la producción y garantizar la calidad de los productos (Arrow 1963). Estas patentes otorgan derecho exclusivo de comercialización al propietario, permitiéndole recuperar la elevada inversión en investigación y desarrollo de nuevos productos, asegurando temporalmente el beneficio monopólico extraordinario a los innovadores (Callejón & Rubio 1990). La competencia se da principalmente a través de la diferenciación por marca del producto y no a través de precios (Falbo & Vasallo 2007). En este sentido, haber llegado antes al mercado es un activo importante para los laboratorios, ya que les permite consolidar la marca para el momento en que caduca la protección (Falbo & Vasallo 2007). A través de estrategias de marketing y promociones, los laboratorios buscan que los médicos prescriptores y los consumidores identifiquen el principio activo con la marca, para lograr su lealtad en el producto de marca aun cuando la patente expira (Callejón & Rubio 1990, ISALUD 1999, Molina Salazar y otros 2003). En USA, por ejemplo, se encontró que después del vencimiento de las patentes, cerca del 70% de los pacientes se mantienen leales a la marca en lugar de sustituir por medicamentos genéricos (Bisang & Maceira 1999). En Argentina, Maceira (1999) estimó que entre el 20% y 50% de los pacientes eligen la marca más conocida al adquirir medicamentos sin receta, aun pagándolos más caros que los posibles sustitutos. Tobar & Godoy Garraza (2003) compararon precios de alternativas

comerciales en el mercado argentino e identificaron que para los medicamentos más consumidos siempre hay alternativas, que en más de la mitad de los casos tiene un costo por lo menos un 54% más bajo. Otra estrategia de los oferentes para ganar mercado es combinar distintas drogas y establecer una marca para estos medicamentos, introduciendo nuevos productos sin reales innovaciones (ISALUD 1999). Como consecuencia de estas estrategias de competencia se verifica una gran dispersión de precios para los mismos principios activos (Tobar & Godoy Garraza 2003a), un elevado nivel de sobreventa sin real consumo por el tamaño de las presentaciones, problemas sanitarios por la combinación de drogas para diferenciar el producto, aumento de costos de tratamiento, coexistencia de sobre-consumo con falta de acceso por parte de otros segmentos de la población, perfiles de consumo que difieren de las necesidades.

La *conformación de los precios* de medicamentos difiere del modelo esperado bajo el supuesto de competencia perfecta. Teóricamente, el precio de venta se determina por la interacción de la demanda y de la oferta (que ofrece el bien a un precio que cubra los costos de producción, impuestos y márgenes de ganancia de todos actores de la cadena de valor, buscando maximizar beneficios). En los mercados en que no hay barreras a la entrada y los consumidores cuentan con la información necesaria para tomar decisiones eficientes de consumo, el precio de los bienes tiende a ser igual al costo medio, incluyendo un margen de ganancia ordinario (Pindyck & Rubinfeld 2000). El mecanismo de mercado asegura que si el precio fuera mayor al costo medio, más oferentes entrarían al mercado y los consumidores sustituirían marcas, eliminando las ganancias extraordinarias. Pero en el caso de los medicamentos, existen barreras técnicas y legales a la entrada, y los consumidores no cuentan con toda la información ni el conocimiento técnico necesarios para evaluar la homogeneidad de productos de diferentes marcas y sustituir. Además, muchos consumidores asocian la marca conocida a una mejor calidad, y como valoran mucho el medicamento, están dispuestos a pagar precios altos. Esto les confiere a los oferentes poder de mercado para fijar precios mayores a los costos medios, incluso luego de vencido el plazo de monopolio legal otorgado por las patentes. Utilizan ese poder a través de las siguientes estrategias (ISALUD 1999, Falbo & Vasallo 2007, Bisang & Maceira 1999): 1) dada la inelasticidad precio de la demanda y la baja elasticidad precio cruzada, que indican que ante apariciones de productos iguales con menores precios, los consumidores no cambiarán sus pautas de consumo, excepto por indicación y autorización del prescriptor; y dadas las características de competencia monopolística del mercado, el precio se determinan muy por encima de los costos de producción; 2) los laboratorios introducen productos nuevos a un precio mayor al que se encuentra comercializado, a veces sin introducir innovaciones, sino sólo haciendo nuevas combinaciones de drogas o modificando la presentación del producto; 3) buscan diferenciarse por marca, lo que limita la sustitución por marcas alternativas más baratas de las mismas drogas. El mercado de

marcas incrementa los precios y por lo tanto disminuye el acceso. Adicionalmente, los precios promedio de los medicamentos tienden a subir en el tiempo por las innovaciones introducidas que encarecen los tratamientos.

El médico prescriptor, las agencias de seguros de salud y el farmacéutico cuentan con la información y el conocimiento para proponer sustitución de medicamentos y de ese modo, limitar la estrategia de los oferentes de incrementar los precios y obtener ganancias extraordinarias. Sin embargo, no siempre tienen los incentivos para hacerlo (Falbo & Vasallo 2007). El médico podría prescribir genéricos para alentar la sustitución entre mismos principios activos con diferentes precios. Sin embargo, suelen prescribir medicamentos conocidos, influenciados fuertemente por los laboratorios y, como no pagan los medicamentos, tienen poco incentivo para disminuir costos. Las agencias de seguros de salud, por su parte, son co-financiadoras de los medicamentos, por eso, podrían estar interesadas en que los consumidores compren los medicamentos de menor precio. Sin embargo, los oferentes de medicamentos suelen ofrecerles descuentos sobre el porcentaje que pagan a cambio de que sostengan el mercado de marcas (Falbo & Vasallo 2007). Los farmacéuticos, por su lado, podrían promover la sustitución en el momento de la adquisición del medicamento. Sin embargo, ellos aumentan sus ingresos si venden medicamentos más caros y además, en el caso de proponer una sustitución, deben asumir la responsabilidad en lugar del médico prescriptor. Por eso, proponer la sustitución aumentaría su riesgo sin ninguna compensación.

Otra característica del mercado es la presencia de *externalidades* (Apella 2006). Los medicamentos ayudan a restablecer la buena salud en caso de enfermedad, y la buena salud de la población genera *externalidades positivas*. Por eso, es deseable que aquellas personas que los necesiten, puedan acceder a los medicamentos. Cuando hay externalidades en el consumo de un bien o servicio, su precio no refleja necesariamente su valor social (Pindyck & Rubinfeld 2000). El acceso depende tanto del precio de los medicamentos como de los sistemas de financiamiento. Cuando el mercado, caracterizado por los fallos ya nombrados, es el que asigna medicamentos el acceso queda restringido, ya que depende de la capacidad adquisitiva individual (Apella 2006). Por eso se justifica la intervención del Estado en este mercado, tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la equidad.

Intervención del Estado en el mercado de medicamentos

Conociendo las características del mercado de medicamentos y el impacto de la salud sobre el bienestar y desarrollo, cabe preguntarse cuál es la mejor forma de estructurar el sistema de salud de manera de atender simultáneamente a los requerimientos de eficiencia y de equidad. Al respecto, en la literatura suele debatirse en torno a dos posturas contrapuestas: el mercado liberalizado y la intervención pública. La

teoría neoclásica propone que la salud corresponde al ámbito privado y que los recursos destinados a la salud deberían ser asignados a través del mercado. Esta postura asume que las personas tienen diferentes necesidades, deseos y preferencias y que los agentes hacen elecciones racionales, existe información completa y perfectamente distribuida. Los consumidores obtendrán la mayor satisfacción si pueden elegir la canasta de bienes que quieren adquirir, pagando por lo percibido en el mercado. Por lo tanto, se plantea que el mercado por sí solo genera el mayor bienestar social y la asignación de recursos más eficiente (Banco Mundial 1993, Williamson 1990). Sin embargo, en el sistema de salud se encuentran muchos bienes públicos o meritorios, los mercados tienen muchos fallos y además no se preocupan por alcanzar resultados equitativos. La incidencia de eventos de enfermedad es incierta, los costos pueden ser catastróficos y no existe un mercado de capitales que ofrezca préstamos por enfermedad, ya que no existen garantías de devolución. Considerando estas características, posturas más heterodoxas plantean que el Estado debe tener un rol activo en el mercado de medicamentos, interviniendo fuertemente para alcanzar el óptimo social (HSIAO 1995, Tobar 2001).

Algunas de las intervenciones propuestas (ISALUD 1999, Tobar 2004, Falbo & Vasallo 2007, Bisang & Maceira 1999, Tobar & Godoy Garraza 2003a, Tobar 2008) son las siguientes:

- Regulación de los precios y la contención del gasto en medicamentos, a través de: controles directos, reducción de cargas impositivas, disminución de barreras arancelarias, compras consolidadas; flexibilización de patentes; control y límites a los márgenes de ganancia por la producción o la comercialización; control y límites a los gastos en publicidad y promoción (que además de incrementar los precios influyen sobre pautas de consumo aumentando el consumo irracional); promoción de la prescripción por nombre genérico que permite la sustitución por alternativas más baratas del mismo principio activo y presentación; permiso a los farmacéuticos a sustituir, respetando el principio activo prescrito por el médico; dispensación fraccionada; monitoreo de calidad/exceso de prescripción; copagos (para contribuir a financiar la prestación, disminuir el uso innecesario y comprometer al paciente a un uso responsable); brindar información sobre precios, calidad y efectividad de medicamentos (para tender a uso racional, fomentar la sustitución por marcas más baratas) y sobre estilos de vida que previenen la enfermedad; mejorar formación en prescripción racional; promoción de la competencia sectorial; suministro gratuito y focalizado (el Estado toma la decisión sobre los medicamentos a dispensar y se desarticula la estrategia de diferenciación por marcas); precios de referencia para la cofinanciación; financiación selectiva.
- Verificación/ control de la calidad de los productos circulantes, a través de farmacovigilancia; registro de autorización de venta al público; exigiendo estudios de bioequivalencia.

Esta postura admite que la gestión del Estado también tiene fallos y, en ese sentido, es necesario evaluar sus intervenciones, monitoreando efectos indeseados y midiendo el progreso en los resultados. Adicionalmente, se entiende que la inequidad en salud tiene determinantes sociales y, por lo tanto, no será solucionada únicamente a través de mejora en el acceso y calidad de servicios de salud y medicamentos (Spinelli y otros 2002, Whitehead 1992). La política pública debería tener como objetivo final afectar las causas que generan la desigualdad, es decir, tender a mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población, modificar el modo producción social y su distribución.

2. El Sistema de Salud Argentino y reformas recientes en el mercado de medicamentos

La Constitución Nacional argentina establece que la Salud es un derecho del pueblo y deber del Estado. En el artículo nº 42 se indica que *“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de salud, ...”*. *“Las autoridades proveerán de esos derechos, ... , al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos”*. Adicionalmente, diferentes tratados internacionales con jerarquía constitucional en el país, reconocen como derecho humano la preservación de la salud y el bienestar (e.g. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos). Estos pactos obligan a los Estados integrantes a cumplir con el contenido acordado, indicando que la preservación de la salud es obligación del Estado. Asimismo, las constituciones provinciales reconocen la salud como un derecho y el medicamento como bien social básico (Carnota 2011, ISALUD 1999).

Estructura del sistema de salud argentino

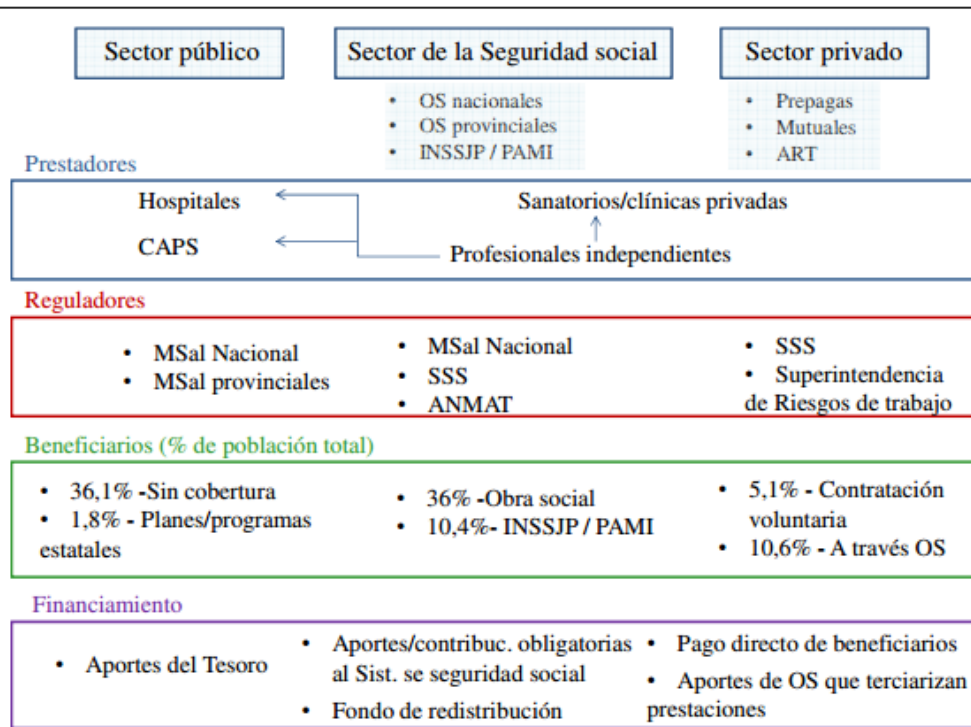
Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad es promover, restaurar o mantener la salud, por lo tanto se ocupa de la producción, la distribución y el consumo de servicios de salud. Involucra tanto a las acciones como a los agentes, recursos y normas que los regulan (Levcovich y otros 2001). El sistema de salud argentino se compone de tres subsectores (público, de seguridad social y privado), que difieren entre sí en cuanto a su población beneficiaria, los servicios que prestan y el origen de su financiamiento (Figura 1).

- ❖ El subsector público regula y controla el sistema, financia y provee bienes públicos (e.g. genera información y realiza campañas de vacunación) y servicios (e.g. atención médica) en todo el territorio nacional (Levcovich y otros 2001). La máxima autoridad del sistema es el Ministerio de Salud, responsable y garante del derecho a la salud, creado en la década del '40 (Tobar 2009). Sin embargo, como los gobiernos provinciales son autónomos, en la práctica deciden de manera independiente las políticas de salud a implementar en sus

territorios de influencia. Si bien los vínculos entre las provincias y la Nación se establecen en el Consejo Federal de Salud (COFESA), sus acciones no siempre son coordinadas y articuladas (Acuña & Chudnovsky 2002). La prestación de bienes y servicios públicos es universal, sin embargo, en la práctica este subsector atiende mayormente a la población de bajos ingresos y sin empleo formal. Según el Censo Nacional de Población y viviendas realizado en el año 2010 (Indec), la población que depende exclusivamente de la salud pública es de aproximadamente 14 millones de habitantes. El financiamiento del sector público proviene de los aportes del tesoro (recaudación impositiva y otros recursos fiscales).

- ❖ El subsector de la seguridad social está conformado por las 296 obras sociales nacionales y provinciales y por el Programa de Asistencia médica Integral para jubilados y pensionados de la Argentina (PAMI) - Instituto nacional de servicios sociales para jubilados y pensionados (INSSJP). Las Obras sociales provinciales dan cobertura a los empleados públicos de cada provincia y sus grupos familiares, mientras que las Obras sociales nacionales dan seguro a empleados organizados por rama de actividad. Este subsector no es efector de salud, sino que actúa como tercer pagador de los servicios brindados a sus afiliados por los otros subsistemas. En 1998 se creó la superintendencia de Servicios de Salud para regularlo y en 1996 se estableció la obligatoriedad de prestar una canasta básica de servicios a todos los afiliados (plan Médico Obligatorio- PMO). Los destinatarios de sus servicios son los sectores medios, integrados al mercado de trabajo formal y los jubilados/pensionados del régimen nacional de previsión social. Si bien este sector está altamente descentralizado (considerando la cantidad de obras sociales existentes), los beneficiarios están relativamente concentrados en pocas obras sociales (Maceira 2002). El subsector se financia con el 9% de la masa salarial de empleados formales: el 3% es aportado por los trabajadores y el 6% son contribuciones patronales; y con las deducciones a jubilaciones y pensiones de los inactivos. De estos fondos, el 10% en el caso las obras sociales sindicales y el 15% en el de las obras sociales de personal de dirección, es depositado en un fondo de redistribución destinado a: 1) la administración de programas especiales (patologías de alta complejidad, baja incidencia y alto costo, y discapacidades), 2) subsidios para garantizar que las obras sociales de menores ingresos obtengan recursos para financiar el PMO a todos sus afiliados (Briner & Aloia 2012, Maceira 2008).

Figura 1. Sistema de Salud argentino



Fuente: Elaborado en base a Briner & Aloia 2012 y Censo Nacional de población y viviendas 2010

Briner & Aloia (2012) consideran a este subsector parte del sector público, ya que se financia de aportes y contribuciones obligatorias que surgen de una estrategia pública de seguridad social. Por lo tanto, son parte de la gestión pública en salud y deben ser reguladas por el Estado.

❖ El subsector privado se compone por las empresas aseguradoras y prestadoras de medicina

prepaga. Desde el año 2011, la SSS regula las prestaciones y cobertura que ofrecen. Los destinatarios de los servicios son las familias de medianos y altos ingresos, que contratan seguros privados de salud (Acuña & Chudnosky 2002). Se financia con los aportes voluntarios de los beneficiarios.

Actualmente, la estructura basada en los tres subsistemas presenta algunos problemas, como son: 1) la falta de coordinación y la desarticulación entre los subsistemas (Acuña & Chudnosky 2002). Esta se manifiesta, por ejemplo, en que el sistema admite la múltiple cobertura/superposición prestacional (e.g. cuando un familiar tiene más de un empleo formal) o en la falta de criterios comunes para el tratamiento de patologías (Briner & Aloia 2012). 2) El nivel de cobertura y la sustentabilidad financiera están íntimamente ligados a la actividad económica a través del financiamiento público dependiente de la recaudación impositiva, del nivel de empleo formal y el nivel de ingresos de la población, que determinan el nivel de cobertura del subsistema de seguridad social (Cetrángolo & Devoto 2002, Cortes & Marshall 1999). 3) Existen asimetrías regulatorias entre los subsistemas público y de obras sociales en relación al subsistema privado y esto conlleva una acumulación de recursos en los sistemas más desregulados (Briner & Aloia 2012). Adicionalmente, el sistema de salud argentino estuvo históricamente estructurado desde la lógica de la enfermedad, en lugar de estar orientada a la prevención que está probado es más costo efectiva (Bisang & Maceira 1999). Si bien atender a la enfermedad ya establecida es necesario, se ha demostrado que políticas orientadas a mejorar la educación, los sistemas sanitarios y hábitos alimentarios tienen un impacto aún mayor sobre las condiciones de salud (Murray y otros 1994, Bisang & Maceira 1999).

Los sistemas de salud se financian entonces de diversas fuentes: a) impuestos directos e indirectos; b) seguridad social (aporte en función del ingreso), c) seguridad privada (aporte en función del riesgo individual); d) pagos de bolsillo. La equidad del sistema de financiamiento depende de la progresividad de todas estas fuentes. En términos generales, los sistemas basados más fuertemente en gastos de bolsillo suelen ser más regresivos o inequitativos, ya que gastos y copagos son proporcionales a los precios de los medicamentos y a la condición de enfermedad, que suele ser más recurrente y prolongada para los más pobres (Tobar 2002). Los sistemas financiados por la seguridad social son progresivos siempre que los más ricos estén incluidos en este sistema de protección (Wagstaff & van Doorslaer 1998).

Reformas recientes en el sistema de salud y sus impactos sobre el mercado de medicamentos

El rol del Estado en el sistema de salud y la importancia relativa de cada uno de los subsistemas fue cambiando a lo largo de la historia argentina (Acuña & Chudnovsky 2002, Tobar 2001). Antes del año 1945 la salud se consideraba un asunto privado y el rol asignado al Estado era el de controlar la expansión de epidemias y realizar prestación asistencial. Entre los años 1945 y 1955, durante el gobierno peronista y con Ramón Carrillo como Ministro, la salud pasó a ser considerada responsabilidad del Estado. En este período se creó el Ministerio de Salud de la Nación, se nacionalizaron establecimientos y se conformó una red de centros de atención. También se sentaron las bases para la conformación de las obras sociales, ya que las mutuales reagrupaban trabajadores por rama de actividad. Entre 1955 y 1978 se descentralizaron las responsabilidades técnicas y administrativas sobre establecimientos hacia las provincias y los municipios; se crearon las obras sociales y el Instituto Nacional de Obras sociales (INOS) para promoverlas, coordinarlas e integrarlas. Inicialmente, los empleados podían elegir asociarse voluntariamente a la obra social de gremio de su rama de actividad, aportando un porcentaje de su salario. Los servicios eran homogéneos para todos los afiliados y estaban relacionados al ingreso medio de la rama de actividad (Cetrángolo & Devoto 2002). Por lo tanto, este sistema tenía bases solidarias al interior de cada gremio, ya que los aportes se realizaban en relación al ingreso y no al riesgo potencial de cada socio y los beneficios se compartían entre todos (Bisang & Cetrángolo 1997). Si bien existía un fondo de redistribución para reasignar recursos desde las obras sociales superavitarias (i.e. con ingresos mayores al promedio del sistema) a las de menor capacidad económica, existían disparidades entre los servicios ofrecidos por las obras sociales de las distintas ramas de actividad.

