

Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina

Federico Tobar

Nota técnica de discusión de salud 002/2004

Banco Interamericano de Desarrollo
Departamento de Desarrollo Sostenible
División de Programas Sociales
Washington D.C.
Enero 2004

Federico Tobar es sociólogo, master en administración pública de la Fundación Getulo Vays (RJ/Brasil) y doctor en ciencias políticas de la universidad de Buenos Aires, Coordinador de Investigaciones y de Post-Grado de la Fundación ISALUD. Actualmente es Coordinador del Programa REMEDIAR del Ministerio de Salud de Argentina. El documento recibió e incorporó los comentarios de Alfredo Solari y André Medici (SDS/SOC).

Este informe se publica con el único objeto de contribuir al debate sobre un tema de importancia para los países de la región. Su publicación por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. No representa la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo.

Prólogo

El acceso de la población a los medicamentos esenciales para la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades constituye uno de los mayores desafíos para los gobiernos de los países en desarrollo. Las previsiones de los organismos internacionales muestran que, sin mayores esfuerzos técnicos y financieros a ser emprendidos en los próximos años, estos problemas se agravarán, ya que las brechas en el acceso a medicamentos esenciales entre ricos y pobres siguen aumentando.

En la experiencia reciente de América Latina y el Caribe, algunos esfuerzos han logrado buenos resultados en ampliar el acceso, cobertura y eficiencia en los procesos de compra y distribución de medicamentos. Entre estas experiencias, se destaca el Programa REMEDIAR, implementado por el Ministerio de Salud de Argentina, desde el año 2002.

La concepción, desarrollo e implementación del Programa REMEDIAR fueron financiados por una operación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) como respuesta a la crisis económica y social que el país atravesó durante el período 2002-2003, especialmente en lo que se refiere a puesta en marcha de la Emergencia Sanitaria: un conjunto de medidas tomadas por el Ministerio de Salud de la Nación para combatir la pobreza y ampliar el acceso de la población, especialmente los pobres e indigentes, a los servicios de salud y a medicamentos esenciales.

Como el lector podrá leer en este artículo, el Programa REMEDIAR ha sido exitoso en función de un conjunto de medidas básicas que combinan auto-focalización del gasto, compras eficientes, distribución equitativa y oportuna de los medicamentos al nivel provincial y local, transparencia y control social. En esta perspectiva, es una buena experiencia que podrá contribuir para el diseño de futuros proyectos de salud que involucren la distribución de bienes públicos globales, como es el caso de medicamentos esenciales.

André Medici
Especialista Senior en Desarrollo Social
SDS/SOC – Banco Interamericano de Desarrollo

Índice

I. Política de Medicamentos en Argentina en los Años 90	1
II. El acceso a medicamentos como problema social emergente	6
III. Crisis político económica y el acceso a los medicamentos	10
IV. La Nueva Política Nacional de Medicamentos	13
V. La respuesta del Programa Remediar	15
VI. Evaluación del Programa Remediar	23
VII. Sustentabilidad y perspectivas de Remediar	29
VIII. Lecciones aprendidas	33
Bibliografía	35

Lista de siglas utilizadas

- ATC:**Anatomic Therapeutic Chemicals. Clasificación Anatómico Terapéutica de los medicamentos
- ANMAT:** Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.
- APS:** Atención Primaria de Salud, tal como fuera definida en Alma-Ata (URSS).
- BID o Banco:** Banco Interamericano de Desarrollo
- CAI:** Comisión Asesora Intersectorial
- CAPS:** Centro de Atención Primaria de la Salud.
- CCM:** Consejos Consultivos Municipales
- CCP:** Consejos Consultivos Provinciales
- CLS:** Consejos Locales de Salud
- COFESA:** Consejo Federal de Salud. Entidad Federal integrada por todos los ministros de salud de las provincias argentinas y comandada por el Ministro de Salud de la Nación. Fue instituida por Decreto Ley N° 22.373 en 1981.
- DDD:** Dosis Diaria Definida. Unidad común para medición de tratamientos medicamentosos.
- EGH:** Encuesta de Gastos y Hogares
- FDA:** Food and Drugs Administration. Ente regulador de medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica.
- GATT:** General Agreement on Trade and Tariffs
- INDEC:** Instituto de Datos, Estadísticas y Censos
- INPI:** Instituto Nacional de Propiedad Intelectual
- ISALUD:** Fundación Instituto de Salud y Desarrollo
- MSN:** Ministerio de Salud de la Nación
- OL:** Operador Logístico
- OMC:** Organización Mundial del Comercio
- ONG:** Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro
- OSC:** Organizaciones de la sociedad civil
- OTC:** *Over the Trade Control*. Es la designación internacional para los productos medicinales de venta libre, es decir que no requieren receta.
- PMOE:** Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Es el listado de prestaciones y beneficios que las entidades de seguros de salud reguladas por el gobierno de la Nación Argentina (Obras Sociales y empresas de medicina prepaga)
- POA:** Plan Operativo Anual
- PROAPS:** Programa de Atención Primaria de Salud
- RCSD:** Red de Control Social Directo
- REM:** Registro de Especialidades Medicinales
- SIEMPRO:** Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales, se trata de un programa con financiamiento externo involucrado dentro de la cartera de Emergencia Social que obtuvo financiación del BID en 2003.
- TRIPS:** Tratados de acuerdo sobre propiedad intelectual.
- Vademecun:** Listado de medicamentos que responde a un determinado criterio de selección racional. En el caso de Remediar se trata del conjunto de productos incluidos en los diferentes modelos de botiquines adquiridos y distribuidos por el programa.

UEC: Unidad Ejecutora Central

UEP: Unidad Ejecutora Provincial

UFI: Unidad Coordinadora de Proyectos con financiamiento internacional del Ministerio de Salud de la Nación

I. Política de medicamentos en Argentina en los años 90

Ejes de la formulación de políticas de medicamentos

Las opciones que involucra la formulación de políticas de medicamentos podrían ser representadas a través de un triángulo en cuyos vértices se ubican la política industrial, la política de ciencia y tecnología y la política sanitaria¹.

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

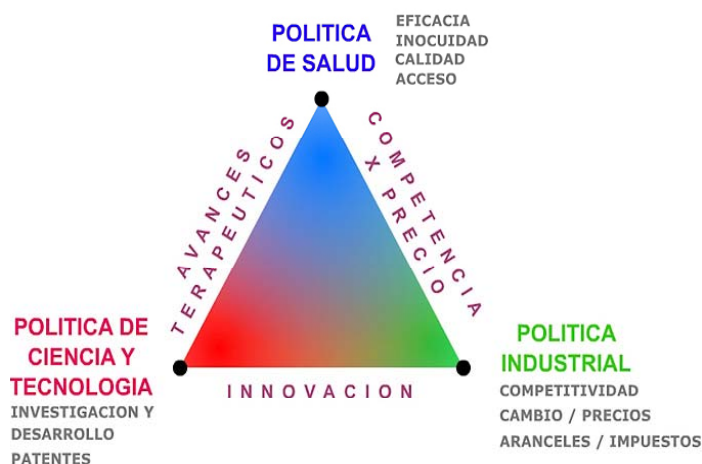
Desde la perspectiva de la política de ciencia y técnica la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo. Los gobiernos nacionales y locales utilizan para ello diferentes herramientas de fomento a la innovación, tales como subsidios

directos e indirectos, la protección de patentes, el desarrollo de programas de cooperación entre universidad y empresas, etc.

Aún desde la perspectiva de la política sanitaria la problemática no se limita a velar por el acceso de la población a los medicamentos. Hay también toda una compleja área de fiscalización y vigilancia que involucra la garantía y el control de calidad de los productos, la seguridad de su efecto terapéutico y la farmacovigilancia en su conjunto. Algunos países están avanzando en la incorporación de una evaluación económica para habilitar la comercialización de un producto, aunque hasta ahora el uso regulatorio de la farmacología económica se ha limitado a la selección de medicamentos para su financiación colectiva.

A su vez, los lados del triángulo representan los nexos entre la formulación de políticas centrada en las diferentes prioridades. La preocupación sanitaria por el acceso comparte con la política industrial la promoción de la competencia vía

Recuadro 1. Ejes de formulación políticas de Medicamentos



Fuente: En base a TOBAR, Federico (2002). "Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. *Boletines Fármacos*. Volumen 5, número 3, julio 2002.

¹ Tobar, Federico. "Las políticas de medicamentos y el problema del acceso" (editorial) en *Boletín Fármacos*. 2002.

precios y con la política de ciencia y técnica la preocupación por promover avances terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la cali-

dad. Generalmente uno de los lados de este triángulo resulta más amplio que los otros. La imagen de una política de medicamentos integrada es solo un objetivo a perseguir que no debe inhibir la formulación de políticas.

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

Evolución de las prioridades de las Políticas de Medicamentos en América Latina

Un breve revisión histórica de las políticas puede resultar ilustrativa del modelo analítico propuesto. Tradicionalmente las autoridades sanitarias asumieron la responsabilidad del registro y habilitación de productos aunque con un criterio sesgado a la seguridad del producto, a su inocuidad más que a la efectividad. Por otro lado, la regulación sanitaria tradicional no priorizaba el acceso ni el uso racional de los productos.

Durante los setenta y ochenta América Latina no siguió un ritmo uniforme en la regulación. En algunos casos los gobiernos de base popular centraron su prioridad en el acceso y asumieron criterios intervencionistas, fijando precios máximos, avanzando en la producción pública o subsidiando productos seleccionados para que su precio de venta al público resulte más accesible. Medidas similares consiguieron fortalecer la capacidad reguladora del mercado en los países con estabilidad institucional, pero en la América Latina de aquella época resultaba muy sencillo para las empresas evadir las reglas de juego que los frágiles

gobiernos de los países de la región pretendían imponerle.

En los noventa las reglas de juego cambiaron de forma radical y homogénea. Como ocurrió con el resto de los mercados, la receta para los medicamentos fue desregular y minimizar las intervenciones del Estado. El resultado fue que se perdió casi por completo la perspectiva del medicamento como bien social y se lo pasó a considerar como un bien de consumo más. Al mismo tiempo, las autoridades de salud perdían poder decisorio sobre la regulación y la conducción pasaba a manos de las autoridades económicas.

Sin embargo, no se demostró la capacidad de producción pública. Incluso en Brasil donde se expandió en cantidad y calidad la red de laboratorios públicos desde fines de los años '90, la producción pública fue utilizada como una herramienta regulatoria.

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

La política de medicamentos en Argentina en los noventa

Argentina constituyó un ejemplo extremo de la formulación de políticas de medicamentos desde el vértice económico del triángulo anteriormente presentado. Por un lado, se produce un desplazamiento del poder regulatorio desde las autoridades sanitarias hacia las económicas. Por el otro, la regulación del mercado se limita a un conjunto de

medidas que operan exclusivamente sobre la oferta. En otros términos se reglamentó y agilizó el Registro de Especialidades Medicinales (REM), lo cual involucra cambios sobre las condiciones de ingreso al mercado. Sin embargo, no se fijaron reglas para las compras públicas ni para los productos co-financiados por la seguridad social. Estas medidas que desregularon el mercado de medicamentos no se produjeron de forma aislada sino en el marco (o mejor dicho desde el paradigma) de una visión y un complejo recetario de medidas de largo, mediano y corto plazo².

La política desregulatoria del mercado argentino de medicamentos implementada durante la década del noventa se centró en tres **componentes** básicos (Tabla 1): I) Liberación de precios, II) Reducción de barreras de ingreso al mercado, y III) Control de calidad y armonización de normas.