En 1970 la afiliación de los trabajadores en relación de dependencia a la obra social de su rama de actividad pasó a ser obligatoria (Ley 18.610), expandiendo ampliamente la cobertura hacia el trabajador y su familia. Los gremios ganaron poder político (Cetrángolo & Devoto 2002), ya que los afiliados eran “cautivos” de la obra social de cada gremio único por rama de actividad y además los sindicatos tenían el manejo financiero, administrativo y asistencial de las OS. El Estado asumía el rol regulador. En el año 1971 el sistema de obras sociales se extendió a jubilados y pensionados, financiados por los trabajadores activos (Ley 19.032). Este sistema de protección social se organizó a partir del vínculo con el mercado laboral (Briner & Aloia 2012), en un contexto en que el modelo económico se basaba en el pleno empleo y el fortalecimiento del mercado interno (Cortes & Marshall 1999).

Desde el año 1976, con la dictadura militar, comenzó a disminuir la intervención del

Estado y se introdujo la lógica de mercado en el área de la salud (Bisang & Maceira 1999). Hubo una descentralización fiscal y en algunas provincias se comenzaron a cobrar aranceles por los servicios públicos. El modelo de protección basado en la seguridad social comenzó a mostrar signos de baja efectividad, ya que el mercado de trabajo dejó de integrar a las mayorías. La Ley 22.269 de 1980 derogó la Ley 18.610 de OS, separando lo administrativo, financiero y patrimonial de las OS de los gremios, socavando su poder político y económico; eliminando la obligatoriedad de afiliarse a la OS de la rama de actividad y permitiendo imputar el 90% del aporte a la afiliación de otras OS o empresas prepagas. Se creó el Fondo de redistribución que tiene como ingresos el 10% de aportes y contribuciones y el 60% de otros ingresos extraordinarios (e.g. por multas, rentas de inversiones, legados, donaciones). Este fondo era destinado a financiar prestaciones básicas de OS deficitarias, creación de infraestructura, financiación de planes y programas de carácter social. En 1980 se creó el Consejo Federal de Salud (Ley 22.373), cuyo propósito era propender al desarrollo coordinado en materia de salud en todo el territorio nacional. En particular, sus funciones eran identificar los problemas de salud de cada región, determinar sus causas, analizar y reformular las acciones desarrolladas; especificar postulados básicos para determinar la política nacional y recomendar acciones para instrumentarla; compatibilizar a nivel nacional los programas ejecutados; contribuir al desarrollo de sistema federal de salud.

En la década del '90 se implementaron en Argentina una serie de reformas estructurales, que impactaron fuertemente en el área de la salud y en el mercado de medicamentos (Figura 2). Las reformas, recomendadas por los organismos multilaterales y basadas en la ortodoxia neoliberal, consistían en la liberalización comercial y financiera, la desregulación de los mercados, la reforma del Estado (ajuste fiscal y privatizaciones) y el régimen monetario de tipo de cambio fijo – sobrevaluado- y convertible al dólar estadounidense. Como se asumía que el Estado era ineficiente en la provisión de bienes y servicios, se argumentaba que sus intervenciones debían ser limitadas en favor fortalecimiento del mercado (Williamson 1990). Se esperaba que los mercados desregulados favorecieran la competencia y estabilizaran los precios y que la introducción de mecanismos de mercado aumentara la eficiencia por medio de elecciones de los consumidores (Cetrángolo & Devoto 2002). La descentralización se justificaba porque se entendía que cuanto más cerca de los beneficiarios se ubicara la provisión, mejor sería la asignación de los recursos, tanto porque la definición del gasto tendría en cuenta las preferencias locales, como porque el control por parte de la ciudadanía sería más efectivo (Bisang & Cetrángolo 1997).

Estas reformas afectaron fuertemente el sistema de salud y al mercado de medicamentos, llegando en el año 2002 a una crisis sanitaria. En primer lugar, la descentralización se manifestó de dos maneras: 1) en 1993 se introdujo el modelo de

autogestión de los hospitales, por medio del cual se buscaba modernizarlos, aumentar su eficiencia y la recaudación (Acuña & Chudnovsky 2002, Cetrangolo & Devoto 2002). Los hospitales cobraban por los servicios a las personas con capacidad de pago y a las prestadoras de salud por la atención de sus clientes, y se atendía de manera gratuita a quienes demostraban ser pobres y sin cobertura (Cortes & Marshall 1999). De este modo, se suponía que se impactaba sobre la distribución, ofreciendo una mejor cobertura a todos (pagaran de bolsillo o a través de las obras sociales, o no pagaran). Este sistema fue poco exitoso, debido a la baja capacidad de pago de los beneficiarios y por la baja recaudación de prestadoras sociales por las personas que usaban el servicio público. 2) Los establecimientos de salud se transfirieron a las provincias, limitando la intervención del Estado nacional a la regulación, transferencias de recursos y actividades específicas. Si bien la descentralización de funciones había comenzado en la década del '60, cobró impulso a fines de los '70 y culminó en los '90. Se realizó con un compromiso de coparticipación mínima, sin una transferencia de capacidades técnicas ni de gestión (Acuña & Chudnovsky 2002). Tampoco cambiaron la calidad ni la apertura a la participación comunitaria (Acuña & Chudnovsky 2002). Los diseños de estrategias de salud pública de cada jurisdicción atendieron a iniciativas individuales y a las de necesidades de su población, dependieron de su estructura de oferta preexistente, de la normativa jurisdiccional y del peso relativo de los distintos actores en el financiamiento y la provisión de servicios (Gogna 2004). Esto generó que se acentuaran las disparidades entre provincias en el acceso a los servicios de salud y en la cobertura y calidad de los servicios prestados.

En segundo lugar, la desregulación operó sobre el mercado de medicamentos, desplazando el poder regulatorio desde las autoridades sanitarias a las económicas (Tobar 2004). La política desregulatoria se centró en 3 componentes: a) la liberalización de precios y márgenes de comercialización; b) la reducción de barreras de ingreso al mercado, tanto de medicamentos como de principios activos; c) el control de calidad y armonización de normas (Katz y otros 1997). Si bien el objetivo buscado era aumentar la competencia en el mercado para contener los precios (ISALUD 1999), esto no ocurrió. Los laboratorios y farmacias, que no querían ver reducidos sus márgenes de ganancia, aplicaron la estrategia de integrar la cadena de producción con la de comercialización y distribución, para internalizar los beneficios del eslabón (ISALUD 1999).

Como consecuencia de la desregulación y de la respuesta de los oferentes, la facturación y los precios de los medicamentos aumentaron (según Bisang & Maceira 1999, los precios promedio se triplicaron), aunque las cantidades vendidas se mantuvieron relativamente constantes (Homedes y otros 2005) (Figura 2). También aumentó la cantidad importada de principios activos, desincentivando la industria nacional y fomentando una mayor dependencia farmacéutica externa (Bisang & Maceira 1999). Los

principales perjudicados fueron los consumidores, que tienen demanda inelástica para este bien.

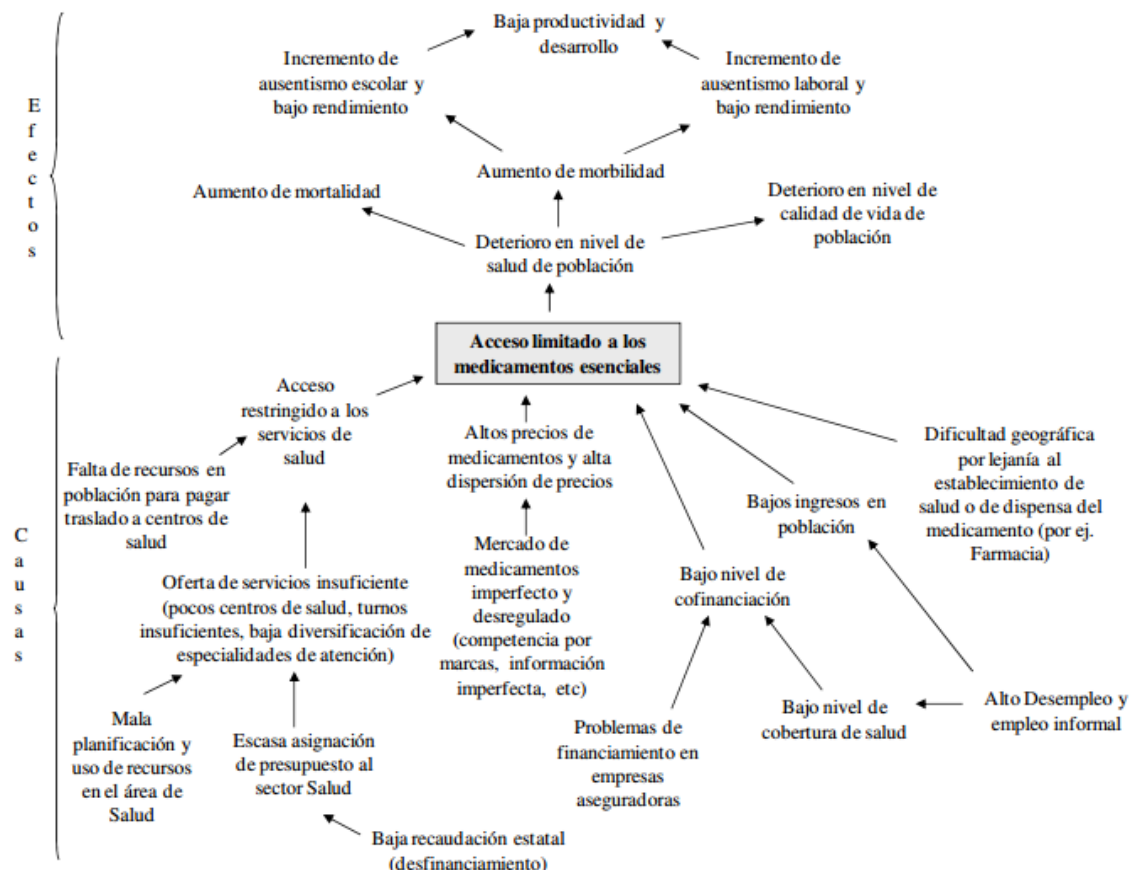
Adicionalmente, en 1993 se desreguló el sistema de obras sociales, eliminando completamente las bases solidarias del sistema de seguridad social. Desde este momento, los trabajadores pudieron optar entre obras sociales de cualquier rama de actividad o incluso prepagas que ofrecían sus servicios por medio de contratos con las obras sociales (Cortes & Marshall 1999). El nivel de ingresos y la prestación media de cada obra social ya no estuvo relacionado al ingreso medio de la rama de actividad, sino que pasó a depender de su capacidad para captar asociados con mayor nivel de ingresos o con grupos familiares de menos miembros (Cetrángolo & Devoto 2002). El mecanismo redistributivo anterior se reemplazó en 1996 por el establecimiento de una cobertura mínima que las obras sociales debían garantizar a todos sus afiliados (Plan médico obligatorio- PMO). Como consecuencia, se tendió a la concentración de beneficiarios en pocas obras sociales (las correspondientes a sindicatos de mayor salario medio, en general las de empresas, que al tener más recursos podían ofrecer mejores servicios) (Briner & Aloia 2012). En 1997 el Estado buscó limitar la concentración restringiendo las elecciones de los trabajadores sólo a obras sociales sindicales o estatales; pero finalmente las prepagas hicieron contratos con las obras sindicales para mantenerse en el mercado (Cetrángolo & Devoto 2002). En 1998 se creó la Superintendencia de Servicios de Salud para regular las obras sociales, sin embargo las prepagas quedaron sin regulación hasta el año 2011.

Por otro lado, las políticas de flexibilización del mercado laboral, la apertura externa y la sobrevaluación del tipo de cambio durante el período afectaron negativamente al nivel y la calidad del empleo y la capacidad adquisitiva de los ingresos (Rodríguez Enriquez 2000), impactando sobre la sostenibilidad del financiamiento del sistema (Figura 2). La recesión que se inició a fines de los '90 y la posterior crisis generaron incrementos en la población sin cobertura de seguros de salud (MSAL 2004), aumentando la demanda de servicios públicos e incrementando en las barreras de acceso. Los medicamentos se convirtieron en un bien de lujo, la inequidad en el acceso a los medicamentos se acentuó, quedando más restringido para los más pobres, sin trabajo y sin cobertura médica (Tobar 2004).

Como consecuencia de estas reformas aumentaron las barreras de acceso a los servicios de salud y los medicamentos esenciales (Remediar 2006) (Figura 2). Se perdió la perspectiva del medicamento como un bien social, tal como establece la constitución, y se lo pasó a tratar como un bien de consumo más (Tobar 2008). La inequidad en el financiamiento aumentó, ya que creció el peso de los pagos de bolsillo, que impactan más en los presupuestos de los más pobres. Además, los precios elevados afectan el uso racional, ya que se tienden a comprar tratamientos parciales, aumenta la tendencia a la automedicación y a la compra inadecuada de tratamientos por otros de menor costo

(Homedes y otros 2006). Según los resultados de un relevamiento realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (2002) sobre una muestra de 2800 hogares representativa a nivel nacional, aproximadamente el 40% de los hogares encuestados no habían podido adquirir todos los medicamentos necesarios. De éstos, el 68% contestó que la razón de no poder adquirirlos fue la falta de dinero para comprarlos.

Figura 2. Red explicativa.



Fuente: Elaboración propia.

La política nacional de medicamentos

La existencia de barreras de acceso a los medicamentos esenciales por parte de la población más vulnerable fue identificada como problema. En la Figura 2 presento su red explicativa, detallando causas y efectos. Subirats (1994) define “problema” como la diferencia entre la situación actual y la deseable, como oportunidad de mejora que, una vez definido, pone en marcha acciones de públicas. El acceso limitado a los medicamentos esenciales había alcanzado la situación de crisis, afectando a gran parte de la población social y económicamente vulnerable. Este problema formaba parte de la agenda sistémica, definida por Tamayo Sáez (1997) como el conjunto de problemas que importa a la sociedad en un momento determinado. Es decir, el problema del acceso a los medicamentos no sólo era percibido como tal por parte del gobierno, sino también por amplios sectores de la población. Por todos estos motivos, el problema fue definido como prioritario y se convirtió en un problema público relevante (Subirats 1994) para el gobierno nacional, quien lo incluyó en su agenda con intención de formular políticas para darle respuesta.

Para hacer frente al problema del acceso a los medicamentos se diseñó la Política Nacional de Medicamentos (PNM), que se compone de tres ejes principales: el uso de los medicamentos por su nombre genérico, la selectividad en la financiación de medicamentos por los seguros de salud y la provisión pública y gratuita de medicamentos. Las primeras dos dimensiones estaban orientadas a las clases medias, que contaban con recursos para adquirir los medicamentos en farmacias o con cobertura de seguro. La intervención del Estado generando información y regulando los financiamientos mínimos buscaban lograr disminuciones en los precios de los medicamentos y estimular el copago (Tobar & Godoy Garraza 2003a), para incrementar el acceso. Para hacer frente al tercer eje se diseñó el programa Remediar, cuyo objetivo fue el de distribuir medicamentos esenciales de uso ambulatorio al primer nivel de atención de la salud para quienes no contaban con los recursos para adquirirlos en farmacia ni con un seguro que los cofinanciara. A continuación se describen los tres ejes, el análisis de factibilidades, la implementación y la evaluación.

1. Ley de Utilización de Medicamentos por su nombre genérico o Denominación común internacional (DCI- Ley N° 25.649/02, Resolución 326/02). Las políticas de genéricos consisten en un conjunto de acciones orientadas a promover la creación o consolidación de un mercado de genéricos, en el que la competencia se da por precios en lugar de por marcas (Tobar & Sánchez 2005). Como dijo Ginés Gonzales García, *“lo que cura no es la marca, sino el remedio, y el verdadero nombre del medicamento es el nombre genérico”*. Al fortalecerse la competencia, el precio de los medicamentos tiende a descender hacia su costo medio de producción, aumentando el acceso de la población. Las acciones pueden incluir regulaciones sobre la información, los precios y la publicidad,

fiscalización del cumplimiento de normas (que según experiencias de otros países cubre con el ingreso por multas el costo de la fiscalización) o incentivos a los diferentes actores del mercado (Tobar & Sánchez 2005): a) incentivos a la oferta, que se justifican porque no hay ganancias extraordinarias en la producción de genéricos y por lo tanto no hay estímulos para su producción. Incluyen medidas de promoción industrial (e.g. eliminación de impuestos, reducción de aranceles de importación de insumos, salvaguardas a la propiedad intelectual, barreras a la importación de productos innovadores que encarecen los tratamientos), la producción pública y el estímulo a la oferta a través de la importación (e.g. adaptando el registro de autorizaciones de venta al público, acortando plazos de aprobación y reduciendo costos). b) Incentivos a la prescripción: puede incluir por ejemplo premios a los que prescriben mayor proporción de genéricos o la obligación por ley de prescribir genéricos. c) Incentivos a la demanda, que pueden incluir el establecimiento de precios de referencia correspondientes a los precios de genéricos, indicando que ese precio será el máximo reembolsable. d) Incentivos a la dispensación: involucrando la difusión de información acerca de productos equivalentes, habilitando al farmacéutico a sustituir por medicamentos genéricos bioequivalentes a los indicados en recetas.

En Argentina, la ley de promoción del uso del nombre genérico no generó un nuevo mercado de genéricos, sino que tuvo como principal objetivo modificar las prácticas de prescripción. La ley establece que en la receta debe figurar el nombre genérico del medicamento prescrito y habilita a los farmacéuticos a dispensar alternativas comerciales, mientras sean iguales el principio activo, la concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase (Tobar & Godoy Garraza 2003a) y siempre que el médico prescriptor no haya argumentado explícitamente la recomendación de no sustituir. Un medicamento genérico es idéntico o bioequivalente a un medicamento de marca desde el punto de vista químico y de seguridad, por su forma de dosificación, potencia, vía de administración y calidad. Su producción requiere de la caducidad de la patente (Molina y otros 2003). A su vez, la ley obliga a indicar en los envases primario y secundario el nombre genérico, así como en las publicidades o propagandas. Asimismo, la ley plantea que *“el Poder Ejecutivo propenderá, en materia de medicamentos, a una política de progresiva sustitución de importaciones”*, aunque habilitó la importación de genéricos para abastecer al programa Remediar. Estas medidas buscaban disminuir la dispersión de precios existente entre medicamentos equivalentes de diferente marca comercial y ampliar la posibilidad de elección del paciente habilitando la sustitución de medicamentos de marca (Remediar 2006). Al aumentar la competencia en ciertos segmentos del mercado y promover la sustitución por marcas más baratas, se esperaba que el gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos disminuyera, ampliando el acceso.

2. Selectividad en la financiación, reglamentado en el Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE, Resolución 201/02) y Formulario Terapéutico, reformulando el PMO

existente desde 1996. Consistía en una canasta de prestaciones básicas y porcentajes de cofinanciación mínima para los medicamentos seleccionados (40% para ambulatorios y 100% para internación), que sería revisado y actualizado anualmente. La Ley define que *“prestaciones básicas esenciales son las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades”*. La financiación selectiva consistía en una enumeración de 216 medicamentos ambulatorios a ser financiados por el Estado o las OS, en base a su seguridad, eficiencia y costo efectividad. En las listas figuran además los respectivos precios de referencia, equivalentes al promedio simple de los precios de alternativas comerciales en el mercado. De este modo, la cobertura real dependía de la marca elegida por el paciente (si la marca era de las más baratas, la cofinanciación sería proporcionalmente mayor). Por medio de esta intervención, el Estado brindaba información e incentivaba a los profesionales prescriptores a elegir medicamentos más razonables desde el punto de vista fármaco clínico. Adicionalmente, al concentrar el financiamiento colectivo (e.g. público o de las obras sociales) en pocos medicamentos, se accedía a economías de escala en las compras que tenían como consecuencia una incremento en el acceso (Tobar & Sánchez 2005)

3. Programa Remediar, consistente en la provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El Programa Remediar fue diseñado considerando que la provisión pública es el mecanismo más efectivo para garantizar el acceso a medicamentos esenciales (Tobar 2004). Una de las conclusiones de la conferencia de expertos en Uso Racional de Medicamentos de la OMS, realizada en 1985, indica que *“el uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes, por un período adecuado de tiempo y al menor costo para él y su comunidad”*. Hay tres modalidades posibles de financiamiento de los medicamentos: la compra en la farmacia, el financiamiento compartido y el suministro gratuito (Tobar 2002). Estudios comparativos del acceso a medicamentos establecen que el suministro gratuito es la forma que permite el acceso más amplio y equitativo a los medicamentos esenciales, especialmente si la focalización es adecuada en los grupos más necesitados (Remediar 2006). La distribución gratuita requiere de medidas y consideraciones adicionales para ser efectiva: a) el listado de medicamentos esenciales, para garantizar la selección de medicamentos por criterios de costo efectividad; b) protocolos de prescripción y tratamiento para tender al Uso Racional; c) el establecimiento de controles para evitar desvíos y desperdicios en el sistema de distribución; d) la compra en gran escala para obtener mejores precios (Tobar 2002). Todos estos aspectos fueron considerados al diseñar el programa. Existen alternativas a la provisión gratuita (e.g. incentivos a través de regulaciones o transferencias condicionadas y subsidios a la demanda o a la oferta) pero, si bien son paliativas en el corto plazo, no logran resolver el problema estructural del

acceso. Cuando la provisión es pública, la decisión de compra la toma un agente con información y esto limita las estrategias de marcas de los oferentes lo cual, conjuntamente con las grandes escalas en las compas, permite acceder a menores precios unitarios (Maceira y otros 2005). Adicionalmente, si el Estado transfiere el bien directamente (en lugar de dinero), las familias no pueden redirigir el subsidio a otro tipo de consumos.

Con respecto a que la distribución fuera directamente a los CAPS, esta decisión se basó en que son éstos los que tienen la mayor capacidad para lograr impacto sobre la situación sanitaria (Declaración de Alma Ata 1978). Desde la Declaración de Alma Ata, se sostiene que la estrategia básica para mejorar la cobertura y la equidad en salud es la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). La APS concibe de manera integral los problemas de salud, enfermedad y atención a través de la integración de la asistencia, prevención de las enfermedades, promoción de la salud. Busca conocer la realidad social y sanitaria de la comunidad mejorando la comunicación de la medicina científica con el individuo y la familia (Declaración de Alma Ata 1978). Los CAPS son el punto de contacto de los servicios de salud con la comunidad, la puerta de entrada de la población al sistema de salud. La manera más eficaz de alcanzar resultados en salud es que los servicios de salud “derrumben sus puertas”, es decir, que los trabajadores se integren a la comunidad ejerciendo funciones de liderazgo y comunicación y que la comunidad ingrese a los servicios de salud, participe activamente en la definición de prioridades, en la formación e implementación de estrategias (Tobar 2004). En este sentido, en Argentina se decidió tender hacia un nuevo modelo sanitario, basado en la construcción de redes de atención y priorizando la APS como organizador del sistema de salud (MSAL 2004). La asignación de medicamentos a los CAPS permite incrementar su capacidad de respuesta, a la vez que aumenta los incentivos para que la población canalice sus demandas en el primer nivel en lugar de en el hospital, jerarquizando la APS en la red de atención (Remediar 2006).

- Análisis de factibilidad

Factibilidad legal. La Constitución Nacional establece que la Salud es un derecho del pueblo y deber del Estado. Por lo tanto se verifica que el gobierno cuenta con las competencias legales para llevar a cabo la política diseñada.

Factibilidad económica. Los primeros dos ejes de la PNM se implementaban a través de regulaciones y leyes, y hubieran requerido de la fiscalización de su cumplimiento lo que conllevaría costos. En Argentina no se implementaron mecanismos de control de la prescripción, aunque en otros países se determinó que el sistema puede autofinanciarse con las multas pagadas.

La implementación del Programa Remediar requería de importantes movimientos de capital que no estaban disponibles en el momento por la situación de emergencia. El

Ministerio de Salud solucionó este limitante proponiendo al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en febrero de 2002 el redireccionamiento de un préstamo ya otorgado y no ejecutado. Este préstamo había sido otorgado en 1999 para el Programa de Atención primaria de la Salud (PROAPS) y se estaban pagando comisiones por él. El BID aceptó la propuesta de invertir los recursos para incrementar el acceso a los medicamentos, con la exigencia de que se respetara el objetivo de fortalecer la estrategia de APS. De esta manera, se aseguró financiamiento hasta el año 2004. Debido a la eficiencia en el gasto, el Programa continuó funcionando hasta el año 2008 con el mismo presupuesto otorgado inicialmente. En el 2008 el BID otorgó un nuevo crédito para su financiamiento (convirtiendo el programa, con algunas reformulaciones, en FEAPS en RED).

Factibilidad política. Para lograr la continuidad y el fortalecimiento de un proyecto en el largo plazo, es imprescindible lograr el apoyo de los actores relevantes y debe estimularse la participación de la comunidad. El programa Remediar se diseñó de manera articulada entre la Nación y los niveles provincial y municipal de gobierno, actores importantes en el sistema de salud argentino, de carácter federal y descentralizado. En el ámbito del COFESA se institucionalizó la discusión para encausarla y, por medio de la deliberación pública, arribar a consensos necesarios para su desarrollo (Majone 1997). Allí se debatieron los criterios esenciales del Programa y se generó consenso en torno a la voluntad política de transformar el sistema de salud argentino, centrándolo en la estrategia de APS. Por otro lado, el gobierno contó con el apoyo político y financiero de organismos internacionales. Adicionalmente, se formó una Comisión Asesora Intersectorial con representantes de la sociedad civil (Cáritas, Cruz Roja, Red Solidaria de profesionales de la salud en el episcopado, Confederación médica argentina), del poder ejecutivo (Ministerios de Salud; Desarrollo social; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Comisión Nacional de políticas sociales) y de organizaciones internacionales (OPS, Unicef) con el fin de establecer los consensos básicos para la planificación y ejecución del programa. La comunidad también participó de manera directa en los Proyectos locales participativos y diferentes instituciones del ámbito académico (Universidades públicas y privadas, institutos de investigación) brindaron su apoyo en las tareas de capacitación. El sector de la industria farmacológica (laboratorios) es un actor relevante que podría haber dificultado el desarrollo del Programa. Es más, considerando que es un grupo de interés con influyente poder de presión, podría haber actuado como “sesgo negativo” en el momento de la introducción del problema en la agenda pública (Tamayo Sáez 1997). Si bien cuando se declaró la Emergencia sanitaria y se promulgó la Ley N° 25.649/02, su reacción fue negativa (con manifestaciones públicas en medios de comunicación), tiempo después la Cámara de Laboratorios anunció la reducción en sus precios de venta al público, en un gesto de aceptación de las reglas de juego planteadas por la Política Nacional de Medicamentos (Tobar & Godoy Garraza 2003). El análisis de factibilidad

política evidencia, por lo tanto, que mediante grandes esfuerzos se logró un nivel de consenso generalizado, evitando la presencia de sectores que obstaculizaran el desenvolvimiento del programa.

Factibilidad organizacional. Esta se refiere a la capacidad institucional para llevar adelante los objetivos propuestos. Es decir, al conjunto de condiciones operativas necesarias para el logro de un resultado determinado, que se encuentran bajo el control de la organización (Bertranou 2001). Incluye las atribuciones y competencias normativas (ya analizadas en la factibilidad legal), el desarrollo organizacional y las habilidades humanas. Para mejorar su capacidad técnica, de gestión y control y para incrementar el nivel de formación de los recursos humanos, el gobierno nacional coordinó esfuerzos con los otros niveles de gobierno, con ONG y Universidades públicas y privadas y terciarizó las actividades de logística. En la sección siguiente detallaré cuál fue la participación de cada sector. Merece una mención especial el sistema de información generado durante la implementación del programa, que permitió mejorar la toma de decisiones durante todo el proceso de la política.

Inicialmente, la política propuesta como solución fue innovadora, no había en el país ni en Latinoamérica experiencia previa de una política semejante. El gobierno nacional asumió el riesgo y la incertidumbre sobre los posibles impactos, apostando a superar los resultados desfavorables de modelos anteriores. En las sucesivas etapas del ciclo de la política se hicieron ajustes graduales al diseño original de intervención, basados en el aprendizaje otorgado por la experiencia.

- Implementación

El Programa Remediar se puso en marcha con el Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 486/2002 que estableció la Emergencia Sanitaria Nacional. La operatoria del Programa Remediar es altamente descentralizada y está basada en la información, la articulación intersectorial e intergubernamental y la participación. Estos elementos, que estuvieron presentes desde la instancia de proceso de decisión, se manifiestan en la implementación en el intercambio continuo de información; en el control de gestión realizado de manera conjunta; en la capacitación de los recursos humanos, entre otros. Como señala Grindle (1992), la implementación es un proceso político, no solo administrativo: es un proceso continuo de toma de decisiones por una variedad de actores.

Para llevar adelante sus objetivos, el Programa provee medicamentos a los CAPS de todo el territorio nacional, donde son prescritos por los profesionales de la salud y suministrados de manera gratuita a la población beneficiaria. Todos los medicamentos son comprados, prescritos y utilizados según la Denominación común internacional. Inicialmente no se disponía de información del funcionamiento de cada CAPS, por lo cual se armó un modelo único de botiquín en base a la distribución de frecuencia de motivos de consulta en el nivel de APS y que cubría los tratamientos necesarios para atender 300 consultas. La cantidad de botiquines asignados a cada CAPS se determina en la primera entrega por la cantidad de consultas informadas por las autoridades provinciales al momento de su incorporación al programa. El equipo de salud de cada CAPS confecciona mensualmente formularios que envía a la Unidad ejecutora central de Remediar y que nutren el sistema de información. Este sistema cuenta con información homogeneizada e integral de todas las áreas del programa: a) CAPS: se dispone de información de localización, oferta de servicios, producción de consultas y recetas, utilización y stock de medicamentos; b) Beneficiarios: lo que permitió armar un Padrón de beneficiarios; c) Problemas de salud y hábitos de prescripción de medicamentos; d) Adquisición de medicamentos por laboratorios y stock de medicamentos en depósito; e) Botiquines: armado, asignación, conformidad en la recepción; f) *clearing* o redistribución de medicamentos entre centros. La disponibilidad de información permite hacer “ajustes incrementales” en el diseño inicial de la operatoria (Lindblom 1992), flexibilizando el sistema de distribución y adecuándolo de mejor manera a las necesidades sanitarias de los CAPS. Actualmente, el modelo de distribución asigna botiquines diferenciados que contemplan la existencia de diferentes segmentos de CAPS (e.g. según recetas mensuales producidas), la heterogeneidad en la utilización de determinados medicamentos (heterogeneidad estacional, regional), entre otros.

El proceso de adquisición de medicamentos apunta a lograr transparencia y eficiencia. El sistema de compras se basa en procesos licitatorios internacionales, que son publicados en Internet, en el boletín oficial y en distintos diarios de gran tirada. El modelo fue consensuado con las provincias y permite aprovechar las economías de escala. La disponibilidad de información facilita la proyección más precisa de la necesidad de compra de medicamentos, haciendo a su vez más eficiente el gasto de provincias y municipios. Las actividades de depósito de medicamentos, armado de botiquines y distribución también son licitadas abiertamente.

El Programa cuenta con un importante sistema de control de gestión para garantizar la eficiencia y la transparencia en el uso de los recursos. Este esquema cuenta con los siguientes instrumentos: a) un esquema de auditorías a centros de salud y a beneficiarios realizadas por un grupo de auditores internos que los visitan, detectando desvíos en la

operatoria del programa y proponiendo medidas correctivas que pueden implicar intervenciones del programa, así como de autoridades provinciales o municipales; b) una Central de reclamos y control de calidad a través un número gratuito y de la página web; c) instancias de control social directo a través de Ong's de alcance nacional y amplia representación (Cáritas y Cruz Roja). Esta instancia resulta de extrema importancia para aumentar la capacidad de ejercer control directo por parte de la ciudadanía.

En lo referente a la capacitación de los equipos de salud, el programa fomenta la capacitación en Uso Racional de Medicamentos (URM), en participación comunitaria, en planificación local participativa y formulación de proyectos y brinda educación sanitaria a la población objetivo. En particular, las acciones en URM son un complemento esencial a la distribución gratuita de medicamentos ya que la selección errónea y el uso inadecuado de medicamentos generan desperdicios de recursos y posibilidad de reacciones adversas en los pacientes (Remediar, 2006). En conjunto con un comité de expertos, el ANMAT y 23 universidades de todo el territorio nacional, se dicta el postgrado en URM.

- Evaluación de la PNM

La CONAPRIS realizó una evaluación de la promoción del uso del nombre genéricos sobre muestras de recetas en los años 2003 y 2005 (Tobar & Sánchez 2005) En el año 2005, el 78% de las recetas consignaban el nombre genérico (en 28% solo el genérico y en 50% además la marca) y el restante 22% indicaba únicamente la marca (Fontela 2007). La sustitución en farmacia disminuyó en todos los casos, consignaron únicamente la marca (pasando del 3% al 1.8%) o marca y genérico (pasando del 7% al 3.5%). En los casos en que sólo se prescribía con nombre genérico, los pacientes no necesariamente llevaban la marca más barata sino aquella en que se había logrado un mejor trato comercial (Tobar & Sánchez 2005).

Según Terragona & De la Puente (2003), la reacción de la industria farmacéutica a la PNM presentó distintos momentos, que se describen a continuación. 1) A principios de 2002 se mostraron cooperativos y solidarios con la emergencia, no indexando precios y donando medicamentos a los hospitales. 2) Actualizaron los precios, excepto los de 250 productos que mantuvieron congelados. 3) Después de declaración de la emergencia y la instrumentación de la ley de genéricos, reaccionaron negativamente, incluso haciendo una solicitud pública conjunta. 4) Algunos laboratorios líderes anunciaron la baja de precios de venta al público, mostrando una aceptación de nuevas reglas de juego.

Con respecto al Programa Remediar, su evaluación se basa principalmente en tres elementos: a) la implementación de una línea de base y evaluación en conjunto del programa efectuado por SIEMPRO; b) el sistema de información que permite realizar un seguimiento de

diversos índices de impacto, cobertura, transferencias, etc.; c) los informes resultantes de las distintas instancias de control de gestión.

En base a los resultados de la Encuesta de Medio término realizada por el SIEMPRO (accesible en www.remediar.gov.ar) y que se especifican a continuación, se puede concluir que el programa cumple los criterios de evaluación planteados por Guerrero Amparán (1995). Demostró ser un programa a) eficiente, ya que tiene capacidad para transformar recursos en resultados de manera poco onerosa; b) eficaz, ya que tiene la capacidad concretar las metas programadas; c) equitativo, ya que se preocupa por revertir las desigualdades en materia de salud; d) pertinente o adecuado para responder a las demandas sociales. El programa Remediar alcanzó los siguientes logros en sus primeros años (Tobar 2004, Remediar 2006):

- Un alto impacto redistributivo y equidad en salud: considerando las características regresivas del gasto de medicamentos dentro del gasto total en salud y la adecuada focalización del programa, la provisión pública de medicamentos esenciales constituye una importante transferencia de recursos a la población. La transferencia a precios de mercado es equivalente en promedio al 24 % del ingreso per cápita familiar de los beneficiarios.
- Mejora de accesibilidad y fortalecimiento de la APS: La provisión de medicamentos esenciales a la red de APS reactivó la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Al disponer de medicamentos en los CAPS, la demanda de atención primaria se volcó hacia estos, “descomprimiendo” la demanda sobre los hospitales. En estos centros de atención, se apunta a la prevención de la enfermedad y se realizan controles regulares de enfermedades crónicas, embarazos, etc. Además de incentivar la demanda directamente en los centros, aumentó la fidelidad del paciente de volver a su centro de referencia. Las consultas en CAPS aumentaron en relación al total de consultas en el sector público, indicando un desplazamiento desde otros niveles de atención. En el año 2001, el 30% de las consultas del sector público se realizaban en CAPS, alcanzando el 53% en el año 2005 (equivalentes a 102 millones de consultas).
- Aumento de la cobertura: según informes de control social, el 80% de los consultantes que tuvieron alguna indicación de medicamentos lo recibieron sin problemas en el CAPS.
- Adecuada focalización: 94% de los beneficiarios se encuentran bajo la Línea de la pobreza; 71% bajo la Línea de la Indigencia y 86% no tienen cobertura de salud.
- Satisfacción de los beneficiarios: las encuestas indican que el 90% de los beneficiarios está de acuerdo con que el Programa asegura la provisión gratuita de

medicamentos en CAPS y que fortalece la red de APS.

- Eficiencia en las compras: las compras centralizadas generan economías de escala, logrando adquirir medicamentos aproximadamente al 10% del precio de mercado.

También hay críticas al programa, que requieren ser consideradas en reformulaciones en el futuro. Menciono tres que me parecen fundamentales:

a) La primera se refiere a la necesidad de reforzar la prevención considerando la persona de manera integral y, en este sentido, atendiendo a sus derechos de alimentación, vivienda, abrigo, trabajo, educación, etc. La definición de remedio es “aquello que previene, mejora o cura una situación de salud o enfermedad”. Por lo tanto, el medicamento es solo uno de los remedios posibles. Cuando las poblaciones vulnerables no disfrutan del ejercicio de los derechos mencionados, que pueden ser llamados “remedios de prevención estructural”, solo les queda recurrir al remedio “mágico” de la medicación (Barri 2007).

b) En algunos casos que la política sea masiva implica que se está subsidiando a las obras sociales: en algunas ciudades de provincias petroleras, por ejemplo, donde la mayor parte de la población cuenta con una obra social a través de su empleo, los trabajadores se atienden en el sistema público que es de mejor calidad o es el único efector de la localidad y en caso de prescribirse un medicamento, se dispensa de manera gratuita. En estos casos, la obra social se ahorra la parte que debe financiar del pago directo en farmacia. Además se incurre en un gasto doble porque el estado mantiene la infraestructura, los recursos humanos, los equipamientos, y el trabajador paga además su cuota mensual al prestador privado. En este sentido, debería reforzarse aún más el mecanismo de recuperación por parte del efector público del aporte por consulta del beneficiario que tiene obra social o mutual.

c) Otro factor para evaluar es la posibilidad de financiar el programa con recursos del Estado Nacional y no con crédito externo o, preferentemente, asociar la provisión con la producción pública. Al respecto, en 2008 se creó el Programa Nacional de producción pública de medicamentos, vacunas y productos médicos (Resol. 286/2008) con los objetivos de relevar las necesidades de medicamentos, censar y registrar los laboratorios públicos, participar en la coordinación de normas y condiciones de aplicación; definir líneas estratégicas de producción y colaborar en el establecimiento de vínculos entre Ministerios para facilitar el intercambio de información y la eficiencia en la producción. Como objetivo específico, en principio, se buscaba que las plantas productoras y los productos estuvieran aprobados por el ANMAT (Maceira y otros 2010).

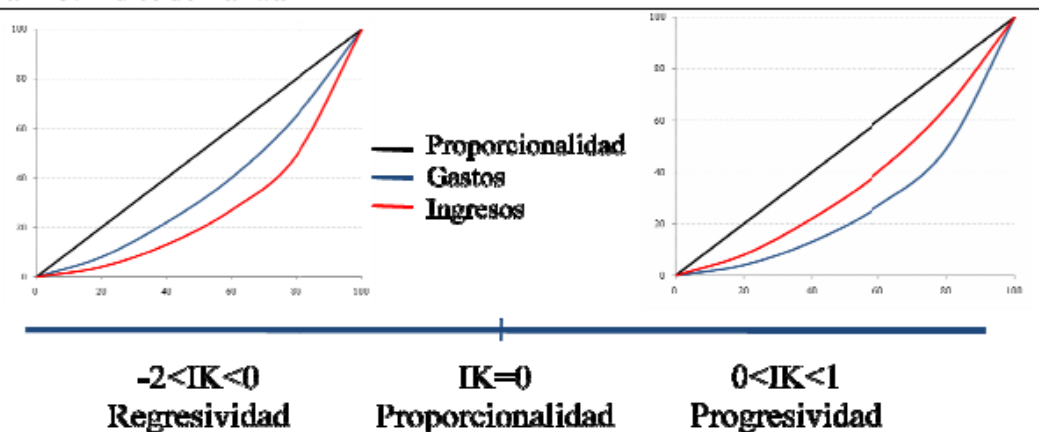
MATERIAL Y MÉTODOS

Variables, indicadores y fuentes de información

La progresividad en el gasto de bolsillo en medicamentos se midió a través del Índice de Kakwani (IK). Este índice compara el aporte de un grupo al gasto en medicamentos en relación a la porción de ingreso nacional que percibe (Murray y otros 2003). El IK se mide como el área entre dos curvas, que reflejan respectivamente: 1) la proporción acumulada de ingresos percibido por cada grupo de población (ordenada por nivel de ingresos); 2) la concentración del pago aportado por cada grupo de población (ordenada por nivel de ingresos) (Figura 3). Si los pagos por medicamentos se recaudan en proporción al ingreso, las dos curvas coinciden y el IK toma el valor cero. Si el sistema es progresivo, es decir que la contribución al pago aumenta con más rapidez que el ingreso, entonces la curva de concentración de pago queda por debajo de la curva de participación en el ingreso. En este caso, el IK toma valores entre cero y uno. Si el sistema de financiamiento es regresivo (la tasa de pago disminuye con el ingreso), entonces la curva de pagos se ubica por encima de la curva de ingresos. Esto significa que grupos más pobres aportan mayor proporción de gasto de la que perciben del ingreso. El valor del IK en este caso toma valores entre cero y menos dos. Consideraré más equitativo un sistema de financiamiento más progresivo, en el que el aporte al gasto en medicamentos del grupo más pobre es menor a la porción de ingresos percibida.

En el caso de que las curvas se crucen, el IK podría dar un valor de cero compensando regresividad en un tramo de la curva con progresividad en otro. Por ejemplo, el sistema podría ser progresivo a niveles bajos de ingreso porque los jubilados, mayormente pertenecientes al grupo de más bajos ingresos, podrían estar exentos del pago de la cuota de seguridad social. Pero a niveles altos de ingresos el sistema podría ser regresivo.

Figura n° 3: Índice de Kakwani



En la tabla 1 presento las variables explicativas según dimensión e indicando su descripción, la unidad de análisis, la justificación de porqué se incluyeron en el análisis, la relación esperada con la progresividad en el sistema de financiamiento y la fuente de información.

Dado que la Encuestas de Gastos de los Hogares, INDEC (ENGHO) fue ampliamente utilizada en este trabajo, la describiré brevemente. El objetivo de esta encuesta es relevar la estructura de presupuesto de los hogares, el origen de los ingresos y su asignación a distintos gastos. Las unidades de recolección son las viviendas y los hogares, definidos como “una persona o grupo de personas que comparten una misma vivienda bajo un régimen de tipo familiar y consumen alimentos a cargo del mismo presupuesto”.