El fundamento y significado de los tres **componentes** es el siguiente:

- I. *Competencia por precios*: El gobierno esperaba que la libertad de precios y contratación generara competencia, reestructuración y baja de precios. Esto representa un giro importante sobre el modelo intervencionista que rigió durante los años anteriores que con mucha frecuencia estableció precios máximos y fijó de forma unilateral la desindexación del mercado.
- II. *Reducción de barreras de ingreso al mercado*: La idea central postulaba que se promueve la competencia agilizando e incentivando la oferta (más productos y vendedores) y la demanda (habilitando a más compradores). Además, esta reducción de barreras de ingreso involucra necesariamente la apertura al mercado internacional.
- III. *Control de calidad y armonización de normas*: El contexto globalizador impuso un conjunto de medidas relacionadas con la circulación internacional de los productos que fueron establecidas por acuerdos internacionales y fomentadas a través de un conjunto de encuentros.

² Rojo, P. & Canosa, A "El Programa de desregulación del Gobierno argentino", Boletín Informativo Techint N° 269, enero - marzo 1992.

La competencia por precios se estableció a través de tres **medidas**, por un lado la liberación tanto del precio final de los productos como de los procesos de formación de los mismos. En segundo lugar, se intentó promover la competencia de los productos a través de la utilización de los mismos por su nombre genérico, buscando, de esta manera evitar la fijación de precios monopólica que preserva la utilización de los productos exclusivamente por su nombre comercial. La tercer medida consiste en el congelamiento de precios pero no por determinación unilateral del gobierno sino como resultado de un acuerdo entre los distintos laboratorios oferentes.

Las medidas para reducir barreras de ingreso al mercado consisten en facilitar y automatizar el ingreso de nuevos productos, así como el blanqueo de la habilitación de aquellos que ya circulaban en el mercado. Para incorporar nuevos oferentes se autorizó la venta de productos sin receta (comúnmente designados por la sigla OTC, del inglés *Over the Trade Control*) fuera de farmacias (en particular en Supermercados y otros comercios minoristas). Para ampliar la demanda se habilitó no solo a los intermediarios sino también a los compradores institucionales (hospitales y seguros de salud) y minoristas (farmacias) para importar directamente productos.

El fortalecimiento del control de calidad y la armonización de normas involucro leyes como la de patentes y la creación de entidades como INPI (Instituto Nacional de Propiedad Intelectual) y ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología). Por un lado, con la premisa de avanzar hacia controles de calidad de producción más rigurosos se han incorporado un conjunto de normas de garantía, control y fiscalización por la cual todos los países siguen los modelos de los países centrales. Argentina fue más allá que el resto de los países de la región al incorporar de forma pionera el ANMAT, un ente regulador autónomo y ágil con funciones que emulan a las de la FDA (Foods and Drugs Administrations). Por otro lado, en el marco de tratados de acuerdo sobre propiedad intelectual (TRIPS), se impuso la protección de la propiedad intelectual de las firmas (generalmente internacionales) que innovan y desarrollan productos.

Tabla 1 Principales componentes, medidas e instrumentos de la política de Medicamentos Argentina en la década del 90

Componente	Medida	Instrumento
I. Competencia por precios	Liberación Promoción de competencia por precios Acuerdos con la industria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desregula tanto el precio final del producto como el proceso de fijación de precios. ▪ Obligatoriedad del uso del nombre genérico. ▪ Congelamiento voluntario de precios a partir del 93
II. Reducción de barreras de ingreso al mercado	Nuevos productos Nuevos vendedores Nuevos compradores Reducción de trabas a la importación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro automático de todos los productos que ya circulaban en el mercado. ▪ Plazos límites al gobierno para autorizaciones ▪ Autorización para la venta de OTC fuera de farmacias. ▪ Habilitación para importación de medicamentos a los laboratorios, farmacias, droguerías, hospitales públicos y privados y obras sociales, ▪ Liberación de franquicias de importación ▪ Plazos límites al gobierno para autorizaciones
III. Control de calidad y armonización de normas	Protección de la propiedad intelectual (TRIPS) Creación de un ente regulador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se establece protección patentaria durante 20 años para productos y procesos. ▪ Se establece período de transición (entre 1995 y 2000) para solicitud de patentes. Durante la transición se otorga derechos exclusivos de comercialización hasta que se otorgue o deniegue la patente. Vencido el plazo de transición el aludido decreto autoriza a terceros que están haciendo uso del invento sin autorización del titular a continuar con la explotación abonando una retribución. ▪ ANMAT centrado en garantizar seguridad, inocuidad y calidad de los productos. Con la función de extender, vigilar y revocar certificados de registro y habilitación.

1 Fuente: elabObras

en propia en base a Decretos 908/91, 2.284/91, 150/92; 1890/92; 177/93 y su reglamentación por Resolución conjunta 470/92 y 268/92 de los Ministerios de Economía,

Por último, para promover la apertura al mercado internacional se liberaron las franquicias y la agilización de las autorizaciones para ser importador.

A nivel **instrumental** la desregulación del mercado farmacéutico en Argentina se inició a fines de 1991 con el decreto 2.284 que, entre otras medidas, autorizó la venta de medicamentos sin receta fuera de las farmacias, facilitó la habilitación de nuevas oficinas de farmacia comercial, la importación de medicamentos elaborados y redujo los aranceles.

Las medidas más significativas de política de medicamentos de los noventa surgieron en inicios de 1992 a través del decreto 150 y su correspondiente reglamentación. En primer lugar, el decreto redujo barreras de ingreso al mercado agilizando y automatizando el registro de nuevos productos. En segundo lugar, buscó impulsar la utilización del nombre genérico, aunque la reglamentación posterior atenuó mucho este impulso. El decreto hace obligatoria la presencia del mismo en todos los productos, propone la prescripción según dicho nombre e impulsa un listado terapéutico que permite establecer la equivalencia entre el genérico y la especialidad medicinal. Sin embargo, la reglamentación posterior terminó usando el subterfugio de la doble firma del médico en el caso de recetar marcas de fantasía³.

Aunque la ley de patentes presenta alguna peculiaridad en Argentina, su contenidos e historia no difieren mucho de los de otros países. Después de diversas iniciativas realizadas a fines de la década de los años setenta, los países desarrollados lograron incluir, por primera vez, el tema de los derechos de propiedad intelectual en la Ronda Uruguay del General Agreement on Trade and Tariffs (GATT) iniciada en 1986. Además de negociarse la reducción de las barreras al comercio y el libre acceso a los mercados, se incluyó un grupo específico de negociación relacionada con este tema. Su incorporación en la agenda de la Ronda Uruguay implicó reconocer que la falta de una adecuada y suficiente protección a los derechos de la propiedad intelectual generaba un subsidio encu-

bierto a las empresas de los países que sostenían políticas de desprotección en la materia.

Ese proceso culminó con el Tratado de TRIPS-GATT de abril de 1994, denominado Acuerdo Multilateral de Marrakesh, que fue refrendado por Argentina mediante la Ley 24425 de diciembre de 1994, y reglamentado por el Decreto 621/95, de abril de dicho año. El Acuerdo TRIPs crea la Organización Mundial de Comercio (OMC) y fija los estándares mínimos para la protección de la propiedad intelectual que todos los países miembros deben cumplir y prevé expresamente como principio fundamental que las patentes podrán obtenerse por todas las invenciones sean de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial.

En Argentina las solicitudes de patentamiento de productos farmacéuticos pudieron presentarse desde el 1 de Enero de 1995 (Decreto N° 260/96), pero recién las solicitudes comenzaron a ser otorgadas a partir del 24 de octubre del 2000 (Ley 24.572). Si bien la Ley no aclara que sucede hasta entonces el Decreto N° 260/96 anexo II determina que durante ese período deben otorgarse derechos exclusivos de comercialización o hasta que se otorgue o deniegue la patente. Vencido el plazo de transición el aludido decreto autoriza a terceros que están haciendo uso del invento sin autorización del titular a continuar con la explotación abonando una retribución justa y razonable (decisión que es duramente cuestionada por los laboratorios extranjeros, entendiéndose que viola el Acuerdo). Son patentables por veinte años improporables a partir del momento de la presentación de la solicitud, las invenciones productos y procedimientos farmacéuticos siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial. Las acordadas por la Ley 111 conservan la vigencia concedida hasta su vencimiento (15 años).

3 Barachik, Gustavo & Katz, Jorge. "La industria argentina en los años 90". Página 107.

II. El acceso a medicamentos como problema social emergente

Garantizar el acceso de la población a los medicamentos para tratamientos ambulatorios es uno de los mayores desafíos para los países en desarrollo. Pero la falta de acceso a medicamentos no deriva exclusivamente del alza de precios. El acceso es función de un conjunto de factores entre los que se destacan cuatro: 1) el sistema de cobertura médica (es decir: ¿quién paga por los medicamentos?), 2) la selección racional de los productos a ser cubiertos (¿qué medicamentos son cubiertos?), 3) la financiación sustentable para su adquisición (¿qué recursos hay para financiar la adquisición de los medicamentos cubiertos?), 4) los precios de los medicamentos en el mercado (¿a qué costos se adquieren los medicamentos?) (Ver Recuadro 2).

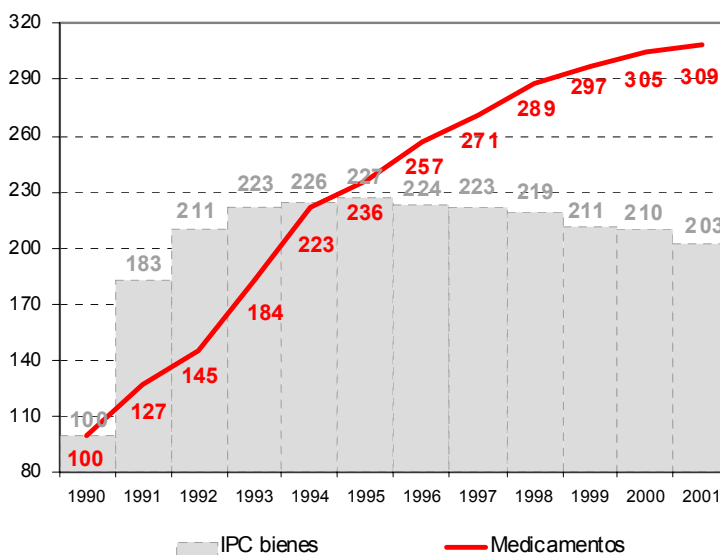
Utilizando estas categorías para analizar el caso argentino durante los años '90 se puede concluir que: a) los precios crecieron, b) la financiación se hizo más vulnerable, c) la co-

bertura de los seguros de salud se retrajo y d) no se avanzó lo suficiente en la selección racional de los productos. A continuación se detallan estas cuatro conclusiones.

Durante la década de 1990 en Argentina los precios de los medicamentos crecieron muy por encima de la inflación. Como lo ilustra el Gráfico 1, la desregulación del mercado de medicamentos redundó en un aumento significativo de los precios del orden del 309% mientras que la inflación (medida a través del Índice de Precios al Consumidor de los bienes) fue del orden de los 203%. Solamente entre 1991 y 1997 los medicamentos aumentaron el 96% a pesar de que prácticamente no hubo inflación. Cuando se considera una serie más larga como la conformada entre 1990 y 2001 se verifica que el incremento en el precio medio de los medicamentos se incrementó en un 309% mientras que la inflación del total de bienes en el período fue del orden del 203%.