Los gastos se registran utilizando el criterio de adquirido (toma de posesión o adquisición del derecho a recibir) y el períodos de referencia varía según la cotidianeidad del consumo de bienes/servicios (e.g. períodos más cortos para alimentos y más largos para automóviles). El ingreso informado es el ingreso promedio percibido en los últimos 6 meses, y el ingreso del hogar suma los ingresos percibidos por todos los miembros.

La muestra de la ENGHO 1997 incluía población residente en poblados y ciudades que superaban los 5000 habitantes (según el Censo 1991), cubriendo 114 localidades que representaron a 28 millones de habitantes (96% de la población urbana y 86% de la población total). La muestra de la ENGHO 2004/5 incorporó adicionalmente a población rural.

Tabla n° 1: Variables explicativas

Indicador	Unidad de análisis	Descripción	Influencia esperada sobre la progresividad del sistema⁽¹⁾	Fuente de información
<i>Dimensión demográfica</i>				
<i>Mayores</i>	Hogar (OE2) y provincia (OE3)	Cantidad de mayores a 65 años de edad en el hogar / Porcentaje de hogares con mayores.	Este grupo de edad es más demandante de medicamentos. Espero una relación negativa con IK.	Indec- Censo 2001 y Engho
<i>Menores</i>	Hogar (OE2) y provincia (OE3)	Cantidad de menores a 14 años de edad en el hogar / Porcentaje de hogares con menores	Este grupo de edad es más demandante de medicamentos y adicionalmente en los hogares más pobres suelen haber más menores de edad. Por lo tanto, espero que la relación con el IK sea negativa (Ver justificación de NBI).	Indec- Censo 2001 y Engho
<i>Densidad de población</i>	Provincia	Densidad de población: cantidad de habitantes / área de la provincia medida en km ²	Población más dispersa suele tener menor acceso al sistema por barreras geográficas. Espero una relación positiva con IK.	Indec, Censo 2001
<i>Población urbana</i>	Provincia	Porcentaje de población urbana	Servicios públicos son más costosos de implementar en las zonas rurales y los programas estatales se suelen centrar en ámbitos urbanos. Por lo tanto, el acceso a estos bienes y servicios suele ser menor en las zonas rurales. Espero una relación positiva con IK.	Indec, Censo 2001

Indicador	Unidad de análisis	Descripción	Influencia esperada sobre la progresividad del sistema⁽¹⁾	Fuente de información
<i>Dimensión socioeconómica</i>				
<i>Ingreso per cápita/ingreso del hogar</i>	Total Nacional, anual (OE1) y hogar (OE2)	PBI per cápita a precios de mercado, constantes de 1993 Ingreso del hogar	El PBI per cápita aproxima el ingreso promedio en un país, en un período determinado.	Ferreres 2010 – Indec, Englo
<i>Coef. de Gini</i>	Total Nacional, anual (OE1)	Indica la concentración en la distribución del ingreso. Mide la distribución del ingreso percibido por cada grupo de población, en relación a una situación uniforme en la que el 20% de la población percibe el 20% del ingreso. Toma valores entre 0 y 1, cuanto más cercano a 0, más igualitaria es la distribución. Se puede interpretar como la probabilidad de no encontrar una persona que perciba el ingreso promedio en una sociedad.	Una mejora en la distribución de ingreso implicaría una mejora en la progresividad del sistema de financiamiento. Espero una relación negativa con IK.	CEPAL en base a Indec, EPH
<i>Cobertura de salud</i>	Total Nacional, anual (OE1) y provincia (OE3)	Personas con algún tipo de cobertura de seguros de salud (prepaga- obra social) en relación a la población total.	La población con cobertura de salud cuenta con un tercer pagador que co-financia los medicamentos y por eso deben financiar menos de bolsillo. Es decir, la cobertura disminuye el precio que los consumidores pagan en el mercado y, por eso, aumentan la posibilidad de acceso. Espero una relación positiva con IK.	Indec, EPH y Censo 2001
<i>Desempleo</i>	Provincia	Porcentaje de desempleo	Mayor desempleo implica menores ingresos y menor nivel de cobertura de salud. Espero una relación negativa con IK.	Indec, Censo 2001

<i>Pobreza por ingresos</i>	Total Nacional, anual	Indica el porcentaje de personas residentes en áreas urbanas que perciben ingresos por debajo del ingreso de línea de pobreza	Los hogares pobres tienen menores ingresos (y por eso menor capacidad de aseguramiento formal), peores resultados en salud y enfermedades más prolongadas. El peso del gasto de bolsillo en medicamentos en relación a sus ingresos es mayor. Espero una relación negativa con IK.	Ferreres 2010
<i>Pobreza por NBI</i>	Provincia	Porcentaje de hogares pobres por NBI	Espero una relación negativa con IK.	Indec, Censo 2001
<i>Perfil epidemiológico</i>	Provincia	Perfil epidemiológico. Toma los valores del 1 (mejor perfil epidemiológico) al 4, en función de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por infecciones o tumores ⁽²⁾	Un perfil epidemiológico peor implica mayor demanda de medicamentos y adicionalmente está relacionado con mayor pobreza implicando menor posibilidad de aseguramiento formal. Espero una relación negativa con IK.	Maceira 2010
<i>Índice de precios al consumidor (IPC)- nivel general</i>	Total Nacional, anual	El IPC se calcula como un índice Laspyeres que permite analizar la evolución del promedio ponderado de precios de una canasta de bienes y servicios definida por el Indec como representativa de los gastos de consumo de los argentinos.	Lo introduce en el análisis para compararlo con el índice de precios de los medicamentos (IPM). Si bien con algún retraso, los salarios suelen ser indexados utilizando el IPC. Por lo tanto, incrementos mayores del IPM que del IPC implican caídas en términos de poder adquisitivo que no son compensadas por aumentos de ingresos, y esto implicaría un empeoramiento en las condiciones de equidad.	Indec

<i>Índice de precios de medicamentos</i>	de Total de anual	Nacional,	<p>$IPM = 0,6 * IPIM + 0,4 * IPC$. El precio final de medicamentos se divide en dos componentes: 1) correspondiente al ingreso de los laboratorios (60% del precio final), que representa la componente transable del bien y por tanto sigue la evolución de precios internacionales. Este componente se aproximó por la evolución de precios internos mayoristas (IPIM) a nivel de productos importados. 2) corresponde al ingreso de las droguerías y farmacias y al impuesto al valor agregado y se estima alcanza el 40% del precio final de medicamentos. Representa la proporción del bien que no es transable y por lo tanto sigue la evolución de precios internos. Su evolución se aproximó por la evolución del IPC a nivel general.</p>	<p>Si bien los precios de medicamentos afectan de igual modo a toda la población, un incremento de precios implica un aumento del gasto destinado a medicamentos, y este gasto tiene mayor peso en relación al ingreso para la población más pobre. Por eso el efecto del incremento en el precio de los medicamentos es mayor sobre los hogares más pobres.</p>	<p>Estimación propia en base a Indec, siguiendo a ISALUD 1999</p>
--	-------------------	-----------	---	--	---

Indicador	Unidad de análisis	Descripción	Influencia esperada sobre la progresividad del sistema ⁽¹⁾	Fuente de información
<i>Dimensión: Oferta de bienes y servicios de salud</i>				
<i>Laboratorio</i>	Provincia	Toma el valor 1 en el caso de que haya un laboratorio público en la provincia.	La existencia de un laboratorio público implicaría una mayor disponibilidad de medicamentos gratuitos para población que se atiende en el subsector público. Espero una relación positiva con el índice de Kakwani (IK).	Apella 2006
<i>Transferencias de Remediar</i>	Total Nacional, anual (OE1) y provincia (OE3)	Es la suma anual de las transferencias realizadas por Remediar a los centros de salud, en términos de costo de adquisición (millones de u\$s) y de millones de tratamientos.	Espero que un aumento de las transferencias disminuya el porcentaje de ingreso destinado al gasto en medicamentos del grupo de población más pobre y por lo tanto, genere mayor progresividad en el sistema de financiamiento.	Base de datos de Remediar, MSAL
<i>Hospitales</i>	Provincia	Número de hospitales cada 100 mil habitantes	Una red de atención pública de la salud más amplia mejora el acceso a los medicamentos de la población más pobre. Espero una relación positiva con el IK.	Tobar y otros 2006
<i>CAPS</i>	Provincia	Número de CAPS cada 100 mil habitantes		Tobar y otros 2006
<i>Dimensión de ubicación geográfica</i>				
<i>Latitud</i>			Las utilizo únicamente para evaluar la autocorrelación espacial.	Inst. geográfico nacional- IGN
<i>Longitud</i>	Provincia	Dato del centroide de cada provincia		

⁽¹⁾ Dado que el IK dio negativo en todas las provincias excepto en una, para la interpretación considero que un incremento de IK (de valores negativos acercándose a cero) implica una mejora en la progresividad del sistema de financiamiento.

⁽²⁾ Los AVPP se midieron cada 10 mil habitantes en 1999. La categoría 1 agrupa provincias con AVPP por ambos factores por debajo de la media nacional (MN); la categoría 2 agrupa provincias con AVPP por tumores por encima y AVPP por infecciones por debajo de a MN; la categoría 3 se compone de provincias con AVPP por infecciones por encima pero AVPP por tumores por debajo de la MN; y la categoría 4 se compone de aquellas provincias cuyos AVPP por ambas causas se encuentran encima de la MN.

Plan de análisis

El abordaje metodológico fue cuantitativo, basado en el procesamiento y análisis de fuentes de información secundaria. Analicé la equidad en el financiamiento de los medicamentos en Argentina con estrategias de corte transversal (según hogares), temporal (entre años) y espacial (entre provincias). Para responder a cada objetivo específico elegí diferentes herramientas en función de su potencial para responder al objetivo, de los datos disponibles y las exploraciones preliminares de las bases de datos.

Para responder al **objetivo específico 1**, realicé un análisis descriptivo de la variación conjunta de la progresividad en el gasto de bolsillo en medicamentos y las variables que podrían explicar sus variaciones en el tiempo. Calculé tasas de crecimientos de dos períodos: 1997-2005 y 2005-2009, ya que únicamente para el primer período contaba con datos de gastos de bolsillo en medicamentos. De este modo, las tasas de variación de los indicadores en el período 2005-2009 permiten analizar una tendencia esperada en la progresividad del sistema de pago de medicamentos por parte de los hogares, que se esperaría poder verificar cuando esté accesible la base de la ENGHO 2012.

En este caso, para que los IK de los diferentes años fueran comparables, excluí los datos de la zona rural del año 2005 (no considerados en el relevamiento 1997). Adicionalmente excluí los casos que no contaban con el dato de ingreso o el de gasto en medicamentos (74 casos en total), así como los casos que tenían un ingreso menor al gasto en medicamentos (281 casos en total). La base de datos utilizada contó con un total de 53877 observaciones (27118 del año 1997 y 26759 del 2004/5).

Para satisfacer el **objetivo específico 2**, busqué responder las siguientes preguntas conductoras:

- a) ¿Qué atributos del hogar se asocian a que un hogar gaste de bolsillo en medicamentos?
- b) ¿Qué atributos del hogar se asocian a incrementos en el gasto de bolsillo en medicamentos?

Para ello, estimé dos modelos que compartían la componente determinística (variables independientes y sus interacciones), pero proponían distribuciones del error distintas. El modelo utilizado responder la pregunta a) fue un modelo con distribución del error binomial, con el gasto de bolsillo en medicamentos, que toma los valores 1 (si gastó) o 0 (si no gastó), como variable dependiente. Estos modelos se utilizan en los casos en que la variable respuesta es binaria, las observaciones son independientes y la probabilidad de éxito es la misma para todos los hogares con el mismo valor de la variable independiente (Crawley 2007).

$G_i/Y_i \sim \text{binomial}(\pi_i, 1)$

Las variables independientes fueron el ingreso del hogar, la cantidad de mayores a 65 años en el hogar, la cantidad de menores a 14 años en el hogar y el año, y las interacciones entre estas variables. Esperaba encontrar que hogares con mayores ingresos, presencia de menores o mayores tuvieran una mayor probabilidad de gastar de bolsillo para comprar medicamentos. A su vez, incluí las interacciones porque esperaba que las magnitudes de los efectos de un factor variaran en conjunto con el nivel de otros factores. El modelo estimado fue:

```
glm(formula = GM/Ybinomial~ Yhog * menor14 * factor(Año) * mayor65, family = binomial (link = "logit"), data = datos)
```

Sobre este modelo completo, apliqué la función *step()*, R Software (<http://CRAN.Rproject.org/>), para evaluar con el criterio del Akaike's Information Criterion (AIC) si era necesario incluir todas las interacciones. El AIC es un criterio ampliamente utilizado para comparar y rankear hipótesis (modelos) competitivas. El valor del AIC se calcula en relación a dos componentes del modelo: (1) el ajuste relativo a los datos (mediante valores de máxima verosimilitud) y (2) su complejidad (número de parámetros) (Johnson & Omland 2004). Cuanto más bajo el AIC, se considera más parsimonioso el modelo.

La función *step()* evalúa el AIC de modelos con y sin términos de interacción, comenzando por las interacciones de mayor cantidad de factores. En este caso, el AIC no se redujo al eliminar la interacción de 4 factores, por lo que seleccioné el modelo completo.

Para graficar y dar valores de referencia en el análisis, evalué cada uno de los modelos en valores habituales pero contrastantes de cada una de las variables. Para ello, seleccioné los valores del primer y tercer cuartil de las variables, resultando los siguientes valores:

- Mayor65: valores 0 y 2
- Menor14: valores 0 y 2
- Ingreso: valores \$477 y \$1500

Las figuras presentadas muestran los resultados según el tipo de hogar (sin mayores ni menores, con menores y sin mayores, con mayores y sin menores; con mayores y menores y con diferentes niveles de ingreso) para cada uno de los años evaluados (1997 y 2005). Las curvas representan la probabilidad de que un hogar compre medicamentos financiando de bolsillo, condicionada según el valor de los regresores x . Los puntos representan los valores de la variable respuesta para cada hogar. Si bien la variable respuesta solo toma los valores 0 ($GM/Y=0$) o 1 ($0 < GM/Y < 1$), para graficar utilicé la función *jitter()*, R Software (<http://CRAN.Rproject.org/>), que agrega una pequeña variabilidad a los datos, distribuyendo los puntos y permitiendo observar más claramente su densidad.

Para responder la pregunta b), realicé un análisis de regresión por cuantiles (QR) para la mediana que es el valor que divide el set de datos en dos secciones con igual cantidad de observaciones. Seleccioné éste método porque los datos tenían varianzas heterogéneas y no estaban normalmente distribuidos. Adicionalmente, QR no asume ninguna distribución para los residuos y por eso no está sesgada por outliers o varianzas heterogéneas de los residuos (Cade & Richards 2005). QR también permite evaluar si el efecto de la variable independiente varía entre hogares con valores contrastantes de la variable dependiente (cuantiles). Las variables independientes podrían estar asociadas a la variable dependiente únicamente en alguna sección de la distribución. En este caso, las pendientes serían diferentes para los diferentes cuantiles y no sería suficiente analizar solamente la media o la mediana (como se hace con otros métodos). Las pendientes y su significancia fueron estimadas usando la función *rq()* del paquete *Quantreg*, R Software (Koenker 2011). El modelo estimado fue:

```
rq(formula = G/Y ~ Yhog * menor14 * factor(Año) * mayor65, tau = 0.5, data = datos_Sin0)
```

En este caso, utilicé solamente los datos de los hogares que gastaron en medicamentos (total de observaciones = 16774 hogares).

Al igual que en el modelo anterior, las figuras presentan los resultados según el tipo de hogar (sin mayores ni menores, con menores y sin mayores, con mayores y sin menores; con mayores y menores; con diferentes niveles de ingreso) para cada uno de los años evaluados (1997 y 2005). En este caso, las curvas representan el valor medio esperado de GM/Y dado el valor de los regresores.

Adicionalmente y en particular, me interesó estudiar si la relación entre el nivel de ingreso y la proporción del ingreso gastada de bolsillo en medicamentos varió entre los años 1997 y 2005. Para responder a esta pregunta, realicé una descripción general de la relación entre ingreso y porción gastada de bolsillo en medicamentos entre 1997 y 2005, en base a un gráfico de densidad realizado con la función *smoothScatter()*, R Software (<http://CRAN.Rproject.org/>). Este tipo de gráfico es útil para analizar la estructura de bases de datos con gran cantidad de observaciones (Mittal 2011) y se produce del siguiente modo: a) divide el plano (x, y) en celdas; b) cuenta la cantidad de puntos que se ubican en cada celda (calcula la densidad), c) colorea las celdas con tonos ascendentes en función de la densidad de puntos. Los puntos que quedan ubicados por fuera de la zona coloreada son outliers.

Para responder el **objetivo específico 3**, busqué responder a la siguiente pregunta: ¿qué factores impactan a nivel provincial en la progresividad en el financiamiento de medicamentos? En primer lugar, realicé una descripción del set de datos y un análisis de correlación. Estimé los coeficientes de correlación de Spearman para evaluar las asociaciones entre todas las variables y las grafiqué utilizando la función *pairs()*, R Software. El coeficiente de correlación de Spearman

es una medida de asociación lineal entre dos variables y toma valores entre -1 y +1, donde el 0 indica que no existe variación conjunta entre las variables. Este método se recomienda cuando las variables estudiadas son ordinales o no cumplen con el supuesto de normalidad. Este análisis me permitió seleccionar variables no multicolineales para incluir en el modelo de regresión.

Estimé un modelo de regresión por cuantiles (QR) para la mediana del Índice de Kakwani. Seleccioné éste método porque los datos tenían varianzas heterogéneas y no estaban normalmente distribuidos. Adicionalmente, QR no asume ninguna distribución residual (Cade & Richards 2005). Las pendientes y su significancia fueron estimadas usando la función *rq()* del paquete *Quantreg*, R Software (Koenker 2011). Utilicé el criterio del AIC (explicado en el Obj. 2) para seleccionar el modelo de mejor ajuste, dadas las variables explicativas.

A continuación, evalué la autocorrelación espacial del modelo seleccionado mediante el Índice de Moran sobre los residuos, para testear el supuesto de independencia (función *MoranI()*, *Ape* package, R software; Paradis y otros 2004). Utilicé una matriz de pesos en la cual los elementos de la diagonal son ceros y los elementos fuera de la diagonal son $1/(\text{distancia entre el punto } i \text{ y el } j)$ (Paradis y otros 2004). Los valores de pares de puntos que se ubican más cerca son mayores a los puntos ubicados más distantes entre sí. Si hubiera un efecto espacial (e.g. provincias más cercanas son más similares entre sí que las más apartadas), entonces la localización podría ser un factor influyente en estas relaciones y, en caso de no considerarlo, los errores estándar, los test de significancia y los parámetros estimados estarían sesgados (Rangel y otros 2006).

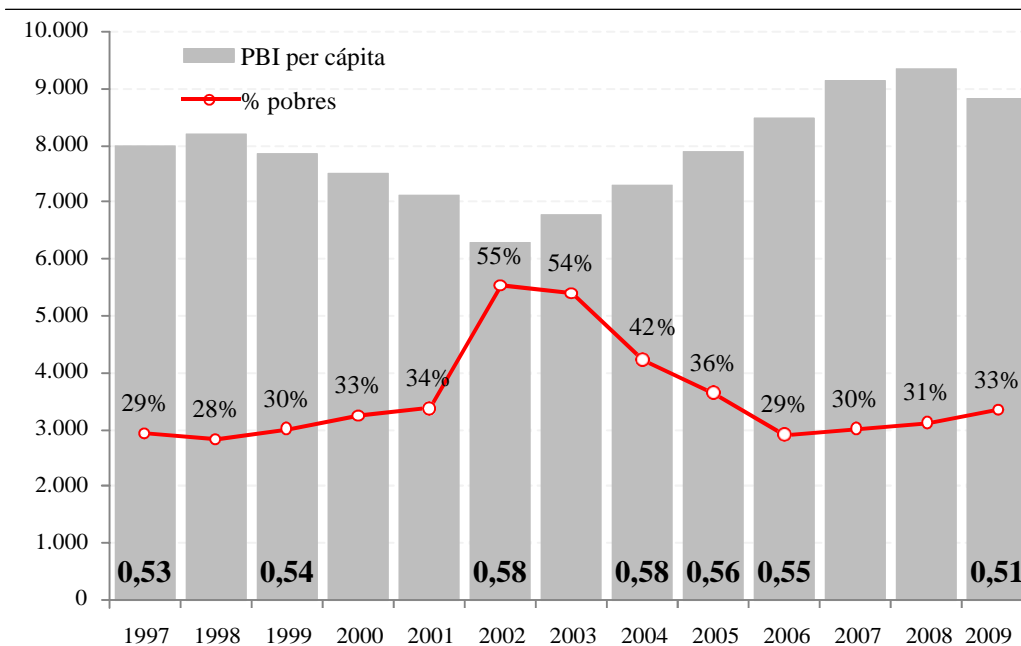
RESULTADOS

Las relaciones encontradas entre las variables explicativas y la progresividad en el gasto de bolsillo en medicamentos fueron consistentes entre todos los abordajes propuestos (temporal, de corte transversal y espacial) y, en general, coincidentes con los resultados esperados. A continuación presento los resultados de cada uno de los objetivos específicos.

Objetivo Específico 1)

El contexto socioeconómico argentino mostró oscilaciones en el período estudiado, pasando por una recesión, y una aguda crisis y luego la recuperación (Figura 4). En el año 1998 comenzó una recesión económica en Argentina, reflejada en la disminución del PBI per cápita, el aumento en la incidencia de la pobreza y del índice de Gini. Luego de la crisis económica, social y política de los años 2001-2002, se devaluó la moneda y comenzó la recuperación, tanto del nivel de ingreso como de su distribución, disminuyendo la incidencia de la pobreza. En el año 2005 se recuperó el nivel de ingreso promedio de 1997, aunque la concentración era mayor, así como en porcentaje de pobreza. Hacia 2009 los tres indicadores mostraban mejoras importantes respecto de 2005 (ver Tabla 2).

Figura 4. Ingreso promedio por habitante, porcentaje de población pobre y distribución del ingreso (números en negrita en la base de las barras). Años 1997-2009.



Fuente: Elaboración propia en base a Indec y Cepal

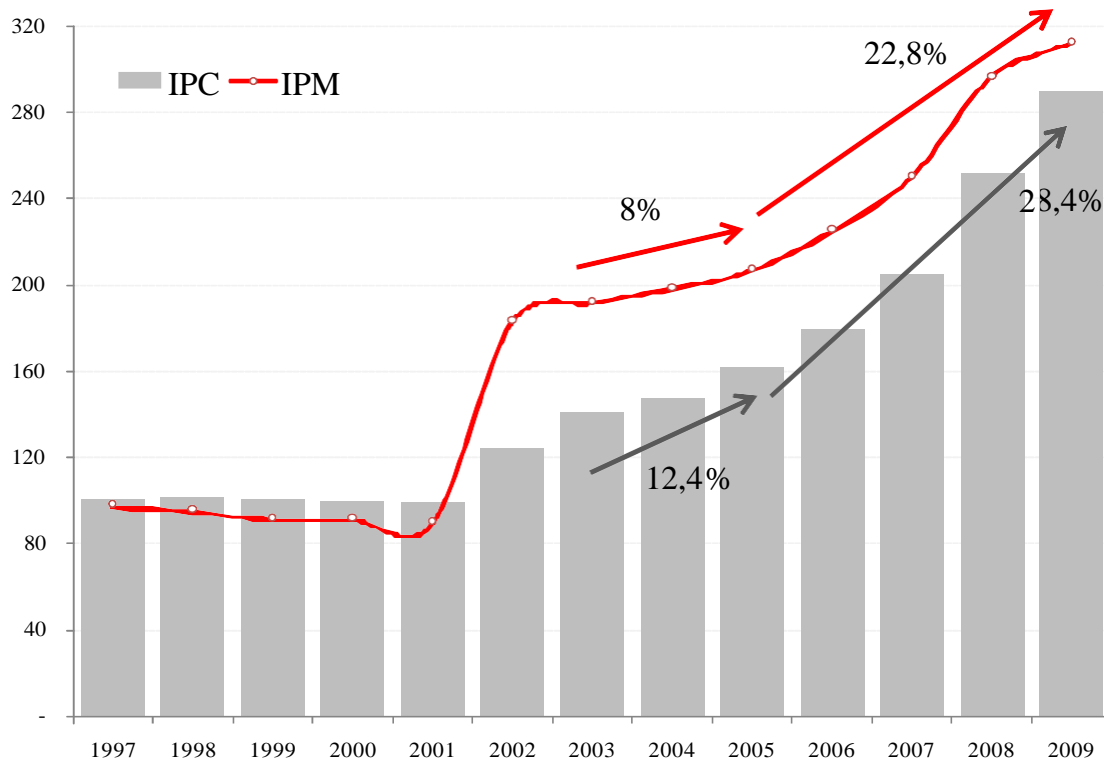
Tabla 2. Tasas de crecimiento de las variables entre 1997 y 2009.

Variable	Variación 1997- 2005	Variación 2005- 2009
Índice de Kakwani	13,2 %	Sin dato
Razón de tasas	-13,4 %	Sin dato
PBI per cápita	-1,1 %	11,8%
Distribución del ingreso (índice de Gini)	5,3 %	-8,6%
Población pobre	23,9%	-8,1%
Porcentaje de personas con cobertura de salud (en %)	-7%	12,6%
Índice de precios de medicamentos estimado	61,22	105,6
Índice de precios - nivel general	109,4	127,9
Transferencias de Remediar acumuladas (costo de adquisición en u\$s)	45.973.903	114. 026. 070
Transferencias de Remediar acumuladas (en tratamientos)	9.462.586	202.860.268

Hasta el año 2001 se evidenció una deflación, tanto del IPM como del IPC, probablemente relacionada con la recesión económica (Figura 5). A principios de 2002 se devaluó la moneda argentina y, como consecuencia, aumentaron ambos índices de precios. El IPM tuvo un crecimiento mayor al del IPC, posiblemente debido a la mayor proporción de componentes importados que los de los bienes considerados en la canasta general que se releva para calcular el IPC. Después de 2002, año en que se implementó la Ley Nacional de Medicamentos, si bien el IPM siguió creciendo, lo hizo siempre a una tasa menor a la del IPC. La tasa de variación promedio del período 2003-2005 fue del 8% para el IPM y del 12.4% para el IPC; mientras que para el período 2005-2009 fueron del 22.8% y 28.4% respectivamente. Este aumento menor del IPM es consistente con el resultado esperado de la implementación de la Ley de prescripción por nombre genérico, que buscaba aumentar la competencia por precios en el mercado, en detrimento de la competencia por marcas. De este modo, la dispersión de precios disminuiría y habría mayor información disponible para que el paciente pudiera elegir comprar medicamentos

de marcas más baratas, disminuyendo así el gasto de bolsillo en medicamentos y ampliando el acceso y la equidad.

Figura 5. Índice de precios al consumidor, índice de precios promedio de medicamentos



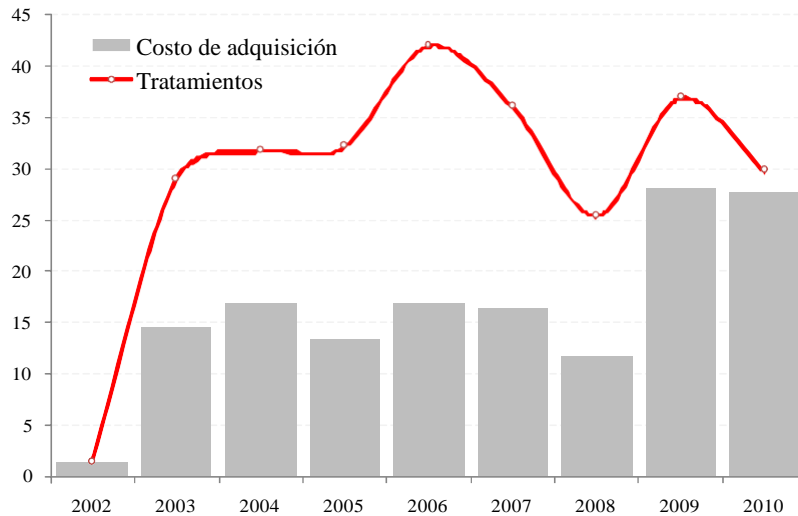
Fuente: Elaboración propia en base a precios de Indec

Según datos del Censo 2001, sólo el 52% de la población tenía cobertura de salud. Entre 2005 y 2010, este porcentaje fue aumentando hasta cubrir según el Censo del año 2010 al 67,4% de la población. La ampliación en el acceso a la cobertura de salud se debió probablemente al aumento del empleo, la mejora en las condiciones de trabajo (incremento del empleo formal) y a la recomposición de los ingresos familiares (Tabla 2).

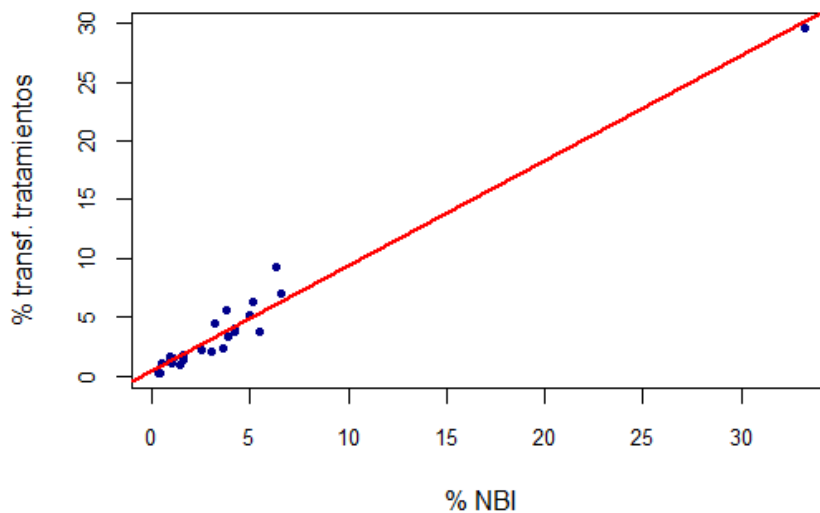
En octubre de 2002 se entregó el primer botiquín de Remediar. Las oscilaciones en las entregas se relacionan con la disponibilidad de medicamentos (Figura 6 - Panel a), que a veces se ve limitada por la demora de los procesos licitatorios, el permiso de importación de los medicamentos, el análisis de calidad por el ANMAT, entre otros. En el Panel b se observa que la transferencia tuvo una fuerte asociación con el porcentaje de NBI correspondiente a cada provincia.

Figura 6. Panel a) Transferencias de Remediar, en millones de dólares de costo de adquisición y en millones de tratamientos entregados. Panel b) Focalización de las transferencias, por provincias.

Panel a)



Panel b)

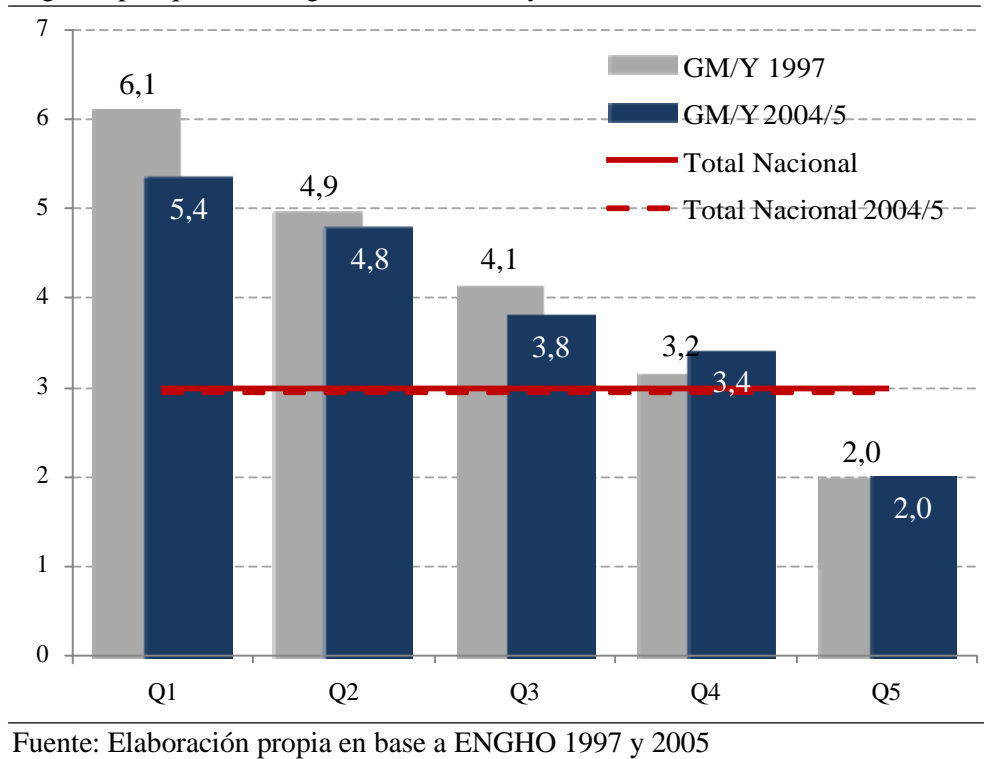


Fuente: Elaboración propia en base información de Remediar, MSAL y Censo 2001

Tanto en 1997 como en 2005 se verificó que a menor nivel de ingreso, mayor era la proporción del mismo destinada a la compra de medicamentos como gasto de bolsillo (Figura 7). El quintil más pobre gastaba en 1997 3,1 veces más de bolsillo que el quintil más rico

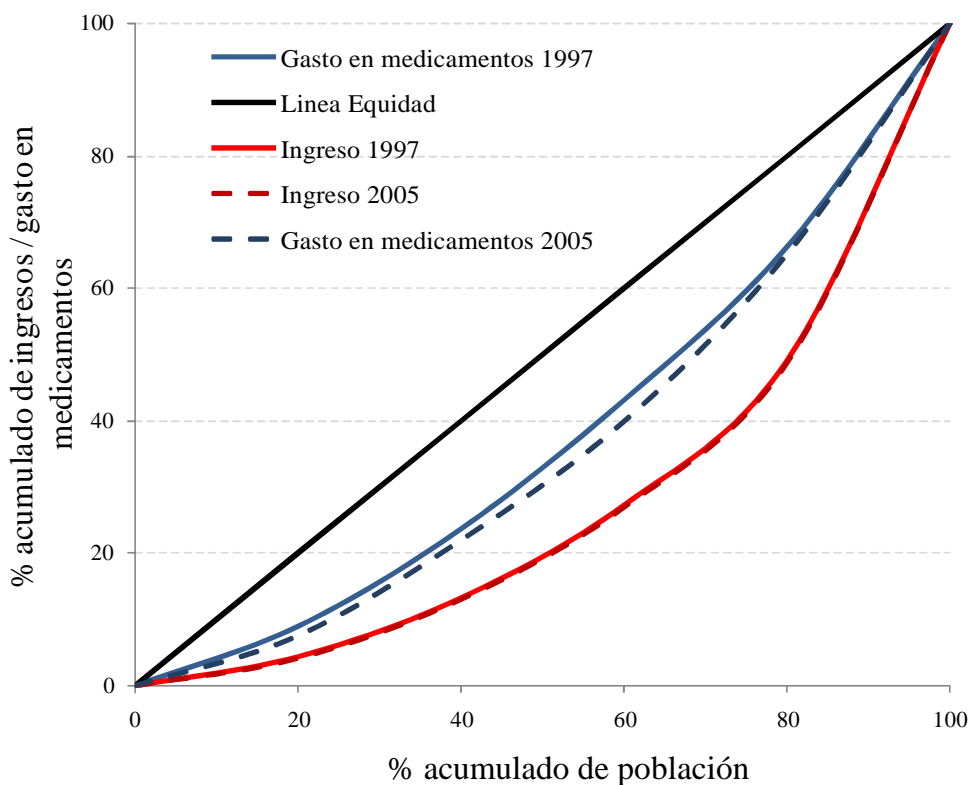
para comprar medicamentos. En 2005, esta brecha se redujo a 2,7 veces.

Figura 7. Proporción del ingreso que gastan de bolsillo en medicamentos los hogares, por quintil de ingreso. Años 1997 y 2005.



El sistema de financiamiento de medicamentos de bolsillo fue regresivo ambos años, ya que los quintiles más pobres aportaban mayor proporción del gasto que la que percibían de ingreso y los más ricos aportaban al gasto menor porcentaje del percibido como ingreso (Figura 8; Tabla 3). El quintil más pobre aportaba aproximadamente el 9% del gasto acumulado en medicamentos, pero percibía únicamente el 4,4% del ingreso en el año 1997. Por el contrario, el quintil más rico aportaba el cerca del 33,8% del gasto y percibía el 50,9% del ingreso. En el año 2005, empeoraron tanto la concentración de ingresos como la de gastos. Sin embargo, como los quintiles de ingreso más bajo disminuyeron la cantidad de gasto aportado, el sistema se tornó menos regresivo y el índice de Kakwani mejoró aproximadamente en un 13% entre 1997 y 2005 (Tabla 2; Tabla 3).

Figura 8. Curva de concentración de ingresos y de gasto de bolsillo en medicamentos, por quintil de ingreso. Años 1997 y 2005.



Fuente: elaboración propia en base a ENGHO 1997 y 2005

Tabla 3. Gasto en medicamentos e ingreso acumulados, por quintil. Años 1997 y 2005

Quintil	1997		2005	
	Gasto en medicamentos	Ingreso	Gasto en medicamentos	Ingreso
1	8,98	4,40	7,57	4,17
2	14,71	8,87	14,42	8,89
3	19,43	14,00	17,93	13,90
4	23,11	21,81	25,23	21,79
5	33,77	50,92	34,85	51,25
Concentración de ingresos	0,42		0,43	
Concentración de gastos	0,23		0,26	
Índice de Kakwani	-0,19		-0,17	

Fuente: elaboración propia en base a ENGHO 1997 y 2005

Sintetizando, los resultados del objetivo específico 1 indican que en el año 2005 se recuperaba, luego de la crisis, el ingreso promedio del año 1997. Los niveles de pobreza y distribución del ingreso, sin embargo, eran peores a los de 1997. El precio promedio de los medicamentos seguía una tendencia creciente, aunque a una tasa menor al incremento del IPC. Si consideramos que los salarios se indexan según el IPC, entonces esto implicaría un incremento en el poder adquisitivo en términos de medicamentos. En el año 2002 se implementó el programa Remediar, realizando transferencias en especies focalizadas en la población más pobre y sin cobertura. Todas las variables del contexto socioeconómico que podrían haber afectado la progresividad en el pago de bolsillo de medicamentos mostraron peores resultados. Sin embargo, la intervención del Estado, reflejada en el incremento menor del IPM con respecto al IPC (posiblemente como resultado de la ley de genéricos) y en las transferencias de Remediar, parece haber contrarrestado los efectos negativos, resultando en un IK levemente más progresivo. Entre 2005 y 2009 todos los indicadores mejoraron (Tabla 2). El ingreso aumentó, al igual que el porcentaje de población con cobertura de salud. Los indicadores de pobreza y distribución del ingreso también mejoraron. El IPM siguió creciendo en menor medida que el IPC. Esta mejora en los indicadores promete una importante mejora en el IK para los años posteriores a los estudiados, que no pudo ser calculado por la falta de disponibilidad de datos.

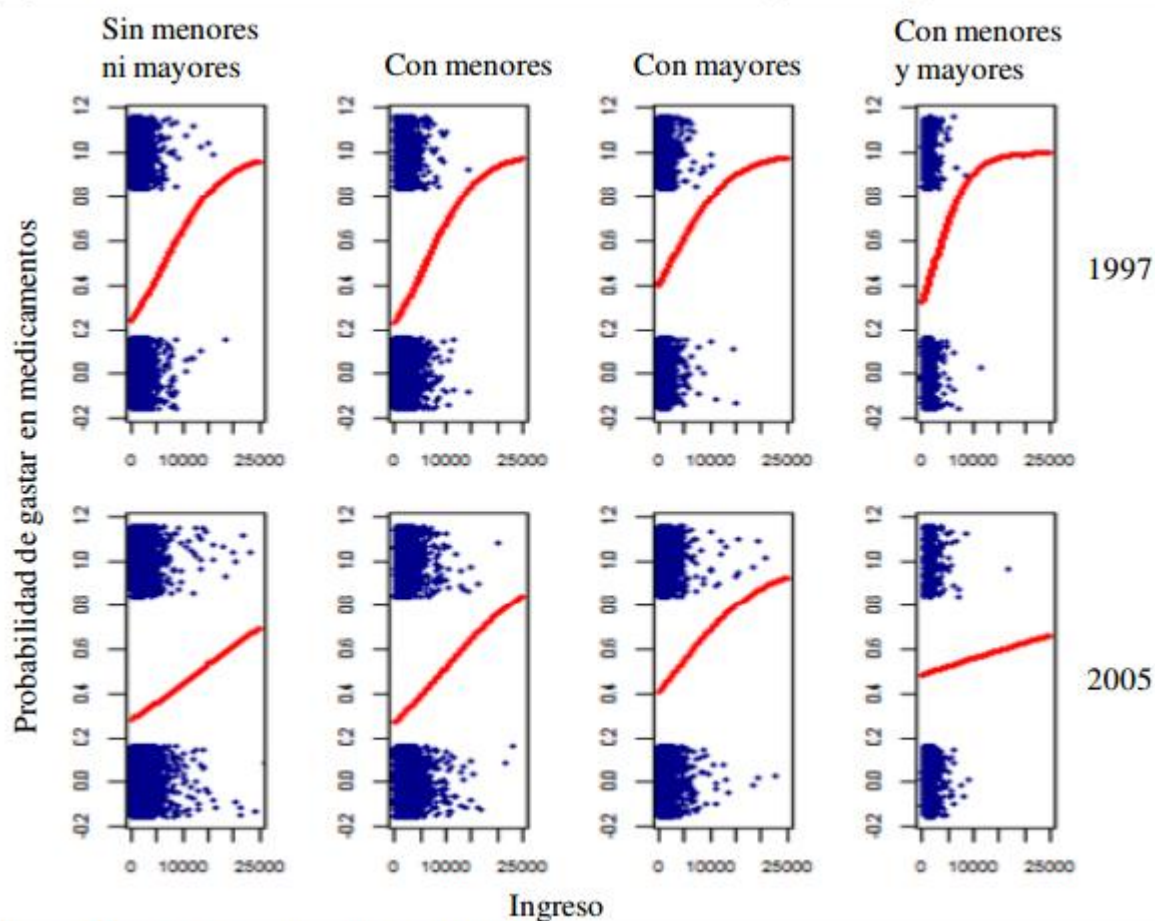
Objetivo específico 2)

Análisis binomial

La incidencia de gastos (hogares que gastaron de bolsillo en medicamentos) fue de aproximadamente un 30% en ambos años. En las figuras siguientes (Figuras 9- 12) presento los resultados del modelo binomial. En todas las figuras, las curvas muestran la probabilidad condicional de que el hogar compre medicamentos financiando de bolsillo, dados valores x de los indicadores.