Gráfico 1.
Evolución del precio medio de los medicamentos^(*) e Índice de Precios al Consumidor de Bienes. Argentina 1990-2001. Índice base 1990=100



(*) Facturación total a precios de droguería sobre número de unidades vendidas.
Fuente: Tobar, Godoy Garrazza, Monsalbo y Falbo, 2003

Un análisis detallado de la financiación de la salud en Argentina evidencia que la misma ha resultado altamente vulnerable durante la década del noventa⁴. A pesar que el volumen total de recursos destinados al sector se incrementó de forma sostenida hasta 1999, se retrajo luego en un 10% del total entre el 2000 y 2001. Como saldo el volumen de recursos per capita registró una leve baja terminando la década con un nivel próximo a los US\$ 600 por habitante año. Fueron los recursos de la seguridad social los que más se retrajeron. Otro estudio demuestra que la reducción de un punto porcentual en las contribuciones patronales involucró una pérdida de recursos para los seguros sociales de salud (obras sociales) del orden de los 15 mil millones de dólares⁵. Esto significa, más de

dos años de recaudación del subsector. Un indicador de la baja sustentabilidad de la financiación sectorial es el nivel de endeudamiento prestacional del sector que según un estudio alcanzó los 2000 millones en abril del 2000 mientras que el total de pasivos sectoriales duplicaba este monto⁶. Por otro lado, dentro de la financiación de la salud creció la participación del gasto de los hogares que constituye la fuente más regresiva (ver: Gráficos 2 y 3).

La población con cobertura de seguros de salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) cuenta con mayor acceso a los medicamentos debido a que dispone una cofinanciación por parte de la entidad aseguradora. Para la mayoría de los medicamentos de uso ambulatorio esta cofinan-

⁴ Tobar, Federico (coordinador). "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Ediciones Isalud N° 5. 2002.

⁵ Ventura, Graciela "Impacto de la Reducción de los Costos Laborales Sobre el Sistema de Salud". Documentos del Programa de Investigación Aplicada de Isalud N° 4. Buenos Aires. 2001 – Disponible en: <http://www.isalud.org/investigacion/documentos.asp>

⁶ Tobar, Federico, Ventura, Graciela, Mangiaterra, Alberto & Termansen, Ivana. "Endeudamiento sectorial". Documentos del Programa de Investigación Aplicada de Isalud N° 6. Buenos Aires. 2001 – Disponible en: http://www.isalud.org/documentacion/Endeudamiento_sectorial.pdf

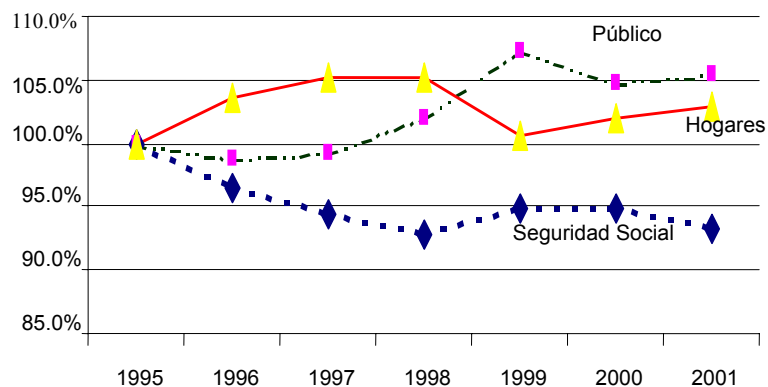
ciación se traduce en descuentos en farmacias del orden del 40% del precio de venta al público. Sin embargo, cada vez son menos los argentinos que disponen de este descuento. Durante la última década del siglo XX se retrajo drásticamente la proporción de población que contaba con cobertura de seguros de salud pasando de 57,6% según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 a 49,9% según la Encuesta de Desarrollo Social de 2001.

El incremento de la oferta de productos, así como su no exclusión de la financiación colectiva presionó sobre el alza de precios. Este impacto se hace evidente cuando se considera el incremento medio de los precios a pesar que en 1993 la Industria acordó un congelamiento voluntario de precios. Si se compara la evolución de la curva de la facturación de los laboratorios de especialidades medicinales con la curva de unidades vendidas se

verifica que ambas se distancian de forma progresiva (Gráfico 4). Es decir, los laboratorios vendieron menos productos a precios cada vez mayores. El resultado fue un incremento de la facturación de los laboratorios concomitante con una disminución del número de unidades vendidas.

La notable separación de ambas curvas se debe principalmente a que dentro de cada grupo de medicamentos (banda terapéutica) se registraron muchos productos nuevos que fueron ganando una porción significativa del mercado. Pero no solo ingresaban nuevos productos por el lado de la oferta sino que simultáneamente se incrementaba su demanda reemplazando progresivamente a los anteriores. Como estos nuevos productos eran lanzados a precios muy superiores a los medios, aún con precios congelados se incrementaba el gasto. Esto responde a la estrategia de comercialización que actúa sobre los prescriptores impulsando la rápida incorporación de las novedades.

Gráfico 2
Argentina Evolución del Gasto en salud Público, Privado y de la Seguridad Social
Período 1995-2001. Índice base 1995=100



Argentina. Composición del Gasto Total en Salud según fuentes de financiación 1995-2001.

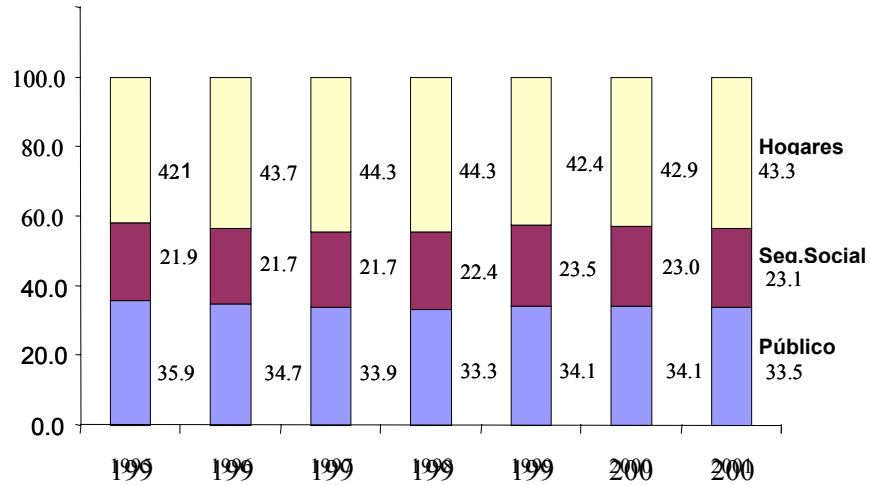
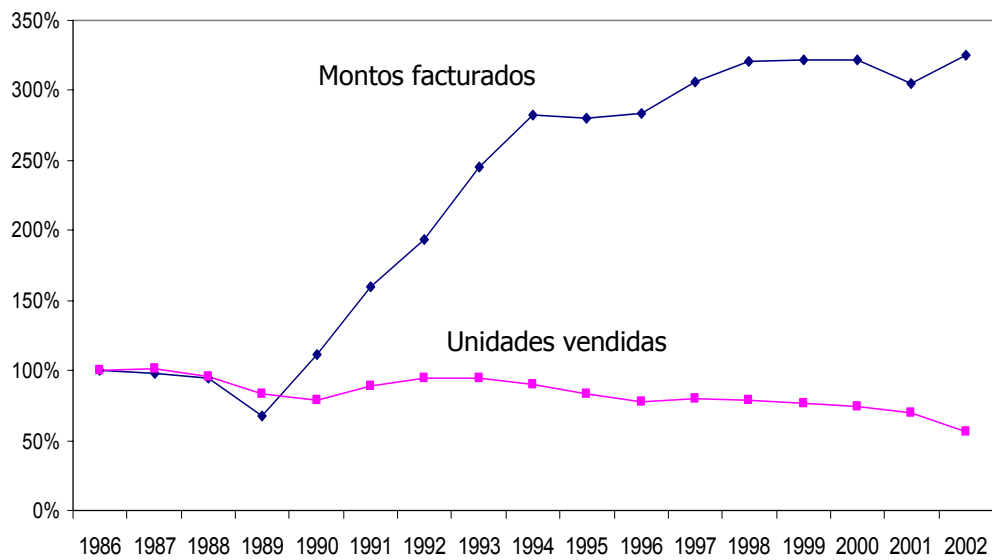


Gráfico 4.

Evolución de la cantidad de unidades vendidas y del monto total facturado por los laboratorios farmacéuticos. Argentina 1986-2002. Índice base 1986 =100



Fuente: Elaboración propia en base a IMS

III. Crisis político económica y el acceso a los medicamentos

A fines del 2001, luego de tres años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumergió en un período de grave crisis institucional marcado por la renuncia del Presidente de La Rúa, una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos, la caída del crédito y el rebrote inflacionario.

A lo largo del 2002 se agudizó la recesión económica: la inflación durante el primer semestre alcanzó el 70%. Se registró una caída del PBI del orden de 10,9% a valores constantes. El desempleo, que ya era alto en octubre del 2002 (18%) creció hasta alcanzar el 22% durante el 2002, y el 53% de la población vive en condiciones de pobreza⁷.

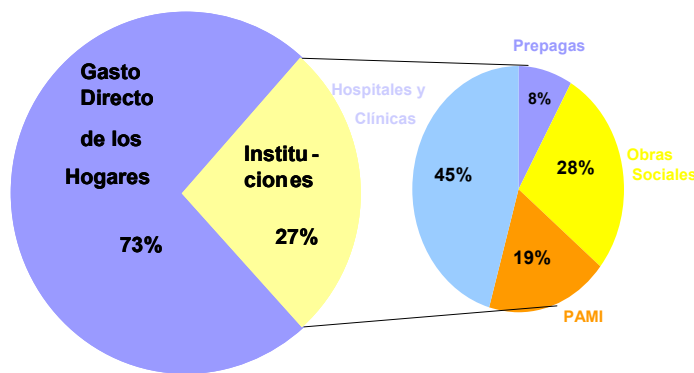
Esta drástica reducción del ingreso per cápita de los argentinos repercutió sobre los niveles de acceso a medicamentos.

Lo hizo de forma directa al retraerse la disponibilidad de recursos de los hogares y de forma indi-

recta al comprometerse el financiamiento institucional con el consecuente corte de prestaciones. El acceso a medicamentos es una variable altamente dependiente del ingreso de los hogares en argentina debido a la alta participación de esta fuente dentro de la financiación sectorial en general y de los medicamentos en particular. En el año 2001 el gasto de los hogares representó el 43% del total del gasto sectorial y el gasto en medicamentos el 25% del mismo. Además, estudios anteriores demuestran que dentro del gasto en medicamentos alrededor del 73% es cubierto por los hogares (Gráfico 5).

Según diferentes análisis realizados sobre el consumo de medicamentos en Argentina, se demuestra que el 84% de la población bajo la línea de pobreza, en el 45% de los casos los medicamentos que les son prescritos son adquiridos con recursos propios.

Gráfico 5.
Composición de la financiación de medicamentos en Argentina según fuentes y agentes 1997



Fuente: En base a Tobar (2002). Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas" *Boletín Fármacos*. Volumen 5, número 4, Septiembre 2002

⁷ Juan Pablo Uribe, Nicole Schwab. Banco Mundial. El sector salud argentino en medio de la crisis. Documento de trabajo N° 2/02. Buenos Aires. Nov. 2002. Disponible en www.bancomundial.org.ar

El 20% de los hogares más pobres (primer quintil de ingresos) emplea el 78% de los ingresos que destina a salud en la compra de medicamentos, mientras el 20% de los hogares más ricos (quinto quintil de ingresos) gasta el 41%⁸ (Gráfico 6).