En todos los casos, incrementos del ingreso tuvieron como efecto aumentar la probabilidad de gastar en medicamentos (Figura 9). Sin embargo, la magnitud del efecto dependió del año, de la cantidad de mayores de 65 años y menores de 14 años de edad en el hogar. El grupo de hogares con mayores y menores del año 1997 fue el que tuvo mayor impacto del ingreso, 10 veces mayor al mismo grupo del año 2005, que fue el que tuvo el menor impacto. Controlando por la cantidad de mayores y de menores, el impacto del ingreso siempre fue mayor para los hogares en el año 1997 que en el año 2005.

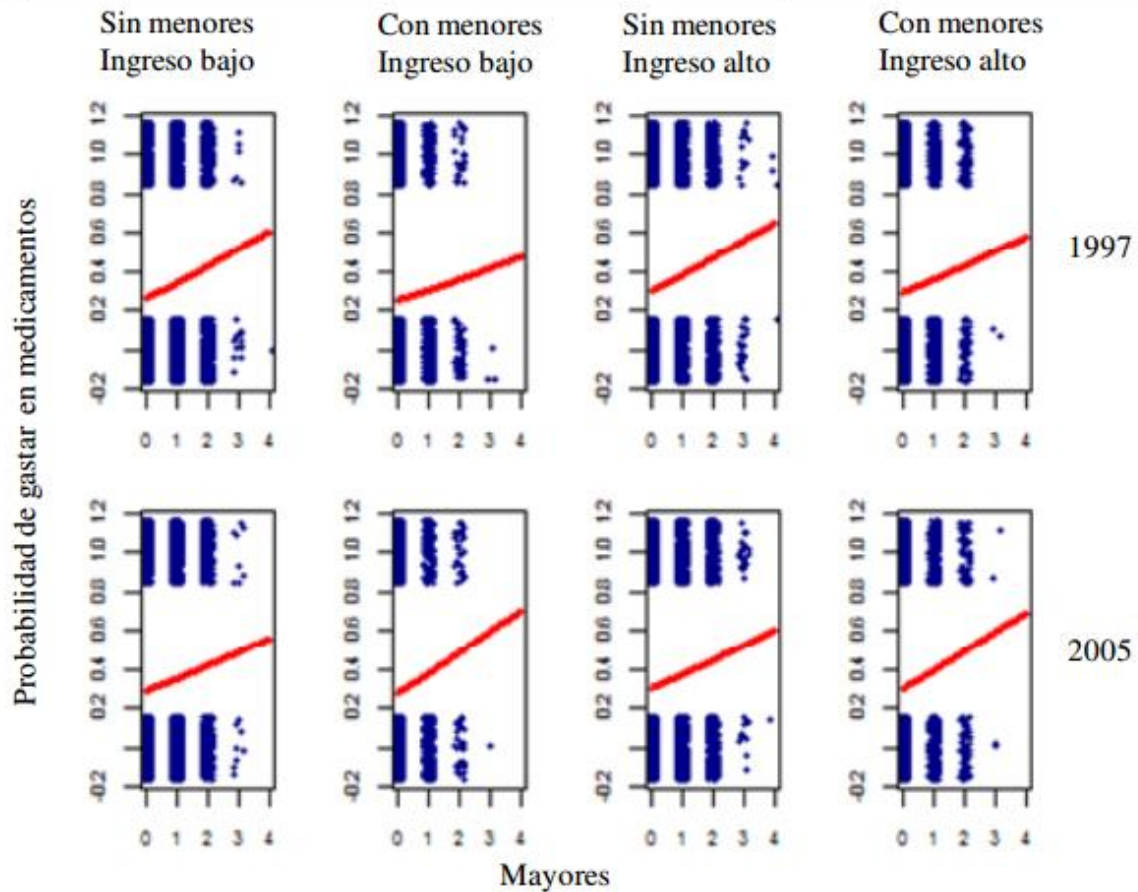
Figura 9. Modelo con distribución del error binomial. Variable ingreso del hogar



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

El número de mayores a 65 años en el hogar incrementó la probabilidad de gastar en medicamentos en los dos años estudiados, para los hogares de cualquier nivel de ingreso, tuvieran menores o no (Figura 10). Nuevamente, la magnitud del efecto dependió adicionalmente del año, de la cantidad de menores en el hogar y del nivel de ingreso. El impacto de esta variable fue máximo en el 2005, para el grupo de hogares con 2 menores e ingresos bajos. En este caso, tener un adulto mayor adicional en el hogar incrementó la probabilidad de gastar en medicamentos en 0,45 (en escala logit de p). Por el contrario, el impacto fue mínimo en el grupo de hogares con bajos ingresos y 2 menores del año 1997, con una pendiente de 0,25 (en escala logit de p).

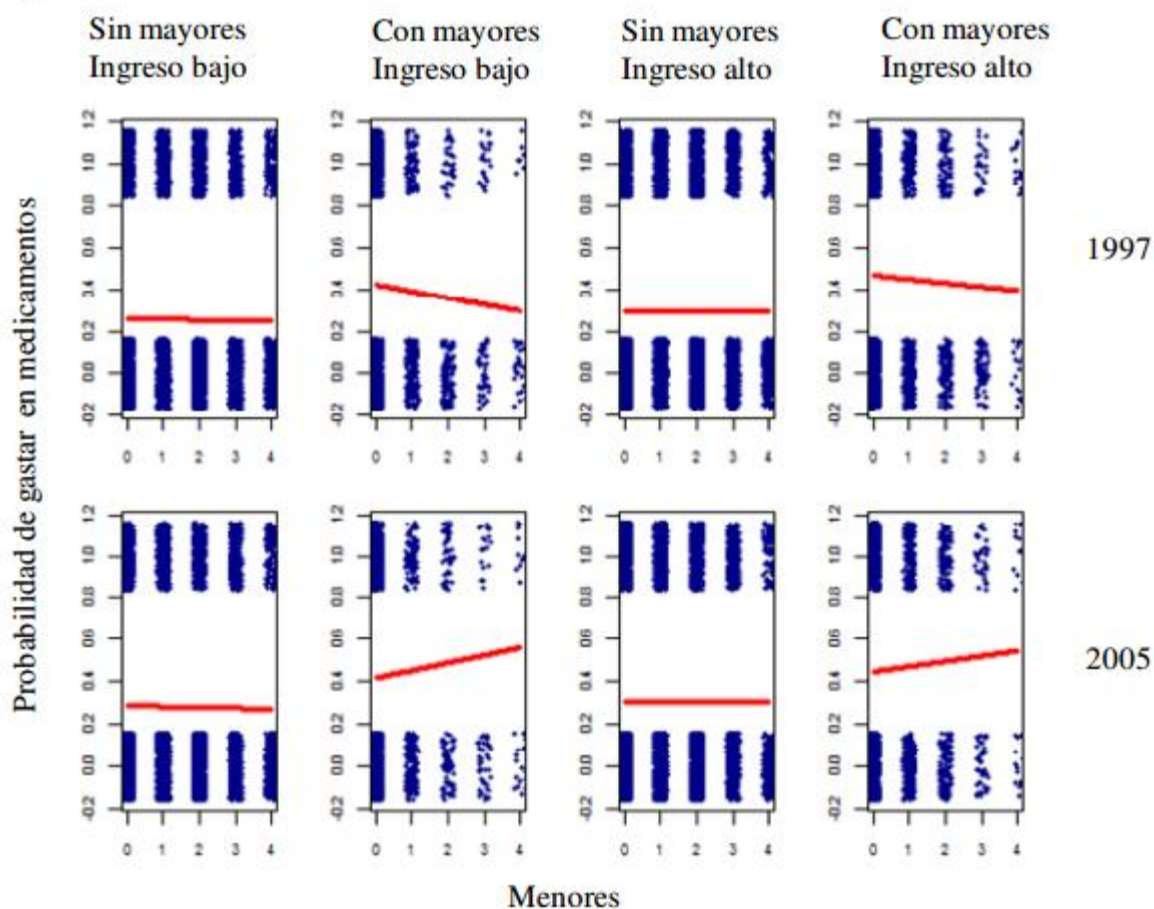
Figura 10. Modelo con distribución del error binomial. Variable mayores



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

El efecto de la variable menores sobre la probabilidad de gastar en medicamentos fue el menos consistente, ya que fue positivo en dos casos, negativo en dos y casi nulo en cuatro casos (Figura 11). En el año 1997, para los hogares que tenían mayores e independientemente del ingreso, a mayor número de menores disminuyó la probabilidad de gastar en medicamentos. Para el año 2005, por el contrario, incrementar la cantidad de menores en el hogar cuando ya había 2 adultos mayores aumentaba la probabilidad de gastar en medicamentos. La magnitud de este efecto fue un 46% mayor en el caso de los hogares pobres que de los hogares con mayor nivel de ingreso.

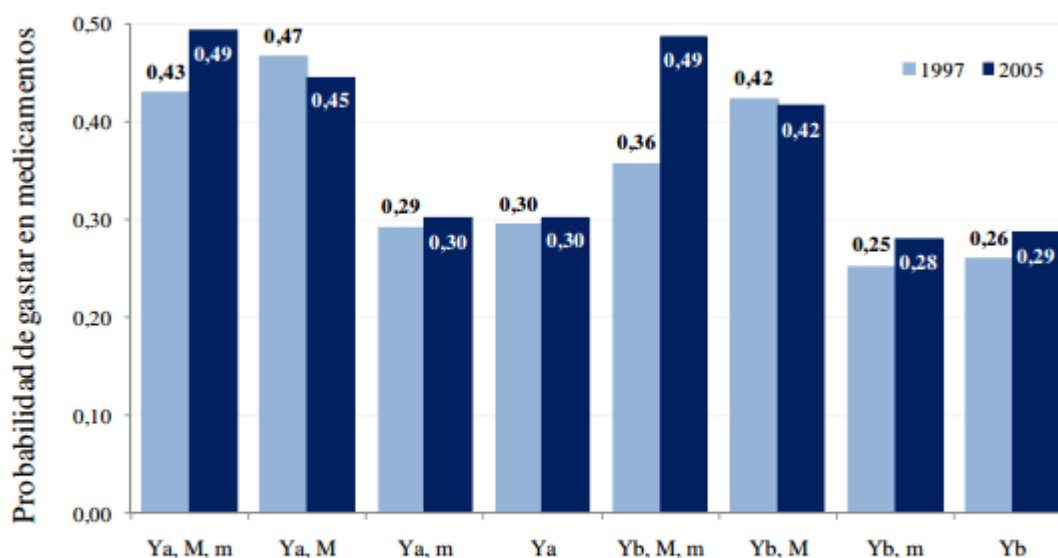
Figura 11. Modelo con distribución del error binomial. Variable menores



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

Comparando tipos de hogares entre años (Figura 12), se observa que la probabilidad de gastar en medicamentos aumentó entre años en mayor medida en los hogares con mayores y menores, tanto de ingreso bajo (36% de variación) como de ingreso alto (15% de variación). Los otros tipos de hogares no mostraron modificaciones considerables en su probabilidad de gastar entre años.

Figura 12. Modelo con distribución del error binomial. Factor Año



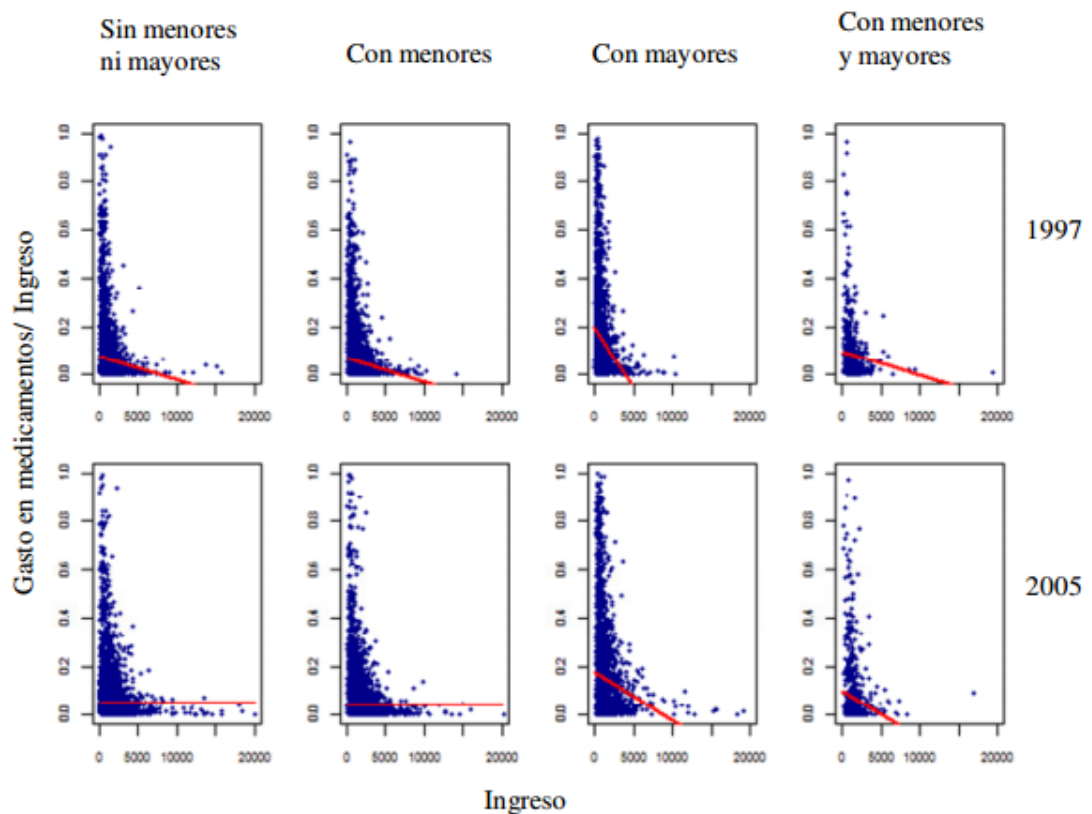
Nota: Ya: ingreso alto; Yb: ingreso bajo; M: mayor; M: menor
Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO.

Análisis de regresión

En las figuras siguientes (Figuras 13 – 17) presento los resultados de los modelos de regresión por cuantiles para la mediana.

El efecto del ingreso sobre el aumento en la porción del mismo gastada en medicamentos fue negativo en la mayoría de los casos, es decir que incrementos en el ingreso disminuyeron la porción gastada en medicamentos de bolsillo (Figura 13). En los hogares sin menores ni mayores y en los que tenían solo menores en el año 2005, el impacto del ingreso fue nulo. Sin embargo, la magnitud del efecto varió de acuerdo a la cantidad de menores y mayores en el hogar, y entre años. En el grupo de hogares que en 1997 tenía 2 mayores y 0 menores en el hogar, tuvo el efecto de mayor magnitud: el aumento del ingreso en \$1000 hubiera generado una disminución de la proporción del ingreso gastada en medicamentos de aproximadamente medio punto porcentual.

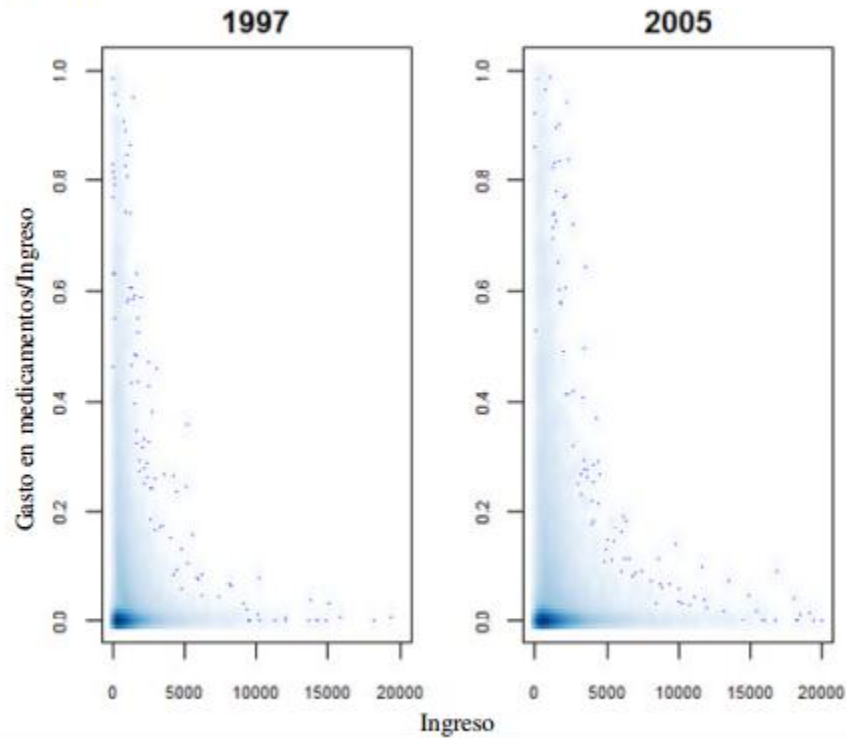
Figura 13. Modelo de QR para la mediana. Variable ingreso del hogar.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

La relación entre el ingreso de los hogares y la proporción del mismo destinado a gasto de bolsillo en medicamentos sin distinguir entre tipos de hogares, fue similar para los años 1997 y 2005 (Figura 14). La mayor parte de los datos se concentró en niveles bajos de ingresos y de porción del ingreso gastada en medicamentos. Adicionalmente, la variabilidad de los datos fue mayor para el grupo de bajos ingresos, indicando que para este grupo hay mayor incertidumbre acerca de cuál será la relación. A medida que aumenta el nivel de ingresos, la variabilidad disminuye, indicando una mayor certidumbre acerca de que los grupos de mayores ingresos gastan menor proporción de sus ingresos en medicamentos. Para el año 2005 se identifica que los datos se hacen algo más densos para valores de ingreso mayor y baja porción gastada en medicamentos.

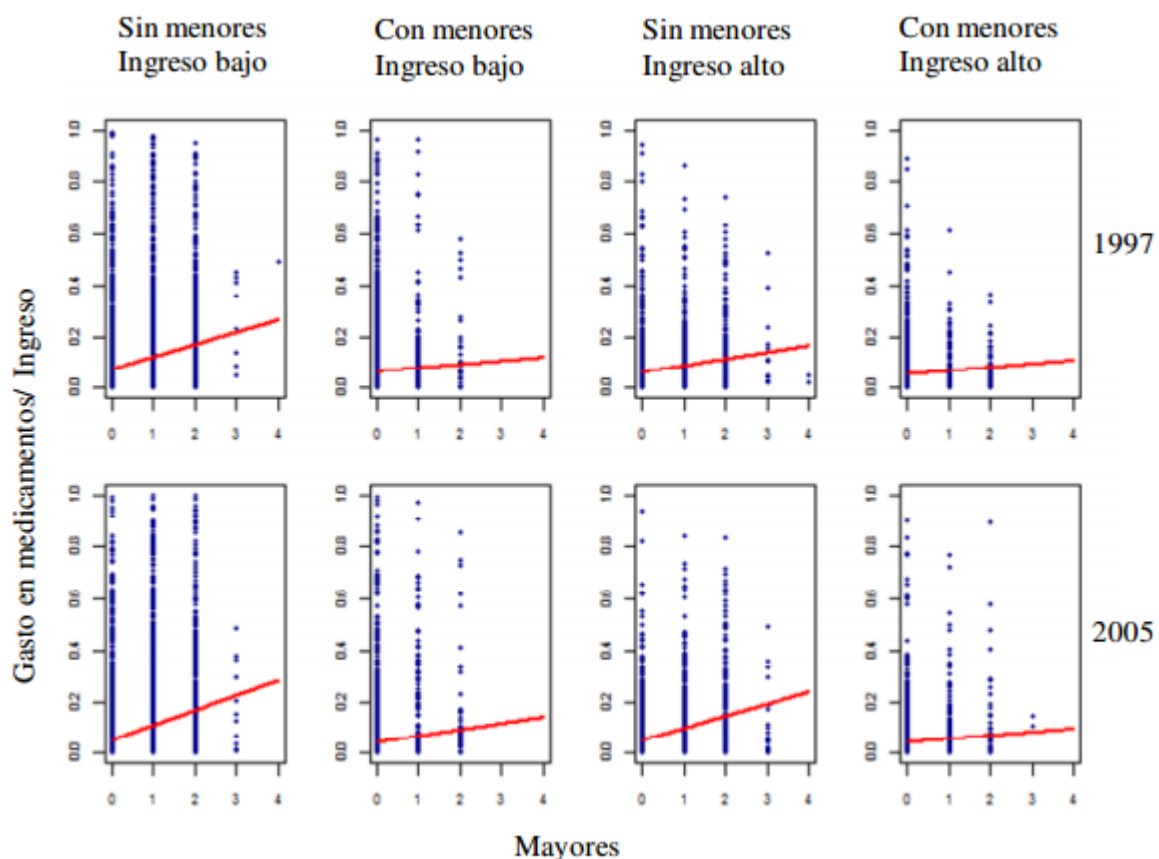
Figura 14. Ingreso de los hogares y proporción destinada al gasto de bolsillo en medicamentos.



Fuente: elaboración propia en base a ENGHO

Tener mayores en el hogar tuvo el efecto de incrementar el porcentaje de ingreso destinado a gasto en medicamentos, independientemente del año, del nivel de ingreso y de si había menores en el hogar (Figura 15). La magnitud del efecto de tener un mayor a 65 años adicional en el hogar fue máxima en el caso de los hogares sin menores y con ingresos bajos de 2005, seguida del mismo grupo de hogares en 1997. Por el contrario, el impacto fue mínimo en el caso de los hogares que contaban con menores y tenían ingresos altos.