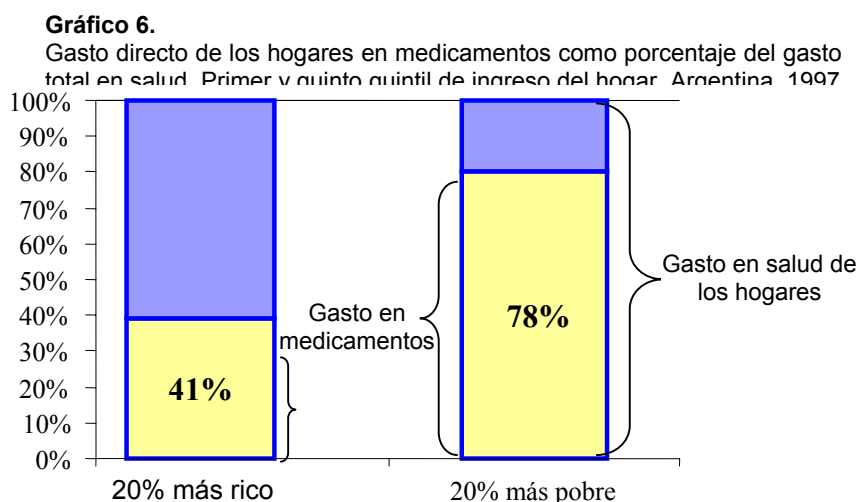
Por primera vez en, al menos, 15 años la industria de medicamentos retrajo su facturación en el 2001. Además, el consumo de medicamentos se retrajo mucho más durante la primer mitad del 2002. Una proyección al total del año considerando las unidades vendidas durante el primer bimestre de ese año significaría una reducción cercana al 50% respecto del año 1995. Cuando la comparación se práctica mes contra mes (febrero del 2002 respecto al febrero del 2001) se verifica una caída de la demanda de medicamentos del orden del 42%.

Todos estos factores hicieron que durante la primer mitad del 2002 se registrara un fuerte retroceso en los niveles de acceso a medicamentos en Argentina. En el contexto de la crisis política y socioeconómica, que involucró el desmorona-

cuencias previsibles. Los laboratorios comenzaron a incrementar sus precios de forma cada vez más acelerada y lo hicieron por encima del incremento de los costos.

En los tres primeros meses del 2002, para un muestra de 26 medicamentos líderes, se registró un aumento del 55% (y en algunos casos llegó a 130%). El mismo puede atribuirse parcialmente al incremento de costos. De hecho los principios activos con los que se elaboran los medicamentos son en su totalidad importados y la devaluación repercute directamente sobre los mismos. Sin embargo, la incidencia de los principios activos en la formación de precios de los medicamentos es pequeña, su peso varía entre el 5 y el 8% situándose en un promedio cerca del 6% de los costos totales.

La crisis económica que afecta a la República de Argentina, ha repercutido fuertemente en el Sector Salud. Una encuesta de situación social encargada por el Banco Mundial⁹ da testimonio empírico



Fuente: ISALUD (2000) en base a EGH-INDEC

miento del régimen cambiario se alentó una vez más el aumento del precio de los medicamentos. El exceso de demanda sobre el sector público y un severo deterioro del acceso a la salud eran conse-

⁸ Tobar (2002). Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas” Boletín Fármacos. Volumen 5, número 4, Septiembre 2002.

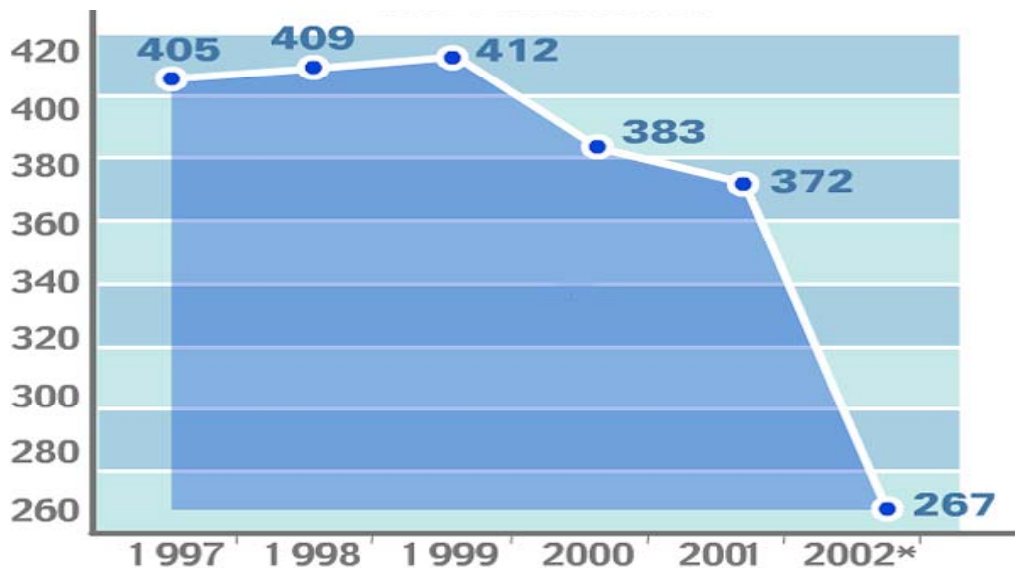
⁹ Se trata de una muestra nacional de 2800 hogares ejecutada por la empresa IBOPE entre junio y julio de 2002. Ver: Fiszbein, Ariel; Giovagnoli, Paula & Adúriz, Isidro. La crisis Argentina y su Impacto sobre los hogares. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Documento de trabajo

de cómo la crisis repercutió sobre el acceso a medicamentos. Aproximadamente un 12% de los argentinos experimentaron algún cambio en su cobertura de salud. Más del 60% directamente perdieron su cobertura de seguro de salud, lo cual representa la pérdida de la co-financiación de medicamentos (descuentos en farmacia). Casi el 23% de los hogares informó que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud.

De ellos un 44% afirmó que la razón era “falta de dinero” para pagar los medicamentos.

Pero tal vez el mayor indicador del impacto de la crisis sobre el acceso a los medicamentos en Argentina sea el volumen de las ventas de los laboratorios en unidades (no en facturación ya que este indicador tiene su caída amortiguada por el alza de los precios). El Gráfico 7 ilustra la caída de las ventas desde que comenzó el ciclo recesivo en el país.

Gráfico 7.
Unidades de medicamentos vendidas en farmacias. Argentina 1997-2002. (En millones)



Fuente: ISALUD

Nº 1/02. Buenos Aires. Noviembre de 2002. Disponible en WWW.bancomundial.org.ar

IV. La nueva política nacional de medicamentos

El nuevo Ministerio de Salud de la Argentina asumió en 2002 como objetivo promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales (ver tabla 2). Para ello se formuló una Política Nacional de Medicamentos sobre tres ejes: a) Uso de los medicamentos por su nombre genérico, b) la selectividad en la financiación de medicamentos por los seguros de salud; y c) la provisión pública para aquellos que no cuentan con cobertura de seguros de salud ni tiene acceso a los productos en las farmacias comerciales por carecer de recursos para adquirirlos.

En el Decreto 486/02 que declara la emergencia sanitaria en el territorio nacional se encuentran delineados los contenidos de esta política. Un conjunto de medidas posteriores la instrumentan.

Uso de los medicamentos por su nombre genérico

El uso del nombre genérico o Denominación Común Internacional, fue establecido primero en el decreto de emergencia sanitaria, reglamentado luego por la Resolución N° 326/02 y finalmente convalidado a través la Ley Nacional 25.649/02. Incentiva una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico, favoreciendo el acceso de la población a los mismos¹⁰. No hay ninguna forma de contener el alza de los precios más poderosa que esta. La única excepción sería la fijación unilateral de precios por parte del Estado (desindexación compulsiva), medida que ya ha sido implementada en épocas pasadas y que ha demostrado presentar numerosas contraindicaciones.

¹⁰ Un estudio realizado por Lucas Godoy Garraza y Mauricio Monsalvo demostró que si en todas las ventas en farmacias se hubiera sustituido por la alternativa más económica del mismo medicamento en idéntico dosaje y cantidad de unidades los argentinos se hubieran ahorrado alrededor de 1.700 millones de pesos entre mayo del 2002 y mayo del 2001, lo cual representa un 40% del gasto de bolsillo en medicamentos.

Se trata de una iniciativa en el mismo sentido que el impulsado por el Decreto 150 a comienzos de la década anterior, pero que luego fue abandonada y no llegó a cambiar las prácticas prescriptivas de dispensa o de consumo.

Selectividad en la financiación

En segundo lugar, la financiación selectiva que enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva (Obras Sociales). La Política Nacional de Medicamentos incorpora una fuerte dosis de esta medida. Por un lado, avanza decisivamente desde los listados negativos (que ya existían en la mayoría de las obras sociales) y por el otro hace homogénea la cobertura (y la exclusión). Mediante la implementación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE aprobado por Resolución 201/02), que obliga a las obras sociales "nacionales" y a las empresas de medicina prepaga a cubrir (cofinanciar) un listado de 216 medicamentos ambulatorios¹¹. El listado fue confeccionado con criterios de medicina basada en la evidencia. Es decir se seleccionaron aquellos con probada seguridad y eficacia, apuntando a obtener una mejor relación de costo efectividad en base a la mejor evidencia médica disponible. La medida apunta no sólo a racionalizar la financiación disponible, sino también a mejorar la calidad de la prescripción.

Pero además, la financiación selectiva se complementa con otra medida: la implementación de precios de referencia para los medicamentos cubiertos. Esto significa, que para cada grupo de alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico (idéntico principio activo, concentración, forma farmacéutica y presentación) se estableció un valor fijo a ser financiado por las enti-

¹¹ En ocasión de internación continua inalterada la obligación de cubrir el 100% de cualquier medicamento prescripto. Ello es coherente con el hecho de que el paciente carece de posibilidad de elección alguna en dicho contexto.

Tabla 2. Política de Medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación

Estrategia	Objetivo específico	Medidas	Instrumento
Promoción del nombre genérico	<ul style="list-style-type: none"> Promover la competencia por precio Mejorar la calidad de la prescripción 	<ul style="list-style-type: none"> Obligación del prescriptor de consignar el nombre genérico del medicamento recetado Habilitación al profesional farmacéutico a dispensar la alternativa comercial del medicamento prescripto elegida por el paciente 	Decreto 486/02, Resolución 326/02 Leyes provinciales Ley 25.649
Financiación selectiva	<ul style="list-style-type: none"> Racionalizar financiación disponible Mejorar calidad de la prescripción Promover competencia por precio 	<ul style="list-style-type: none"> Listado de medicamentos esenciales a ser cubiertos por la financiación colectiva Precios de referencia a ser reconocidos por la financiación colectiva Obligación del prescriptor de recetar sólo por nombre genérico en este ámbito 	Decreto 486/02, Resolución 201/02 y Resolución 163/02
Provisión pública	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar acceso a medicamentos esenciales a población en condiciones de mayor vulnerabilidad Fortalecer capacidad asistencial de los sistemas de salud públicos provinciales y municipales 	<ul style="list-style-type: none"> Remediar: provisión de un listado de medicamentos esenciales a los centros de atención primaria de la salud provinciales y municipales. 	Decreto 808/02 Préstamos BID OC1183 y OC 1194 PROAPS (Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud)

Fuente: Tobar & Godoy Garraza (2002)

dades alcanzadas por el PMOE. Este valor es equivalente al 40% del promedio simple de los precios de las distintas alternativas comerciales del medicamento en cuestión, y se actualiza periódicamente. La cobertura real brindada, varía entonces en función de la elección del paciente, siendo incluso mayor al 40% cuando éste opta por las alternativas más económicas.

Finalmente, y en concordancia con las medidas anteriores, se estableció que en el ámbito de éstas entidades alcanzadas por el PMOE sólo se reconocerán las recetas realizadas por el nombre genérico del medicamento (Resolución 163/02).