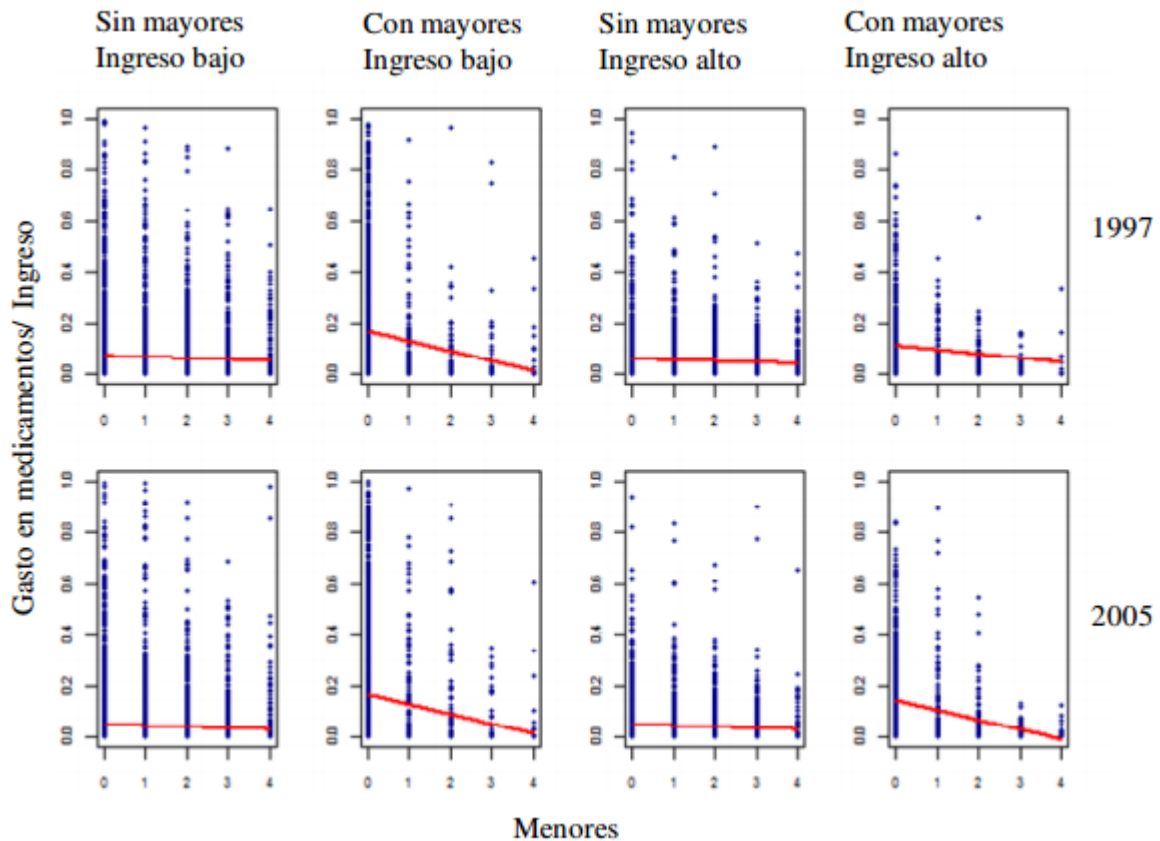
Figura 15. Modelo de QR para la mediana. Variable mayores.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

En el caso de la variable menores (Figura 16), se puede observar que su efecto fue siempre negativo, es decir que aumentar la cantidad de menores en el hogar disminuyó el porcentaje de ingreso destinado a gasto en medicamentos. La magnitud del efecto fue máxima en el grupo de hogares que en 1997 además tenía mayores en el hogar e ingresos bajos. Excepto para el grupo de hogares con mayores e ingresos altos, en todos los casos la magnitud del efecto de agregar menores al hogar se mantuvo relativamente invariable entre 1997 y 2005.

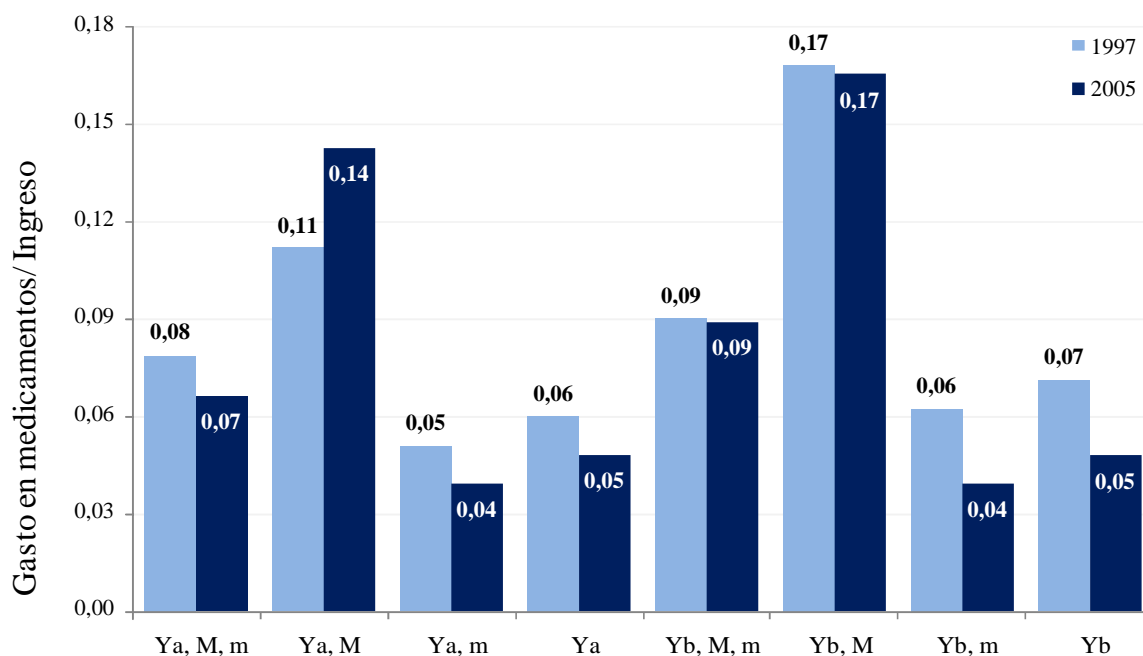
Figura 16. Modelo de QR para la mediana. Variable menores.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

Comparando tipos de hogares entre años (Figura 17), se observa que el impacto sobre el incremento en el porcentaje del ingreso gastado en medicamentos varió en mayor medida en los hogares con ingresos bajos y sin mayores, tuvieran o no menores (-37% y -32% de variación respectivamente). Los hogares de ingresos bajos y con mayores (tuvieran o no menores), no mostraron modificaciones considerables en su porcentaje de ingreso gastado de bolsillo en medicamentos entre años. Únicamente para los hogares de ingresos altos, con mayores y sin menores, el impacto del tiempo fue positivo, aumentando el porcentaje de ingresos destinado a gasto en medicamentos en un 28%.

Figura 17. Modelo de QR para la mediana. Factor Año



Nota: Ya: ingreso alto; Yb: ingreso bajo; M: mayor; m: menor Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO

En síntesis, los resultados del objetivo específico 2 indican que:

- El aumento en el ingreso incrementa la probabilidad de gastar en medicamentos, pero la proporción del ingreso gastado disminuye cuando aumentan los ingresos. Adicionalmente, la incertidumbre acerca de la proporción del ingreso gastado en medicamentos es mucho mayor para los niveles bajos de ingreso. Por el contrario, para niveles altos de ingreso hay mayor certidumbre acerca de que el porcentaje gastado en medicamentos será bajo.
- El número de mayores de 65 años en el hogar incrementa tanto la probabilidad de gastar en medicamentos como el porcentaje de ingreso destinado a gasto de bolsillo en medicamentos.
- El efecto del número de menores a 14 años en el hogar sobre la probabilidad de gastar en medicamentos es diferente entre distintos tipos de hogares. Sin embargo, aumentar la cantidad de menores en el hogar disminuyó el porcentaje de ingreso destinado a gasto de bolsillo en medicamentos para todos los tipos de hogares.

- La probabilidad de gastar en medicamentos aumentó entre años para los hogares con mayores y menores (independientemente de su nivel de ingresos). Sin embargo, en el caso de los hogares con ingresos bajos y sin mayores, el año impactó disminuyendo para el 2005 el porcentaje del ingreso gastado en medicamentos. Los hogares con ingresos bajos y mayores mantuvieron relativamente constante el porcentaje de ingreso gastado en medicamentos; mientras que en hogares de ingresos altos, con mayores y sin menores, el porcentaje de ingreso gastado en medicamentos aumentó.

Objetivo específico 3)

La equidad en el financiamiento de los medicamentos implica que todos los residentes que los necesiten deberían poder acceder a ellos, independientemente de su nivel de ingreso o lugar de residencia. Sin embargo, en Argentina hay una gran disparidad espacial tanto en la necesidad o demanda potencial de medicamentos, relacionada con variables socioeconómicas y demográficas, como en la oferta de bienes y servicios de salud (Tabla 4).

Con excepción de Misiones, en todas las provincias el sistema de financiamiento de medicamentos fue regresivo. La provincia de Chaco fue la que tuvo el sistema más regresivo ($IK = -0,255$). En Misiones, el índice tomó un valor muy cercano a cero ($IK = 0,006$) indicando que el esquema fue proporcional (i.e. la concentración de gastos es muy similar a la concentración de ingresos).

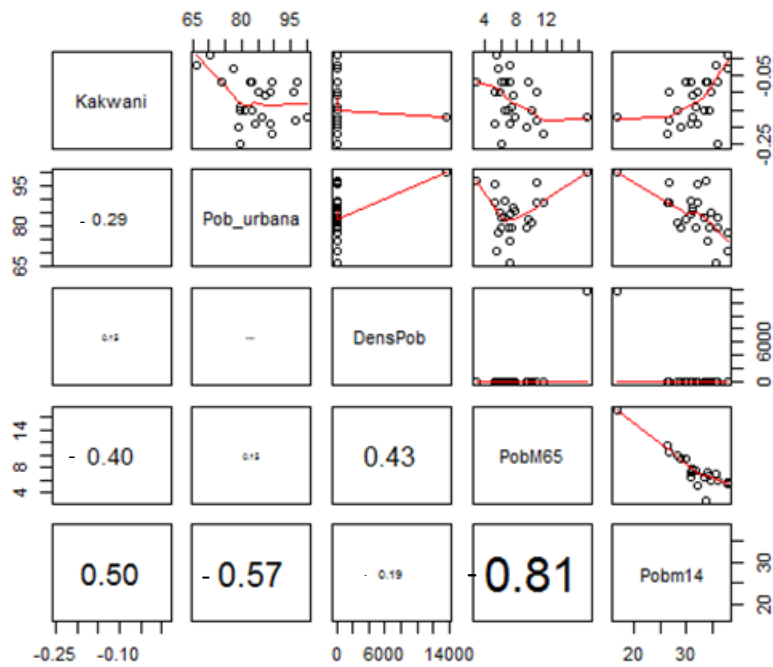
Tabla 4. Descripción de las variables explicativas

Variable	Promedio	Mínimo	Máximo
<i>Indicadores de oferta de bienes y servicios de salud</i>			
Laboratorio	14 provincias argentinas tenían laboratorio público en el año 2005: CABA; Bs.As; Córdoba; Entre Ríos; Formosa; La Pampa; Mendoza; Misiones; Río Negro; Salta; San Juan; San Luis; Santa Fe; Tucumán.		
Transferencia/hab. NBI	19	10 (Sta. Cruz)	37 (La Pampa)
Hospitales	5	1 (CABA)	12 (Catamarca)
CAPS	19	2 (CABA)	35 (Sgo del Estero)
<i>Indicadores demográficos</i>			
Mayores	7,7%	2,9% (T. del Fuego)	17,2% (CABA)
Menores	31,55%	16,9% (CABA)	37,% (Misiones)
Dens_Pob	7 ^(*)	0,8 hab/km ² (Sta. Cruz)	13680 hab/km ² (CABA)
Pob_urb	84%	66,1% (Sgo del Estero)	100% (CABA)
<i>Indicadores socioeconómicos</i>			
Cobertura	51%	34,2% (Formosa)	73,8% (CABA)
NBI	17,4%	7,1 % (CABA)	28,0% (Formosa)
Epidemio	6 provincias se encuentran en la categoría 1; 6 en la cat. 2; 11 en la cat. 3 y sólo 1 (Chaco) en la cat. 4		
Desempleo	14,2%	9,8% (Sta. Cruz)	19,1% (Bs.As)

^(*)Es la mediana en lugar del promedio, ya que la variable muestra una altísima variabilidad.

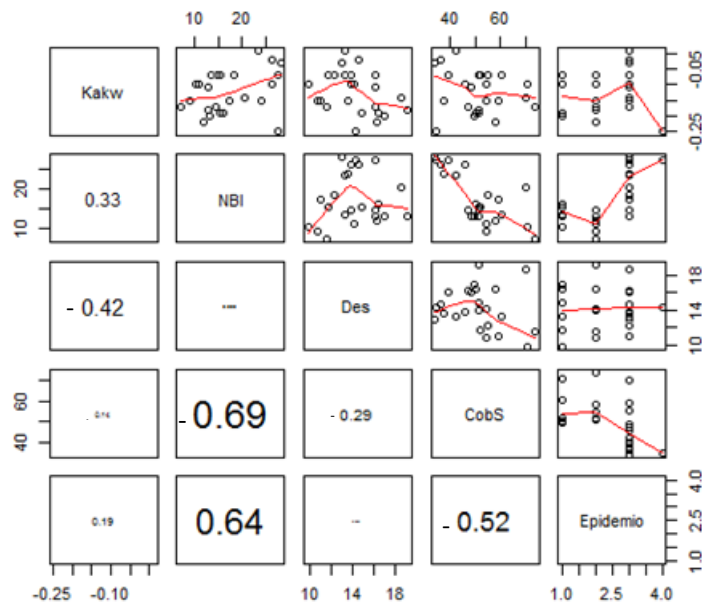
En las siguientes figuras (Figuras 18 - 20) presento las correlaciones de Spearman entre las variables explicativas. El tamaño de los coeficientes aumenta en relación a su significancia.

Figura 18. Correlaciones de Spearman entre variables explicativas demográficas



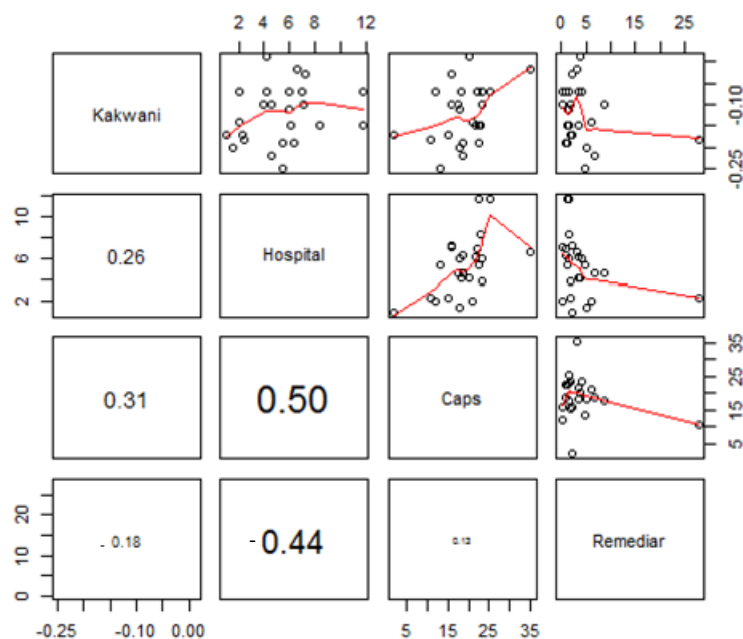
Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO 2005

Figura 19. Correlaciones de Spearman entre variables explicativas socioeconómicas.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO 2005

Figura 20. Correlaciones de Spearman entre variables explicativas de Oferta de bienes y servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a ENGHO 2005

Considerando estos coeficientes de correlación de Spearman, excluí de la estimación inicial del modelo de regresión las siguientes variables:

- Menor14: fuerte y negativamente correlacionada con Mayor65 (-0,81) y cobertura de salud (-0,62) y positivamente asociada a NBI (0,87).
- NBI: fuerte y negativamente asociada a cobertura de salud (-0,69) y población urbana (- 0,65) y positivamente asociada a menor 14 y perfil epidemiológico (0,64).
- Densidad de población: positivamente asociada a Remediar (0,84) y negativamente asociada a Hospital (-0,69).

El modelo de mejor ajuste obtenido en la QR según el criterio del AIC se presenta en la siguiente tabla (Tabla 5).

Tabla 5. Coeficientes estimados para la QR de mejor ajuste. Variable dependiente: IK

Variable	Pendiente	
	Signo	Magnitud
Intercepto	+	2,6 e-0,1
Laboratorio	+	1,1 e-0,1
Transferencia	+	5,3 e-0,9
Mayores	-	-1,7 e-0,2
Desocupación	-	3,0 e-0,2
Hospital	-	1,0 e-0,2
CAPS	+	7,9 e-0,3

El valor p del *Moran's I* dio un valor de 0.64, indicando que no se puede rechazar la hipótesis nula de no autocorrelación espacial.

Las pendientes de Laboratorio, CAPS y Transferencia de tratamientos indican que cuanto mayor es la oferta de bienes y servicios de salud pública en un territorio, mejor es la progresividad del sistema de financiamiento de medicamentos. Contrario a lo esperado, la relación entre Kakwani y Hospitales por habitante en una provincia dio negativa.

El único indicador socioeconómico que quedó en el modelo como variable regresora fue el porcentaje de desocupación y el signo de la asociación con el IK coincidió con el resultado esperado. Mayor nivel de desempleo implica menores ingresos y peores condiciones de vida, que se suelen relacionar con más enfermedad y por tanto necesidad gastar en medicamentos para restaurar la salud.

El indicador demográfico de porcentaje de mayores a 65 años tuvo un signo coincidente con el esperado. A mayor población adulta en una provincia, se encontró que es menor la equidad en el financiamiento de los medicamentos. Los adultos mayores son una población altamente demandante de medicamentos, mientras que el porcentaje de ingresos que perciben es bajo, al ser en gran parte pasivos en el mercado de trabajo.

Adicionalmente, como la población de mayores se asoció fuerte y negativamente con la población de menores, se puede asociar el porcentaje de menores con el IK y la relación sería positiva. Es decir, que un aumento en la población de menores implicaría un sistema de financiamiento más progresivo. A priori, se esperaba el resultado opuesto. En general hay más menores en los hogares más pobres (el coeficiente de correlación de Spearman entre NBI y menores fue de 0,87). Sin embargo, la relación positiva entre menores e IK podría explicarse argumentando que esta población está más "atendida" por programas públicos, disminuyendo el gasto de bolsillo de los hogares en medicamentos.

Síntesis de los resultados - Discusión

En términos generales, encontré consistencia en los resultados obtenidos en los diferentes abordajes de cada objetivo específico. Con respecto a los indicadores demográficos, encontré que hogares en los que vivían mayores de edad gastaron de bolsillo en medicamentos una mayor porción de sus ingresos (es un grupo de población altamente demandante de medicamentos). Por lo tanto, a mayor cantidad de adultos mayores, peores resultados mostró el índice de progresividad en el sistema. Por el contrario, tener menores a 14 años en el hogar disminuyó el porcentaje de ingreso gastado en medicamentos, aunque este grupo también es altamente demandante de medicamentos. Los resultados indican que mayor población de menores se asocia fuertemente a mayor pobreza (coef. de Spearman de 0,87) y menor cobertura de salud (-0,62). Estos dos indicadores suelen ser utilizados para focalizar el gasto público en salud y, por lo tanto, podría plantearse que esta población está más atendida por el sector público. Es decir que aunque es una población más demandante de medicamentos, los hogares más pobres o sin cobertura acceden a esos medicamentos a través del sistema público. De este modo, el efecto de tener más menores en el hogar o en la provincia mejora el indicador de progresividad en el sistema.

Con respecto a los indicadores socioeconómicos, una peor condición de pobreza, mayor desempleo y una peor distribución del ingreso mostraron hacer el esquema de gasto de bolsillo más regresivo, tanto temporal como espacialmente. Hogares o provincias con más población pobre y con mayor nivel de desempleo tienen peores resultados de salud (el coef. de Spearman entre pobreza y perfil epidemiológico es de 0,64), a la vez que menor capacidad de aseguramiento formal que participe en el financiamiento de los medicamentos (coef. de correlación de -0,69 entre pobreza y cobertura de salud). Del mismo modo, una distribución del ingreso más regresiva genera un esquema de pagos de bolsillo en medicamentos más regresivo, ya que los más pobres deben afrontar mayores gastos en medicamentos sin seguros que cofinancien, con enfermedades más prolongadas y con menores ingresos disponibles. Contrariamente, aumentos en el nivel de ingreso disminuyen el porcentaje del ingreso destinado a medicamentos para todos los hogares, cualquiera sean sus características demográficas. A niveles bajos de ingreso, la incertidumbre fue elevada, encontrando desde hogares que no gastaban en medicamentos hasta hogares que gastaban casi la totalidad de sus ingresos en medicamentos. A niveles más altos de ingresos se observó una mayor certidumbre respecto del bajo peso del gasto de bolsillo en medicamentos en relación al ingreso del hogar.

La intervención pública, ofreciendo bienes y servicios de salud y regulando el mercado de medicamentos, mostró tener un efecto positivo sobre la progresividad del gasto de bolsillo en medicamentos. Por un lado, la política nacional de medicamentos se orientó a

incrementar la competencia por precios en el mercado de medicamentos, y su efecto se observó en el aumento menor de los precios de los medicamentos respecto de los de la canasta básica de consumo de los hogares. Dado que los salarios suelen ajustarse utilizando esta canasta, un incremento del IPM menor al del IPC implica en el mediano plazo un aumento en la capacidad adquisitiva de los salarios en términos de medicamentos. Por otro lado, en 2002 se fortaleció la provisión gratuita de medicamentos a la población más pobre y sin cobertura a través del programa Remediar. Estos dos componentes de la política pública (precios y provisión gratuita) fueron capaces de compensar hacia el año 2005 el efecto negativo de los indicadores socioeconómicos sobre la progresividad en el esquema de pagos. La estructura provincial de la oferta de salud también tuvo un rol importante en la progresividad del gasto privado en medicamentos. Los resultados indican que una estructura con mayor peso de Centros de Atención primaria de la salud impacta positivamente en la progresividad del gasto de bolsillo en medicamentos. De igual manera, la provisión pública nacional a través de Remediar y la provincial a través de laboratorios estatales, tuvo como efecto la disminución del porcentaje de ingreso destinado al gasto en medicamentos del grupo de población más pobre, generando un sistema más progresivo.

Límites en los resultados encontrados

Los resultados encontrados presentan algunas limitaciones para responder a las preguntas de investigación planteadas, como señalo a continuación.

- La asociación encontrada entre variables socioeconómicas, demográficas y relacionadas con la intervención pública no implica causalidad. El método de regresión y los análisis de correlación permiten cuantificar el grado de asociación entre variables, pero la relación de causalidad es propuesta por el investigador en función del marco teórico.
- Las bases de datos utilizadas son incompletas y están desactualizadas. Por un lado, hay variables relevantes que no pude incluir en el análisis por no estar disponibles. Por ejemplo, la disponibilidad de cobertura de salud o la presencia de miembros enfermos en el hogar en el caso del objetivo 2. Para suplir la falta de datos, tuve que hacer supuestos fuertes proponiendo, por ejemplo, que hogares con niños o con adultos mayores tienen mayor probabilidad de tener personas que requieren medicamentos en el hogar. Por otro lado, la última encuesta de hogares accesible y disponible fue la del año 2005 (se realizó otra en 2012 pero aún no está disponible). La breve descripción del contexto socioeconómico

argentino mostró que fue justamente en el año 2005 cuando se recuperaron los valores del producto bruto interno, pobreza y distribución del ingreso. Considerando la evolución posterior del contexto socioeconómico, esperarí que el análisis de la información del año 2012 muestre resultados aún más concluyentes.

- Otro supuesto fuerte que asumí fue que el gasto en medicamentos conllevó mayor acceso y utilización racional. Sin embargo, gastar no necesariamente implica utilizar, y además el uso no siempre es racional. La encuesta de Utilización y Gastos en servicios de salud realizada por el Ministerio de Salud de la Nación releva la información acerca de situación de enfermedad y, por lo tanto, de necesidad de gastar en medicamentos. Decidí no usar esta información porque se relevó en los años 2003 y 2005 (también en 2010, pero aún no está disponible), ambos años posteriores a la crisis sanitaria y al cambio en el modelo económico.

CONCLUSIONES

La salud, como componente del capital humano, es un determinante del desarrollo de los países. Por lo tanto, promover el acceso a la salud es una política del Estado orientada a mejorar la distribución de oportunidades y también la eficiencia productiva. Los medicamentos son bienes importantes dentro de la política de salud, ya que ayudan a restablecerla en casos de enfermedad y a mejorar la calidad de vida en casos de deterioro. En este sentido, ampliar el acceso a los medicamentos, que suele estar limitado por barreras económicas, legales, culturales o geográficas, es un pilar importante dentro de las políticas de salud.

El acceso a los medicamentos depende fundamentalmente del ingreso, los precios y del modelo de organización del sistema de salud, que delimita el rol del sector público en esta área y las barreras económicas que suponen los esquemas de copagos. Este trabajo demostró que existen importantes asociaciones entre las dimensiones socioeconómicas y la progresividad del financiamiento de los medicamentos en Argentina y, por lo tanto, con su equidad. Acciones orientadas a modificar estas dimensiones tienen consecuencias sobre el acceso, que producen mejoras en el estado de salud de la población y, consecuentemente, impactan de manera positiva sobre la productividad y el desarrollo económico (ver Figura 2; Barghava y otros 2001, Bloom & Canning 2000, Bloom y otros 2004, Sen 2001, Weil 2007). Por el contrario, como indica la literatura (Whitehead y otros 2001), bajos ingresos, instituciones débiles, infraestructura y provisión de servicios insuficientes, redundan en respuestas sociales más regresivas a las necesidades sanitarias y, por tanto, empeoran las condiciones de vida y limitan las condiciones de oportunidad del desarrollo.

Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de que el Estado debe tener un rol fuertemente interventor para alcanzar mayores niveles de equidad en el financiamiento de los medicamentos. La desregulación del mercado no necesariamente se traducirá en mayor competencia, menores precios y más eficiencia (ISALUD 1999, Bisang & Maceira 1999, Homedes y otros 2005), y la falta de provisión pública limita el acceso a los más pobres (Tobar 2001, Wagstaff & van Doorslaer 1998), a los que residen en áreas menos urbanizadas o de baja densidad de población, etc. Por lo tanto, mercantilizar la salud (e.g. privatizar, desregular) incrementa la regresividad en el financiamiento de los medicamentos, generando peores condiciones de acceso a bienes y servicios sanitarios, empeorando las condiciones de salud de la población y limitando el desarrollo económico.

Los factores demográficos también influyen fuertemente en la equidad del esquema de pagos y deben ser considerados en el diseño de los sistemas de protección social. Poblaciones muy envejecidas o con gran porción de niños en sus estructuras etáreas, tendrán esquemas de financiamiento inequitativos, ya que tienen mayor proporción de población que es pasiva (i.e.

no generadora de ingresos) y a la vez muy demandante de medicamentos. A la vez, la estructura demográfica de la población se relaciona fuertemente con el nivel de desarrollo de los países: a mayor desarrollo, mayor es la esperanza de vida, menores las tasas de mortalidad y natalidad. Es decir que a mayor desarrollo, la población estará más envejecida. Por eso, para lograr mayor acceso a los medicamentos por parte de la población que más lo necesita y un financiamiento más equitativo, el sistema de protección debe diseñarse considerando la fase de la transición demográfica en la que se encuentre el país.

En el año 2001, Argentina atravesaba una de las mayores crisis de su historia y en 2002 se declaraba la emergencia sanitaria. Los cambios en el contexto macroeconómico global y en el modelo implementado, que implicó revisar el rol del Estado, tuvieron como resultado la salida de la recesión (e.g. mayor crecimiento económico y empleo). En el mercado de medicamentos, el cambio del rol del Estado se manifestó en la Política nacional de medicamentos, que planteaba la necesidad de regular, promover la competencia por precios, brindar información y ampliar la provisión gratuita. Como resultado de los cambios en la intervención pública y en las variables socioeconómicas, observamos la tendencia hacia un escenario con mayor equidad en el financiamiento de los medicamentos. Es de esperar que los datos de la ENGHO 2012 muestren una mejoría aún más marcada. En este contexto, es importante que el Estado continúe interviniendo en el mercado de medicamentos. Adicionalmente, se recomienda estructurar el sistema de salud orientado a la prevención, que está probado es más costo efectiva y seguir interviniendo en otras áreas vinculadas con el estado de salud y los determinantes del financiamiento, como son las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios básicos (e.g. agua potable), la nutrición y los hábitos alimentarios, la educación, el acceso al trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña CH. & Chudnovsky M., (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Documento de Trabajo nº 60, CEDI, Buenos Aires, Argentina.
- Apella I., (2006). *Acceso a medicamentos y producción pública. El caso Argentino*. Documentos del Cedes 2006/26.
- Apella I., (2009). *Gasto de bolsillo en salud e impacto financiero sobre los adultos mayores en argentina*. Anales de Asociación argentina de economía política. XLIV Reunión Anual.
- Arrow K., (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic review. Vol 53 (5): 941:973.
- Banco Interamericano de Desarrollo, (2002). Encuesta *Impacto social de la crisis en Argentina*. Disponible en https://www.bancomundial.org.ar/inf_esp.htm
- Banco Mundial, (1993). *Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Banco Mundial. Washington DC. Disponible en <http://www-wds.worldbank.org/>
- Barbieri NC., de la Puente C., Terragona S., (2002). *La equidad en el gasto público en salud*. Instituto de Investigaciones de la Maestría en Finanzas públicas provinciales y municipales. (Serie de Estudios en Finanzas públicas N° 9). Disponible online en <https://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/mfinpub/estufp9.pdf>
- Barghava A., Jamison DT., Lau L., Murray ChJL., (2001). *Modeling the effects of health on economic growth*. Health Economics, vol 20.
- Barri H., (2007). *Prevención de los problemas mayoritarios de la población y uso racional de medicamentos*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Bertranou F., (1999). *Moral Hazards and prices in Argentina's health Market*. Reunión de la AAEP Meeting. Disponible en <http://www.aaep.org.ar/anales/works/works1999/bertranou.pdf>
- Bertranou J., (2001). *El desempeño del gobierno. Análisis de los aportes a la definición teórica de los conceptos*. Revista Política y Gestión, Vol. 2, Buenos Aires.
- Bisang R. & Cetrángolo O., (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. Serie Reformas de Política Pública 47, CEPAL, Santiago de Chile, 1997
- Bisang R. & Maceira D., (1999). *Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral*, LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento.
- Bloom D. & Canning D., (2000). *The Health and Wealth of nations*. Science 18, Vol. 287 .
- Bloom D., Canning D. & Sevilla J., (2004). *The effect of Health on Economic Growth: a production function approach*. World Development Vol. 32, nº 1, pp. 1-13.
- Bowles S. & Gintis H., (1998). *Efficient Redistribution: New Rules for Markets, States, and Communities*. Dept. of Economics UM. Disponible en <http://www.umass.edu/preferen/gintis/efficient.pdf>

Bresser Pereira LC., (1998). *La reforma del Estado en los '90. Lógica y mecanismos de control*. Desarrollo Económico, vol 38. N°150.

Briner A. & Aloia C., (2012). *Sistema de Salud en Argentina: evidencias recientes de su fragmentación y vigencia de asimetrías*. IV Congreso Anual de AEDA.

Cade BS. & Richards JD., (2005). User manual for blossom statistical soft-ware. U.S. Geological Survey Open-File Report 2005-1353. 124 pp. <http://www.fort.usgs.gov/products/publications/pubabstract.asp?PubID=21536>

Callejón M. & Rubio V., (1990). *Los medicamentos en España: mercado único y utilidad social*. Economía industrial, 274: 191-206.

Carnota WF., (2011). *El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino*. Revista Jurídica Vol 15: 418-442.

Cetrángolo O. & Devoto F., (2002). *Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Presentación realizada en el taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", Toronto.

Cortes R. & Marshall A., (1999). *Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social en los '90*. Desarrollo económico, vol 39, n° 154

Crawley MJ., (2007). *The R Book*. John Wiley & Sons Ltd, England.

Falbo R., (2003). *Estudio sobre el Gasto en medicamentos en Argentina*. Ministerio de Salud. Programa de Reforma de Atención primaria de la salud.

Falbo R. & Vasallo C., (2007). Estructura de la oferta y política de medicamentos. Cap IV en Política de Medicamentos en la Argentina. Ministerio de Salud, Comisión Nacional Salud Investiga.

Ferreres OJ., (2010). *Dos Siglos de Economía argentina*. Ed. Fundación Norte y Sur. Buenos Aires.

Fontela M., (2007) *Utilización del nombre genérico de los medicamentos*. Cap. I en Política de Medicamentos en la Argentina. Ministerio de Salud, Comisión Nacional Salud Investiga.

Gogna M., (2004). *Las reformas en el sector salud en Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires, CEDES.

Gonzalez García G., (2002). *El acceso a los medicamentos esenciales en el contexto de crisis: lecciones sobre el caso Argentino*. Conferencia inaugural de la sección de Acceso a Medicamentos en la 55 Conferencia Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Grindle M., (1992). *Restricciones políticas en la implementación de programas sociales: la experiencia latinoamericana*. En Kliksberg, B. (comp.) *¿Cómo enfrentar la pobreza?*, GEL/CLAD, Buenos Aires.

Guerrero Amparán JP., (1995). *La evaluación de políticas públicas: enfoques teóricos y realidades en nueve países desarrollados*, Gestión y Política Pública, Vol. IV, N° 1, México, primer semestre.

Homedes N., Ugalde A. & Rovira Forns J., (2005). *The World Bank, Pharmaceutical Policies and Health Reforms in Latin America*. International Journal of Health Services 20(4):691-717

Hsiao WC., (1995). *Abnormal economics in the health sector*. Health policy 32: 125-139 Infoleg <http://www.infoleg.gov.ar/>

ISALUD, (1999). *El Mercado de medicamentos en la Argentina*. Serie Estudios de la Economía Real, nº 13. Disponible en <http://www.isalud.org/documentacion/Trabajodemedicamentos.pdf>

Johnson JB & Omland K., (2004). Model selection in ecology and evolution. Trends in Ecology and Evolution, 19(2).

Katz JM.; Burachik G.; Brodovsky J. & Queiroz S., (1997). *Apertura económica y desregulación en el mercado de medicamentos*. CEPAL/IDRC, Alianza Editorial.

Koenker R., (2011). *quantreg: Quantile regression*. R package version 4.76. <http://CRAN.Rproject.org/package=quantreg>

Levcovich M., (2001). *Estimaciones del gasto y financiamiento del sector Salud en Argentina. Año 1997 y proyecciones*. Disponible en <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/EstimacionesGSArgentina1997.pdf>

Linares Pérez N. & López Arellano O., (2008). *La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*. Medicina Social Volumen 3, número 3.

Lindblom C., (1992). *La ciencia de 'salir del paso'*. En Aguilar Villanueva, L. (compilador). La Hechura de las Políticas, Miguel Angel Porrua, México.

Maceira D., (2002). *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Serie Seminarios Salud y Política pública, CEDES.

Maceira D., (2005). *Focalización y aprendizaje en un programa argentino de distribución de medicamentos*. Serie Nuevos Documentos Cedes 50/2008, Buenos Aires, CEDES. Disponible online en http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.htm

Maceira D., Apella I. & Barbieri E., (2005). *Análisis del Programa REMEDIAR. Notas sobre evaluación y seguimiento*. Nota técnica BID.

Maceira D., (2008). *Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino*. Serie Nuevos Documentos Cedes 39/2008, Buenos Aires, CEDES. Disponible online en http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.htm

Maceira D., (2010). *Financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud en Argentina*. Disponible online en <http://danielmaceira.com.ar>

Maceira D. & Reynoso A., (2010). *Gasto financieramente catastrófico y empobrecedor en salud. Argentina 1997-2005*. Disponible online en <http://danielmaceira.com.ar>

Maceira D., Alonso V., Benito K., Crojethovich M., Gaglio R., Gahr G., Meza V. & Keller E., (2010). *Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos*. Disponible online en <http://danielmaceira.com.ar>

Majone G., (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*, Fondo de Cultura Económica, México.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, (2004). *Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007*

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, (2004a). *Boletín Remediar* Nro. 11. Publicación Remediar.

Mittal HV., (2011). *R Graphs Cookbook*. Packt Publishing, Open source community experience distilled. Birmingham - Mumbai.

Molina Salazar RE., Rivas Vilchis JF., Román Ramos R., (2003). *Industria farmacéutica mundial: principales características*. En Políticas farmacéuticas y estudios de utilización de medicamentos en Latinoamérica. Rivas Vilchis JF & Molina Salazar RE Editores Universidad Autónoma Metropolitana Itztapalapa.

Murray CJL, Govindaraj R, Musgrove P., (1994). *National health expenditures: a global analysis*. En Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Murray CH., Xu K., Klavus J., Kawabata K., Hanvoravongchai P., Zeramdini R., Aguilar Rivera AM. & Evans D., (2003). *Assessing the distribution of household financial contributions on the health system: concepts and empirical application*. Capítulo 38 en: Health Systems performance assessment: debates, methods and empiricism. World Health Organization.

Nirenberg O., (2000). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*, Paidós, Buenos Aires.

Oglietti GC., (2008). *Demanda y Crecimiento Económico*. Capítulo IV. UAB. <http://ddd.uab.cat/record/38133>

Olivié Aldasoro I., (2002). *Globalización financiera y crisis en Economías emergentes: análisis teórico y Estudio de los casos de México (1994) y Corea Del sur (1997)*. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://eprints.ucm.es/tesis/cee/ucm-t26113.pdf>

Oszlak O., (1997). *Estado y Sociedad, ¿Nuevas reglas de juego?* Revista de CLAD nº 9, Caracas.

Paradis E., Claude J. & Strimmer K., (2004). APE: Analyses of phylogenetics and evolution in R language. *Bioinformatics*, 20, 289–290.

Pindyck RS. & Rubinfeld DL., (2000). *Microeconomía*. 5ta edición. Editorial Prentice-Hall.

Rangel TF., Felizola Diniz-Filho JA. & Bini LM., (2006). Towards an integrated computational tool for spatial analysis in macroecology and biogeography. *Global Ecology and Biogeography*, 15, 321–327.

Remediar, (2006). *El programa REMEDIAR. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Rodriguez Enriquez C., (2000). *Indicadores de precariedad laboral como estimación de la zona de vulnerabilidad social*. Documento de trabajo N° 27, CIEPP. Disponible en www.ciepp.org.ar

Sen A., (2001). *¿Por qué la equidad en salud?* Discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido.

Simon J., (1998). *Is Population Growth a Drag on Development?* En J. Dorn y A. Walters (comp.). *The Revolution in Development Economics*, ed. Cato Institute. <http://www.juliansimon.com/writings/Articles/CATONEW.txt>

Spinelli H., Uruqía M., Bargalló ML. & Alazraqui M., (2002). *Equidad en salud. Teoría y praxis*. Seminarios de Salud y política pública. Centro de estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Stiglitz J., (2000). *La economía del sector público*. Antoni Bosch Editor.

Subirats J., (1994). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas.

Tamayo Sáez M., (1997). *El análisis de las políticas públicas*. En Bañón, R. y Carrillo, E. (compiladores). *La nueva Administración Pública*, Alianza Universidad, Madrid.

Terragona S. & De la Puente C., (2003). *La política nacional de medicamentos. ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?* Unidad de análisis económico en Salud, MSAL.

Tobar F., (2001). *Breve historia de la prestación de servicios de salud en Argentina*. Disponible en www.federicotobar.com.ar

Tobar F., (2002). *Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. Serie Seminarios de Salud y Políticas públicas. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Tobar F. & Godoy Garraza L., (2003). *Un vademécum necesario: alternativas en la formulación de políticas de medicamentos*. *Gestión en Salud*. Año2 - N° 5.

Tobar F. & Godoy Garraza L., (2003a). *Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Notas desde el caso argentino*. En Políticas farmacéuticas y estudios de utilización de medicamentos en Latinoamérica. Rivas Vilchis JF & Molina Salazar RE Editores Universidad Autónoma Metropolitana Itztapalapa.

Tobar F., (2004). *Políticas para promoción del acceso a los medicamentos: El caso del programa REMEDIAR de Argentina*. Nota técnica de discusión de salud 02/2004. Banco Interamericano de Desarrollo. División políticas sociales. Departamento de desarrollo sostenible. Washington DC.

Tobar F., (2004a). *Estrategias económicas y financiamiento del medicamento*. Capítulo del libro Bermúdez J., Oliveira MA & Esher A (Organizadores): *Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*. Río de Janeiro, Editora ENSP, pag 103-138.

Tobar F. & Sánchez D., (2005). *El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del Mercosur*. CeALCI 07/05. Fundación Carolina.

Tobar F., Montiel L., Falbo R., Drake I., (2006). *La Red pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina*. Informe de investigación realizado como subsidio para la discusión y formulación de una Política Nacional de APS. Buenos Aires. Disponible en www.federicotobar.com.ar

Tobar F., (2008). *Política de medicamentos en América Latina y el Caribe*. Fundación Salud y

Fármacos, Buenos Aires 2007.

Tobar F., (2009). *Historia de la demanda de salud*. Revista Médicos

Velázquez G., (1999). *Farmacoeconomía: ¿evaluación científica o estrategia comercial?* Panamerican Journal of Public health 5(1).

Wagstaff A. & van Doorslaer E., (1998). *Equity in health care finance and delivery*. Capítulo del libro Culyerand AJ & Newhouse JP: North Holland Handbook of Health economics (eds).

Wagstaff A., (2002). *Poverty and health sector inequalities*. Bulletin of the World Health Organization 80: 97-105

Weil D., (2007). *Accounting for the effect of health on economic growth*. The Quarterly Journal of Economics, MIT Press, vol 122 (3): 1265-1306

Whitehead M., (1992). *The concepts and principles of equity and health*. International Journal of Health services 22: 429-45.

Whitehead M., Dahlgren G. & Evans T., (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? The Lancet 358: 833–36.

Williamson J., (1990). *Latin American adjustment: how much has happened?* Washington DC, Institute for International Economics.

Xu K., Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, (2003). *Household catastrophic health expenditure: a multycountry anaylis*. The Lancet, Vol 362.