Provisión pública

El tercer componente de la Política Nacional de Medicamentos consiste en la provisión pública. Las medidas anteriores alcanzan a aquellas personas que tienen acceso a la farmacia para adquirir medicamentos y/o cuentan con la cobertura de obras sociales o prepagas. Sin embargo, amplios sectores de la población, aquellos en situación socioeconómica más vulnerable, dependen casi exclusivamente del sistema público de salud para el acceso a los medicamentos esenciales.

Estudios comparativos del acceso a medicamentos bajo diferentes sistemas de salud han señalado que el suministro gratuito de medicamentos constituye la modalidad de financiación que permite el acceso más amplio y equitativo¹². En especial cuando el suministro es focalizado sobre la población más necesitada. Su implantación exige mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos. Además, exige tres conjuntos de medidas reguladoras: el uso de listados de medicamentos esenciales para garantizar adquisiciones con criterios de costo-efectividad; protocolos de prescripción y tratamiento, para evitar el abuso en la formulación y propender al uso racional; y el establecimiento de controles e incentivos para evitar desvíos y desperdicios en el sistema de manejo de inventarios y distribución al público. En Argentina existen distintas medidas en este sentido pero sin duda la de mayor envergadura está constituida por el Programa Remediar que es analizada en profundidad en la sección siguiente de este documento.

¹² Zerda A, Velázquez G, Tobar F, Vargas J. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Washington DC: OMS - Ediciones Isalud; 2001. Página 36.

V. La respuesta del Programa Remediar

Remediar es un programa de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios. Fue formulado como estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para enfrentar la emergencia social y sanitaria en 2002, garantizando el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los Centros de Salud. El Programa es incorporado en el Decreto 446/02 que establece la Emergencia Sanitaria en el país.

Los destinatarios de Remediar son aquellos ciudadanos que registran dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios. En especial quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Su población objetivo es de alrededor de 15 millones de personas.

La población que consulta en los centros de salud tiene acceso gratuito e integral a los medicamentos incluidos en el botiquín Remediar. Para ello debe consultar al profesional en el CAPS correspondiente a su lugar de residencia. Si el médico le prescribe un medicamento el mismo le es suministrado directamente en el CAPS en cantidades acordes a las dosis y duración del tratamiento prescripto y de forma enteramente gratuita.

En febrero del 2002 el Ministerio de Salud de la Nación propuso al BID la reconversión del PROAPS –Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud- para enfrentar la emergencia sanitaria en Argentina. Dicha reconversión involucraba respetar los objetivos centrales de fortalecimiento de la estrategia de APS pero volcando los recursos a garantizar el acceso a medicamentos ambulatorios. La propuesta fue aprobada por el directorio del BID el 18 de abril del 2002 constituyéndose el préstamo OC-AR 1193 del Banco Interamericano de Desarrollo.

A partir de entonces el programa incorporó dos objetivos centrales:

Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a los medica-

mentos esenciales. Fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa

El PROAPS mantuvo, desde entonces, dos de sus componentes iniciales, uno que aspira a la Reforma del Sistema de Salud en la provincia de Córdoba a través del fortalecimiento de la estrategia de APS, otro que apunta a incentivar la reforma curricular en las cuatro mayores escuelas de medicina del país y por último, el componente de medicamentos esenciales, que adquiere el nombre de Remediar.

Para alcanzar tales objetivos, Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo.

El diseño del programa se basó en 10 premisas centrales:

1. Fortalecimiento de la APS
2. Consenso Federal
3. Selección racional:
4. Prestación creciente:
5. Compras centralizadas
6. Distribución directa:
7. Uso racional de los medicamentos
8. Intenso control
9. Participación
10. Transparencia

A continuación se analizan cada una de estas premisas o mandamientos centrales de Remediar.

Fortalecimiento de la APS

Remediar surge como un programa de emergencia sanitaria que también pretende impulsar una reforma duradera en el sistema de atención médica. Proveer medicamentos esenciales a la red de atención primaria es la forma más eficaz de reactivar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Pero además, es una forma de acercar la gente a los Centros de Atención Primaria de la

Salud (CAPS), que son los que detentan la mayor capacidad de lograr un impacto sobre nuestra situación sanitaria.

Los sistemas de salud, tal como los conocemos resultan bastante poco eficaces para mantener la salud de la población. Esta premisa resulta conocida y se ha difundido incansablemente desde la Conferencia de Alma-Ata (1978) y luego en la carta de Ottawa. Desde entonces la visión resulta muy clara, *para que una población determinada consiga alcanzar definitivos resultados de salud es necesario que los servicios de salud derrumben sus paredes*. Por un lado, que los trabajadores de la salud (los médicos, pero no solo ellos) salgan del consultorio, salgan del quirófano, salgan de la sala de internación y se integren activamente en la comunidad ejerciendo las funciones de liderazgo, comunicación y control. Por el otro que la gente de la comunidad ingrese a los servicios de salud, que participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y en la formulación e implementación de las acciones.

Remediar postuló algunos nuevos motivos por los cuales la APS puede recobrar su sentido estratégico y representar la puerta de salida a una crisis sanitaria endémica.

1. **La organización y la participación comunitaria.** El programa Remediar expresa el interés del gobierno argentino y del Banco Interamericano de Desarrollo en la articulación con entidades representativas de la Sociedad Civil. El compromiso de estas últimas en velar por el correcto funcionamiento del programa y la responsabilidad del Estado Argentino en garantizar que todo esto se realice con la mayor transparencia, son eslabones fundamentales en la garantía de la efectividad del programa.
2. **APS es un poderoso instrumento de inclusión social.** Con gran parte de la población sumergida en la pobreza, el desempleo, e incluso sucumbiendo ante tácticas desesperadas de supervivencia (que van desde el reciclaje de residuos hasta distintas formas de delincuencia), no hay ningún ámbito que permita ejercer la ciudadanía en mejores condiciones de igualdad que la APS. Los derechos gremiales, hoy son casi exclusivos de la elite que tiene trabajo.

La educación también se restringe a unos pocos, la atención médica especializada solo iguala desde el sufrimiento. Pero la posibilidad de participar en APS es igual para todos y genera beneficios comunes. Tanto para ricos como para pobres, para víctimas como para victimarios.

3. **APS es un poderoso instrumento de redistribución del ingreso.** Las inversiones en APS son altamente costo-efectivas y tienen un alto impacto redistributivo. Cuando, como en el caso de Remediar, se asumen objetivos de promover el acceso a medicamentos esenciales desde los Centros de Atención Primaria se están combinando dos poderosos instrumentos de redistribución del ingreso.
4. **Es más viable lograr cambios en el primer nivel de atención que en el tercero** y en particular esos cambios tienen mayor potencial de impacto a nivel de la efectividad de las acciones sanitarias. Es más viable lograr cambiar el modelo de gestión de un centro de atención que redefinir el funcionamiento de una red ó más aún de todo un sistema nacional.
5. **APS avanza hacia una política de Estado.** Para fortalecer la estrategia de APS no es necesario crear una secretaría una dirección y ni siquiera un programa nuevo. Es más importante articular los esfuerzos y sincronizar los recursos existentes. Al reactivar los centros de primer nivel Remediar constituye una excelente oportunidad para articular otras acciones de APS. Existen a nivel de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales múltiples acciones del primer nivel de atención. Además, las organizaciones de la sociedad civil contribuyen a la salud de la población y están dispuestas a reforzar su compromiso. Lo que hace falta es coordinar dichos esfuerzos a través de una estrategia integradora y convocante. Cabe a los gobiernos la responsabilidad de garantizar la factibilidad y la consistencia sanitaria de la estrategia. Sin embargo, la sostenibilidad de la política y la garantía de su continuidad en el tiempo, supera las atribuciones de cualquier autoridad sanitaria. No es el gobierno sino la sociedad civil quién instituye una línea de acción como política de Estado.

Consenso Federal

La participación de cada provincia en el Programa Remediar ha sido acordada en el ámbito del Consejo Federal de Salud –COFESA. Para ello se establecieron criterios equitativos, automáticos y transparente. Por un lado, un modelo de distribución primaria que determina la cantidad de cajas de medicamentos (botiquines) a ser entregados mensualmente en cada provincia. Por otro lado, un modelo de distribución de los medicamentos entre los diferentes efectores de cada provincia. El criterio primario está definido por una fórmula polinómica integrada por dos componentes uno relacionado con demanda y otro con necesidad. Para dar cuenta de la demanda se tomaron el total de consultas ambulatorias notificadas por la provincia a la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Como indicador de necesidad se tomó población por debajo de Línea de Pobreza relevada por el SIEMPRO. Para la distribución secundaria se elaboró un listado de los centros en condiciones de ser efectores del programa, se remitió la información a las provincias solicitando que la corrijan y expandan. Se solicitó, además, que cada provincia informe la producción de consultas de los centros y se elaboró una primer propuesta de distribución secundaria considerando que cada botiquín abastece a 300 consultas. Luego esta propuesta fue revisada y modificada por los responsables provinciales. En algunas jurisdicciones se solicitó que haya botiquines móviles para médicos radian-tes.

Selección racional

De las casi 14 mil presentaciones comerciales de medicamentos registrados y habilitados por ANMAT para circular en el mercado argentino con solo menos de cien es posible dar cuenta de todos los motivos de consulta en el primer nivel de atención de la salud. Por este motivo es tan importante la selección racional ya que es más factible adquirir, distribuir y controlar la utilización correcta de pocos productos que de muchos. El Recuadro 3, representa esta lógica. El área marcada dentro del cuadro representa el total de medicamentos registrados. Dentro de ella sólo una porción (graficada con el círculo) da cuenta de las enfermedades prevalentes. Para ello en Argentina se ha desarrollado el formulario terapéutico nacional que con 384 drogas da cuenta de todas las necesidades de tratamiento. Este gran círculo incluye: a) programas especiales que involucran listas suplementarias de medicamentos (por ejemplo Antiretrovirales para el tratamiento del HIV), b) hospitales de media y alta complejidad c) y medicamentos para tratamientos ambulatorios en centros de atención primaria.

Remediar se apoyó en esta lógica de la selección racional aunque involucrando un listado creciente de productos. Para ello, el primer procedimiento de selección involucra definir las patologías y motivos de consulta a ser cubiertos por el programa. Luego en función de ellos se seleccionaron las categorías de fármacos a ser incluidas según la clasificación de drogas por grupo terapéutico (o su

Recuadro 3. Lógica de la Selección racional

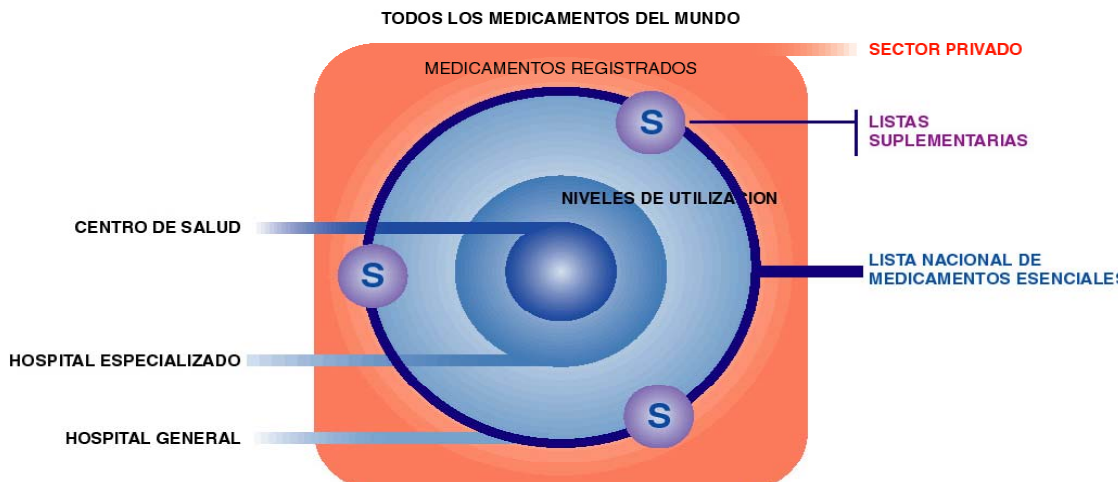


Tabla 3. Composición de los botiquines en DDD. Medicamentos clasificados según ATC

ATC	Nombre Genérico	Composición en DDD					
		1° Etapa		2° Etapa			
		Abs.	%	Abs.	%		
TERAPIA ANTIINFECCIOSA, USO SISTÉMICO	ANTIBACTERIANOS	AMOXICILINA	482	24.8%	338	15.4%	
		CEFALEXINA	63	3.2%	44	2.0%	
		COTRIMOXAZOL	22	1.1%	12	0.5%	
		ERITROMICINA	23	1.2%	22	1.0%	
		NORFLOXACINA	30	1.5%	7	0.3%	
ANTIPARASITARIOS	ANTIHelmINTICOS	PENICILINA G BENZATINIC	5	0.3%	2	0.1%	
		MEBENDAZOL	36	1.9%	36	1.6%	
		METRONIDAZOL	15	0.8%	5	0.2%	
APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO	VITAMINAS	POLIVITAMÍNICO	180	9.3%	360	16.5%	
	ANTIDIABÉTICOS	GLIBENCLAMIDA	90	4.6%	45	2.1%	
		METFORMINA		0.0%	30	1.4%	
	DROGAS PARA ULCERA PEPTICA	RANITIDINA		0.0%	75	3.4%	
	DROGAS PARA ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	HIOSCINA		0.0%	48	2.2%	
	ANTIINFECCIOSO	NISTATINA	3	0.2%	3	0.1%	
	ANTIDIARREICOS	SALES DE REHIDRAT.ORAL		0.0%	6	0.3%	
	DIURÉTICOS	FUROSEMIDA	45	2.3%		0.0%	
	APARATO CARDIOVASCULAR	TERAPIA CARDÍACA	HIDROCLOROTIAZIDA	120	6.2%	40	1.8%
			AMIODARONA	60	3.1%	30	1.4%
DIGOXINA			90	4.6%		0.0%	
ISOSORBIDE DINITRATO			15	0.8%		0.0%	
ATENOLOL			40	2.1%	80	3.7%	
SANGRE Y HEMATOPOYESIS	BETA-BLOQUEANTES	ENALAPRIL	300	15.4%	180	8.2%	
	FÁRMACOS ACTIVOS SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA						
	PREP. ANTIANÉMICAS	SULFATO FERROSO	75	3.9%	225	10.3%	
		SULFATO FERROSO + ÁCIDO FÓLICO		0.0%	39	1.8%	
TERAPIA HORMONAL	CORTICOSTEROIDES DE USO SISTÉMICO	BETAMETASONA		0.0%	15	0.7%	
		DEXAMETASONA	64	3.3%	107	4.9%	
		LEVOTIROXINA		0.0%	50	2.3%	
APARATO LOCOMOTOR	ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS	IBUPROFENO	20	1.0%	87	4.0%	
SISTEMA NERVIOSO	ANALGÉSICOS	PARACETAMOL	12	0.6%	39	1.8%	
	ANTIEPILÉPTICOS	ACIDO VALPROICO		0.0%	4	0.2%	
		CARBAMACEPINA		0.0%	10	0.4%	
		FENITOINA		0.0%	20	0.9%	
		LEVODOPA+CARBIDOPA	13	0.6%		0.0%	
SISTEMA GENITOURINARIO, INCL. HORMONAS SEXUALES	ANTIPARKINSONIANOS						
	ANTIINFECCIOSOS GINECOLÓGICOS	METRONIDAZOL	24	1.2%	24	1.1%	
		NISTATINA		0.0%	24	1.1%	
	OTROS GINECOLÓGICOS	ERGONOVINA	8	0.4%	8	0.4%	
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	PREPARADOS OFTAMOLÓGICOS	GENTAMICINA		0.0%	48	2.2%	
APARATO RESPIRATORIO	ANTIASMÁTICOS	BUDESONIDE		0.0%	38	1.7%	
		SALBUTAMOL	80	4.1%	50	2.3%	
DERMATOLÓGICOS	ANTIHISTAMINICOS SISTÉMICOS	DIFENHIDRAMINA	29	1.5%	9	0.4%	
	ANTIFÚNGICOS DE USO TÓPICO	CLOTRIMAZOL			30	1.4%	
Total general			1943	100%	2188	100%	

Fuente: Unidad de Uso Racional de Medicamentos. Subgerencia de Operaciones

versión en inglés ATC – Anatomic Therapeutic Chemicals.

En tercer lugar se seleccionaron los productos genéricos que, de acuerdo a la evidencia clínica acumulada permiten una resolución más costo-efectiva de los tratamientos. Para ello se definieron guías de tratamiento de forma conjunta con el Programa Nacional de Garantía de Calidad que tiene más de diez años de existencia en el Ministerio de Salud de la Nación.

Por último el listado conformado (botiquín) es traducido a Dosis Diarias Definidas (DDD) medida que representa las cantidades promedio que un adulto requiere de medicación para el tratamiento de la enfermedad en cuestión. Este indicador resulta muy útil para el monitoreo del programa ya que permite cuantificar a través de un único indicador la composición del botiquín y los niveles de utilización de los productos que lo componen. La Tabla 3 presenta la composición del botiquín inicial en DDD y del botiquín revisado para una segunda etapa de implementación del programa.

Prestación creciente

El diseño del programa prevé que la composición y cantidad de los botiquines aumente de forma progresiva, así como la cantidad de CAPS que reciben medicamentos. Para ello se contemplaron dos etapas en la implementación del programa.

La primer etapa corresponde a la puesta en marcha del mismo. En ella se privilegió el inicio inmediato de la distribución debido a que se trata de un programa de emergencia sanitaria. Para ello se realizó una licitación con el objetivo de adquirir 51 productos pero solo se pudo adjudicar a 21 presentaciones. En el ámbito del COFESA se definió que a pesar de no cubrir de forma adecuada las necesidades de los CAPS era más conveniente iniciar la distribución con los productos

adquiridos que esperar a tener un botiquín mayor. Así el primer botiquín de medicamentos distribuido por Remediar contiene 21 presentaciones, involucra 1447 Dosis Diarias Definidas (DDD) y 154 tratamientos. Su distribución se inició a fines de octubre del 2002.

Al mes siguiente se consiguió adquirir 13 productos mas. Completando un botiquín de 34 presentaciones. Este segundo modelo incluye 1943 DDD y 231 tratamientos y comenzó a distribuirse en Diciembre del 2002.

Durante la primera fase se logró brindar cobertura efectiva con tratamientos al 68% de los motivos de consulta en los CAPS provistos los cuales a su vez fueron aumentando en número hasta totalizar 2100.

La segunda etapa comenzó en abril de 2003, involucra la distribución de un botiquín con 46 presentaciones equivalentes a 2188 DDD y 274 tratamientos. La meta es lograr cubrir con este botiquín un 80% de los motivos de consulta registrados en los centros cubiertos. A su vez, se espera durante esta segunda etapa incluir la totalidad de CAPS elegibles como efectores del programa dentro del territorio nacional (5389)

El programa prevé la implementación de una tercer etapa en la cual, aunque se mantendrían los volúmenes de provisión se procedería a implementar y distribuir diferentes modelos de botiquines adecuados a las necesidades epidemiológicas verificadas en cada CAPS o localidad. Para ello el programa dispone de un sistema de información que le permite contabilizar los productos utilizados, las patologías o motivos de consulta (diagnósticos) y las características de la población consultante. Este ajuste se implementará a través de compromisos de gestión que se explican más adelante.

Tabla 4. Cantidad de CAPS y botiquines mensuales incorporados en cada etapa de ejecución de Remediar

Fase	Inicio	Fin	Cantidad de medicamentos	CAPS	Botiquines mensuales
Fase 1	Octubre 2002	Marzo 2003	34	2.000	5.000
Fase 2	Abril 2003	Noviembre 2004*	46	5.389	14.000

*Observación: El Ministerio de Salud de la Argentina solicitó al BID la extensión del plazo de ejecución del programa hasta finales del 2006.

Compras centralizadas

Las compras del programa han sido centralizadas constituyéndose una poderosa central de abastecimiento que logró obtener importantes economías de escala. Se realizan licitaciones de forma periódica. Las condiciones de los medicamentos a ser adquiridos están rigurosamente detalladas e involucran una serie de requisitos de calidad así como la adecuación del envase a las guías clínicas de tratamiento del programa y la garantía de no transabilidad del producto que se obtiene al imprimir de forma indeleble que esta prohibida la venta junto al número de discado gratuito para denuncias telefónicas. Además, para facilitar la concurrencia, los pliegos de las licitaciones se publican en la página de internet del programa.

Ya se han realizado tres grandes licitaciones de medicamentos. En la primera, licitación pública nacional y concurso de precios Nacional, el monto de compra llegó a U\$S 3.5 millones. La segunda etapa, que se implementa por licitaciones públicas internacionales. A través de la primera de las ellas, ya se han adjudicado 46 medicamentos por un total de U\$S 9,6 millones. La segunda compra internacional se realizó con un presupuesto de U\$S 25 millones.

La compras de Remediar resultaron muy eficientes. El costo directo de la adquisición del botiquín de 34 productos resultó para el programa de \$655 (pesos argentinos), pero a valores de venta al público (precio de farmacia) hubiera costado \$2.495. Superando el desafío que (tanto para la Nación como para las provincias y municipios) involucra realizar compras públicas en un país sin crédito, Remediar alcanzó grandes economías de escala. Comparando el monto en pesos de las cantidades adquiridas con lo que hubieran costado a precios de mercado, el nivel de ahorro alcanza un 374% en promedio, pero en algunos productos (como el Mebendazol y la Ergonovina) la población hubiera pagado más de diez veces lo que le costó al programa. Por otro lado en la licitación Internacional se han eficientizado aún más las compras habiendo alcanzado economías promedio del 60 % por sobre los valores de compra Nacional.

Distribución directa

Los botiquines son distribuidos por Remediar directamente a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esto permite establecer un sistema uniforme de entrega en todas las provincias y municipios de la Argentina, garantizando su seguimiento y control. Para ello se realizan licitaciones nacionales que permiten la contratación de un operador logístico que son responsables por el armado de los botiquines, la impresión de los recetas y otros formularios de control, el transporte y la distribución de los medicamentos. Además la firma adjudicada debe disponer de un sistema de rastreo satelital y un sistema de códigos de barras que permite el seguimiento permanente de cada botiquín.

Uso racional de los medicamentos

El programa parte de las conclusiones de la Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos convocada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, donde se afirmó que: “El uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad”

La estrategia de uso racional de Remediar involucra tres dimensiones: prevención, monitoreo y capacitación. En el campo de la prevención el programa incluye el desarrollo y difusión de esquemas terapéuticos para la prescripción adecuada de los medicamentos incluidos en el vademécum Remediar así como de otro material informativo dirigido principalmente a los profesionales de la salud. Se realizó y distribuyó una edición especial para Remediar de la *Guía de la Buena Prescripción* desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que constituye una pieza clave a ser consultada por los profesionales involucrados en el programa.

Respecto del monitoreo, el sistema de información implementado por Remediar permite la observación de un conjunto de indicadores sobre las pautas de utilización de medicamentos. Se trata,

de hecho, de un “estudio de utilización” de una magnitud inédita en Argentina.

Pero además, el programa involucra el desarrollo de diversos talleres de capacitación sobre uso racional de medicamentos. Instituciones científicas de reconocida trayectoria participan de las tareas de capacitación en servicio en los Centros de Atención Primaria de la Salud que se realizarán en forma regular. En el diseño e implementación de estos talleres participan la Organización Panamericana de la Salud a través de su Representación en Argentina, de la Confederación Médica de la República Argentina, de la Comisión de Medicamentos de dicha institución, y de las cátedras de Farmacología de las Universidades de Medicina de Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Rosario.

Intenso control

Remediar tiene un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. En primer lugar a través de información generada por el programa. En segundo lugar, Remediar cuenta con un equipo de auditores propios que recorren permanentemente los CAPS y supervisan los stocks disponibles en cada centro y el cumplimiento de los procedimientos. La auditoria se complementa con visitas a los hogares de los beneficiarios para verificar que los mismos hayan recibido la medicación en tiempo y forma así como medir los niveles de satisfacción.

En tercer lugar, Remediar cuenta con una red de control social directo a través de un convenio con Cáritas y Cruz Roja. A través de sus voluntarios estas entidades visitan periódicamente cada uno de los centros de salud e informan respecto a dificultades e irregularidades.

Por último Remediar acordó la evaluación y el monitoreo del programa por parte del Siempro (Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales) que es otro programa de emergencia social que cuenta con el apoyo financiero del BID.

Participación

El programa opera con un modelo innovador en lo que respecta a participación que tiene cuatro

grandes ejes. En primer lugar, la instancia resolutoria máxima del programa no es el Coordinador General sino el Consejo Asesor Intersectorial (CAI) que está integrado por Entidades de la Sociedad Civil representativas del Sector (Cáritas, Cruz Roja, Red Solidaria del Episcopado y la Confederación Médica de la República Argentina) además de organismos internacionales (UNICEF, OMS, PNUD) y representación de otros Ministerios (Trabajo, Educación, Jefatura de Gabinete), o de la Coordinación de Políticas Sociales. Este Consejo sesiona, al menos, una vez por mes y en el mismo se discuten las decisiones más importantes del programa, por ejemplo que se hace si se encuentra una irregularidad grave.

Un segundo eje de la participación consiste en un convenio de control social directo. Dos grandes entidades de la sociedad civil con representación en todo el país que son Cáritas y Cruz Roja le ofrecieron a todas sus sucursales si quieren incorporarse al programa con una función de control participativo que vela por los intereses de los beneficiarios del programa. Se trata de entidades de la Sociedad Civil que funcionan de alguna forma como veedoras del programa, de forma similar a un *ombusman*. Por ejemplo la delegación de Cáritas de la Diócesis de la ciudad de Quilmes (una de las mayores localidades del Conurbano de la provincia de Buenos Aires) vela porque los Centros de Quilmes reciban todo en tiempo y forma que no haya problemas que no haya irregularidades. Por ello opera tanto en defensa del CAPS como del programa, es decir es una tercera posición que en realidad se para desde los usuarios como voz y voto para decir cuando las cosas funcionan bien y cuando funcionan mal. Su compromiso es realizar una visita por mes a cada CAPS.

El tercer eje de participación es la articulación con los Consejos Consultivos Provinciales y Municipales. El objetivo fue aprovechar espacios ya creados y que se encuentran funcionando para el Programa Jefas y Jefes de Hogar desocupados del Ministerio de Trabajo de la Nación. Se tomó esta medida para evitar la superposición, atendiendo a la similitud de los actores y las tareas a llevar a cabo. Estos Consejos Consultivos cuentan con la participación activa de la comunidad y representantes de los respectivos niveles de gobierno. Se promueve la incorporación del seguimiento del

Programa a la agenda temática de las reuniones periódicas de estos Consejos. Se intenta establecer contacto con los Consejos Consultivos Provinciales y Municipales que se encuentren operativos, con el fin de brindarles información, asesorarlos y recibir consultas respecto al Programa.

El cuarto eje consiste en el objetivo de conformar consejos locales de salud vinculados a los Centros de Atención Primaria. Es una tarea difícil porque la participación comunitaria asume múltiples formas y no se limita a las configuraciones más orgánicas que representan las ONG o las OSC. Por ejemplo, los grupos piqueteros son manifestaciones de organización comunitaria. A veces los delegados de estos grupos de diferentes localidades nos vienen a ver y nos piden el listado de centros que reciben medicamentos en su barrio. A veces nos han ayudado a identificar centros que estaban siendo dejados de lado. Nuestra intención es articular todas estas expresiones en defensa de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y del derecho de acceso a la salud y los medicamentos. Ya localidades donde ya existen grupos relativamente organizados y otros donde hay que incentivar la conformación de los consejos. El programa asume el propósito de potenciar y articular todas las expresiones de este tipo posibles.

Transparencia

Remediar incorporó un modelo de gestión centrado en la transparencia, por el cual nuestra activi-

dad fundamental consiste en planificar e informar a los actores involucrados (a la población beneficiaria, a los centros de atención primaria de la salud, a los miembros del CAI y a los gobiernos provinciales y municipales, a los laboratorios proveedores). Por este motivo, una tarea central mía como coordinador es mantener informados a los miembros del Consejo respecto a lo que pasa en el programa, informes de las auditorías, sobre los llamados a la línea 0800 Remediar (0800-666-3300) o sobre los reclamos que tenemos. Un ejemplo son los pedidos de intendentes, diputados y senadores para incorporar nuevos centros.

Sin embargo, el programa tiene sus procedimientos establecidos hay un reglamento de funcionamiento que establece cuales son los criterios para incorporar un nuevo centros como efectores del programa.

También hay un reglamento de penalidades y sanciones por incumplimientos.

Remediar es el primer programa de salud que provee de forma mensual informes a los ministros miembros del COFESA, y, a pedido de los mismos, está trabajando para disponer de forma automática informes por jurisdicción e información de cada CAPS disponible directamente *On Line*. A través de la página de Remediar en internet: www.Remediar.gov.ar

VI. Evaluación del Programa Remediar

Durante el mes de febrero de 2003 el SIEMPRO realizó una encuesta a una muestra estadísticamente representativa de personas que recibieron prescripción médica en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a los fines de establecer una línea de base para el Programa Remediar.

Se encuestaron un total de 1.000 personas en 100 CAPS de todo el país incluyendo aquellos no alcanzados entonces por el programa, a los fines de la comparación. Se excluyeron de la muestra CAPS con menos de 600 consultas mensuales declaradas por la provincia. La encuesta permite establecer un conjunto de datos generales de gran utilidad para el seguimiento del funcionamiento del programa.

Como se puede apreciar en la Tabla 5, más de la mitad de las consultas en los Centros de Atención Primaria de la Salud evaluados generan alguna prescripción de medicamentos (Recetas). Sobre el total de prescripciones el 70% terminan con la entrega gratuita de productos a la población que busca asistencia en los centros y de ellos el 61% corresponde a medicamentos provistos por Remediar. Además, en cada receta de Remediar se prescriben en promedio 1,2 productos.

En otras palabras, según esta evaluación realizada en febrero del 2003, de cada cien personas que consultaban en un CAPS aproximadamente 56 recibían una prescripción, a 40 se le entregaban medicamentos y de ellos 24 eran provistos por Remediar.

Los números son muy auspiciosos, en particular si se considera que en ese entonces Remediar se encontraba en Fase 1 y a partir de abril se incrementó el botiquín, la cantidad de botiquines y la cantidad de centros que los reciben.

Impacto de Remediar sobre la accesibilidad a los medicamentos

Al comparar CAPS alcanzados por el programa con aquellos no alcanzados en febrero de 2003, se puede verificar que en los primeros existe un mayor nivel de acceso gratuito al medicamento (tabla 6).

- En los CAPS alcanzados por el programa una mayor proporción de las personas que requieren el medicamento acceden al mismo gratuitamente.
- También aumenta la integralidad de los tratamientos. En los CAPS alcanzados por el programa, una menor proporción de las personas que reciben medicamentos gratuitamente requieren conseguir medicamentos adicionales.

Tabla 5. Programa Remediar : Indicadores seleccionados

Porcentaje de consultas con prescripción	56%
Porcentaje de prescripciones con entrega gratuita de medicamentos	70%
Participación de Remediar en el total de entregas gratuitas de medicamentos	61%
Promedio de cantidad de medicamentos incluidos en cada Receta Remediar	1.2

Fuente: SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar

Tabla 6. Acceso gratuito al medicamento según condición del CAPS.

	CAPS con Remedi- diar	CAPS sin Remedi- diar	Total
Recibió gratuitamente / le prescribieron me- dicamentos	70%	61%	65%
Debe conseguir más / recibió gratuitamente	17%	27%	22%

Fuente: SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar

Focalización del Programa Remediar

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

La encuesta permite establecer con precisión el nivel de focalización del programa. Los resultados de la misma muestran un alto nivel de focalización, expuestos en las tablas 7 y 8 y en los gráficos 8 y 9.

94% de los beneficiarios de Remediar son personas bajo la línea de pobreza.

- 71% de los beneficiarios de Remediar son personas bajo la línea de indigencia.
- El ingreso medio per cápita familiar del 6% de los beneficiarios que no son pobres, se encuentra apenas por encima de la línea de pobreza.
- El 86% de los beneficiarios de Remediar no poseen cobertura seguros de salud.

Tabla 7. Beneficiarios Remediar según condición de pobreza e ingreso medio per cápita del hogar.

	Beneficiarios %	Ingreso per cápita hogar
No Pobre	6%	344
Pobre (no indigente)	23%	139
Indigente	71%	50
Total	100%	87

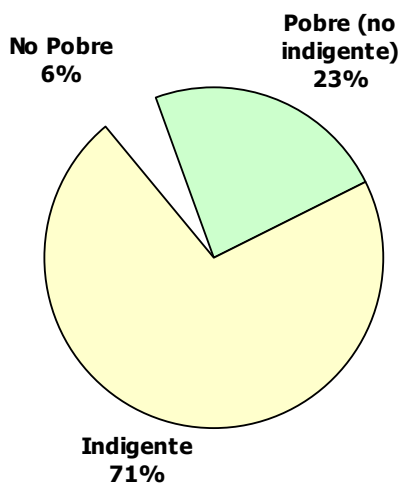
Fuente: SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar

Tabla 8. Beneficiarios Remediar según cobertura de salud.

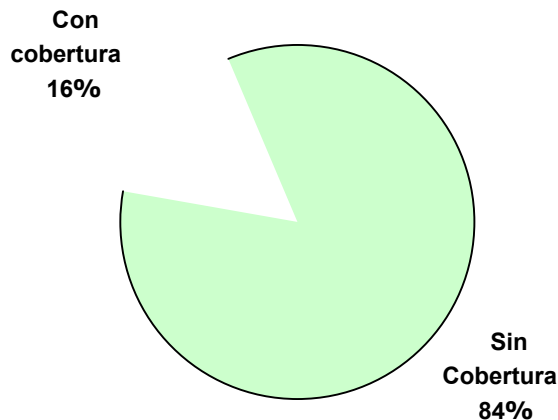
	Beneficiarios %
Con cobertura	16%
Sin Cobertura	84%
Total	100%

Fuente: SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar

Grafico 8
Beneficiarios Remediar según condición de pobreza



Fuente: SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar



Impacto redistributivo de Remediar

A partir de la información de la encuesta puede estimarse la importancia de Remediar en relación al ingreso de los beneficiarios.

- Se ha calculado el valor medio del beneficio otorgado a la población que se atiende en los CAPS que reciben Remediar como el

promedio de unidades consumidas ponderado por el precio medio minorista de cada medicamento.

- Valorada a precios de mercado, la dación hecha por Remediar en promedio importa una transferencia equivalente al 24% del ingreso per cápita familiar de los beneficiarios.

Tabla 9 Valor medio del beneficio Remediar en relación al ingreso per cápita del hogar del beneficiario.

	Beneficiarios %	Ingreso per capita hogar (y)	Valor medio beneficio ¹ (y)
No Pobre	6%	344	6%
Pobre (no indigente)	23%	139	15%
Indigente	71%	50	41%
Total	100%	87	24%

¹ El valor medio del beneficio es el promedio de unidades consumidas ponderado por el precio medio minorista de cada medicamento.

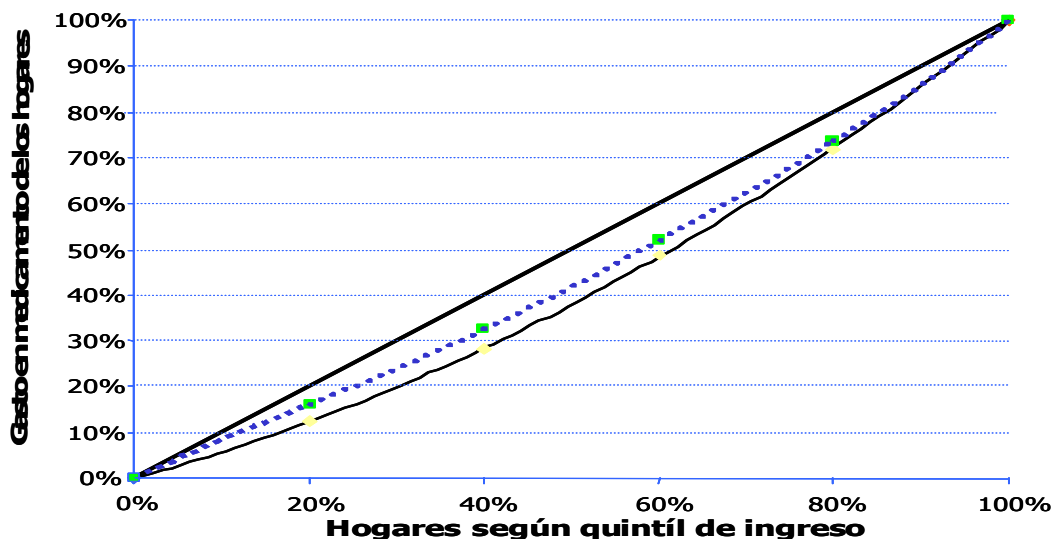
Fuente: Elaboración propia en base a SIEMPRO - Encuesta de evaluación de Remediar

- Llega a representar un 41% del ingreso, en el caso de los beneficiarios bajo la línea de indigencia (71%).

Encuesta de Gasto de los Hogares que realizó el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 1997.

En el Gráfico 10 se representa la curva de Lorenz de concentración del gasto de los hogares en medicamentos con y sin Remediar. La recta a 45° representa una distribución hipotética que resultaría igualitaria ya que en ella cada hogar realiza el mismo nivel de desembolso en medicamentos. La curva inferior (llena) representa la concentración del gasto de los hogares en medicamentos en Argentina registrada través de la

En la curva superior (punteada) se representa una estimación de la distribución del gasto de los hogares en medicamentos considerando el efecto del subsidio que genera Remediar, esto es, considerando el gasto que los hogares que recibieron los medicamentos provistos por Remediar deberían haber realizado si hubieran adquirido los mismos a precios minoristas.



Fuente. Elaboración propia en base a : EGH-INDEC y Evaluación de Remediar- SIEMPRO

Como puede apreciarse Remediar reduce sensiblemente el gasto de los hogares más pobres, debido a su alta focalización (presentada en los Gráficos 8y 9.

La distancia entre la curva llena y la curva punteada representa las conquistas en términos de equidad en la financiación de los medicamentos logradas por el programa. Estas se pueden cuantificar a través del coeficiente de Gini el cual varió de 0,16 a 0,10 con la implementación del programa.

En otras palabras, extrapolando los datos de la evaluación realizada por el SIEMPRO en febrero

de l 2003 Remediar genera una corrección en la distribución del gasto en medicamentos de los hogares argentinos que disminuye su concentración en el orden del 60%.

Impacto de la Eficiencia del Proceso de Compras en la Reducción de Costos

Debido a la eficiencia de la compra el valor del beneficio transferido a las provincias cuadruplica el costo de los medicamentos para el programa. Si se toma como base la cantidad de botiquines enviados y el precio que se pagó por ellos, Remediar transfirió hasta febrero algo más de once millones de pesos a las ju-

Tabla 10. Transferencia a Jurisdicciones a octubre del 2003

PROVINCIA	TRANSFERENCIA		
	Costo (u\$s)	Costo (\$)	A Valor de Mercado (\$)
BUENOS AIRES	4,314,640.0	12,728,187.9	105,210,221.2
CAPITAL FEDERAL	371,109.7	1,094,773.7	8,256,033.7
CATAMARCA	151,376.8	446,561.5	3,812,718.9
CHACO	528,889.3	1,560,223.5	13,398,759.8
CHUBUT	118,214.6	348,733.0	2,888,623.4
CORDOBA	1,065,435.2	3,143,033.7	27,107,002.1
CORRIENTES	343,550.3	1,013,473.4	8,622,003.7
ENTRE RIOS	569,818.2	1,680,963.8	14,472,728.1
FORMOSA	197,466.6	582,526.5	4,968,979.5
JUJUY	241,626.5	712,798.1	5,977,722.9
LA PAMPA	174,786.7	515,620.7	4,386,434.7
LA RIOJA	160,958.6	474,827.8	4,145,888.0
MENDOZA	757,888.9	2,235,772.2	19,200,848.2
MISIONES	377,549.5	1,113,771.0	9,473,198.5
NEUQUEN	174,700.2	515,365.7	4,262,620.3
RIO NEGRO	188,500.9	556,077.8	4,685,150.7
SALTA	409,379.6	1,207,669.9	10,019,723.9
SAN JUAN	209,044.9	616,682.5	5,166,079.3
SAN LUIS	174,495.6	514,762.1	4,425,765.2
SANTA CRUZ	12,614.3	37,212.1	352,889.4
SANTA FE	1,053,104.4	3,106,658.0	25,848,091.9
SANTIAGO DEL ESTERO	348,727.7	1,028,746.7	8,991,054.3
TIERRA DEL FUEGO	23,570.4	69,532.8	567,202.3
TUCUMAN	710,341.7	2,095,508.1	17,387,428.1
TOTAL TRANSFERIDO:	12,677,790.7	37,399,482.4	313,627,168.0

NOTAS:

1. Se estimó el costo en pesos considerando u\$s 1 = \$ 2.95
 2. Los valores de mercado corresponden al precio unitario registrados por los productos farmacológicos equivalentes en el mes de junio de 2003. Fuente: Manual Farmacéutico Argentino.
- Fuente: Sistemas de Información Remediar

jurisdicciones. Pero si se parte del precio de los productos distribuidos en las farmacias minoristas (es decir el monto que los beneficiarios del programa hubieran pagado por ellos), la transferencia asciende a algo más de trescientos trece millones. La diferencia refleja la eficiencia del programa y el traslado directo de este beneficio a las jurisdicciones. Pero además, a medida que el programa crece en volumen también va logrando mayores niveles de economía de escala de forma que el valor de mercado de los beneficios distribuidos (medicamentos) crecerá progresivamente. En la Tabla 10 se observan los valores transferidos a cada jurisdicción.

Impacto del Remediar sobre el funcionamiento de los CAPS

La red de APS en las provincias y municipios argentinos ha sido estructurada de forma muy heterogénea. La oferta de servicios es muy amplia en todo el país lo cual se refleja en la alta accesibilidad geográfica a servicios de salud¹³. Sin embargo, se registran diferencias sensibles según jurisdicciones (provincias y municipios) respecto a la infraestructura, los recursos humanos, los horarios de atención, la calidad, la resolutivez, e incluso el cobro por los servicios a la población.

Por estos motivos, se puede afirmar que la equidad en el acceso a la APS es aún una deuda pendiente en Argentina. El panorama se agravó con la recesión económica y la crisis desatada en el 2001 debido a la notable escasez de recursos. Además, Dentro de la propia red de atención médica existe una puja distributiva por los

¹³ Argentina se encuentra entre los países de la región en los cuales se registran las menores barreras geográficas de acceso a los servicios de salud. Según una evaluación de todos los países de la región desarrollada por Gabriela Hamilton, en Argentina solo un 15,5% de los Argentinos enfrentan barreras geográficas de acceso a los servicios de salud. El dato es relevante si se compara con el total de la región donde el porcentaje asciende a 22%. Ver: Hamilton, Gabriela. "Exclusión de la Protección social en salud en Argentina". Programa de Investigación Aplicada-Isalud, 2001. Disponible *On line* en: http://www.isalud.org/documentacion/germ_excl-arg-2001-agos27.pdf

recursos (humanos, tecnológicos, financieros e insumos) en la cual tradicionalmente los CAPS resultan perjudicados frente los hospitales y centros de mayor complejidad. Todo esto hizo que el volumen de consultas en CAPS decayera. Como ha sido comentado anteriormente, para la puesta en funcionamiento del programa se acordó en el ámbito del COFESA una fórmula automática para definir de forma equitativa la cuota de botiquines correspondientes a cada provincias.

En los meses posteriores, cada remesa de botiquines respondió a la cantidad de consultas que los CAPS rendían al programa a través de los formularios diseñados por Remediar para ese fin. Esto permitió al programa monitorear el incremento del volumen de consultas en los CAPS bajo programa.

En las once primeras entregas de medicamentos (octubre de 2002 a septiembre de 2003) el volumen de consultas en promedio creció un 25%, aunque el incremento modal fue del orden del 50%. Por otro lado, las evaluación del SIEMPRO detectó que los CAPS no registraban una congestión notoria (los tiempos de espera de los pacientes no se habían incrementado de forma sensible). Esto permite concluir que el incremento en el volumen de consultas continuará elevándose.

Por otro lado, en varias localidades del país se cobraban bonos contribución en los CAPS a la población que concurría a los mismos. Lamentablemente, la frecuencia del cobro es inversamente proporcional a la renta media de los habitantes, Es decir es mayor en los lugares más pobres. Remediar exigió la eliminación de dicho cobro como requisito par ala provisión de medicamentos a los CAPS. Esto estimuló a las autoridades de algunas de las localidades más pobres del país como la Provincia de Tucumán y el Partido de la Matanza (Provincia de Buenos Aires) a sancionar ordenanzas y normas prohibiendo el cobro en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

VII. Sustentabilidad y perspectivas de Remediar

En su formulación Remediar, asumió dos objetivos:

1. Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a medicamentos esenciales y
2. Fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

El primer objetivo fue alcanzado en tiempo récord, llegando con medicamentos esenciales para su dispensa gratuita a todos a los CAPS del país. Por estos motivos, cumplido un año de ejecución del programa los esfuerzos se concentrarán en el cumplimiento del segundo objetivo. Para ello el modelo de atención que promueve el Programa se centra en la estrategia de Atención Primaria de la Salud con una modalidad de organización del sector salud a través de los conceptos de intersectorialidad, participación social y descentralización de las acciones en forma sistemática y organizada.

PROAPS-Remediar implementará compromisos de gestión con un conjunto de jurisdicciones que adhieran a través de los cuales se explicitarán las metas a ser alcanzadas por las redes locales de APS y los incentivos que para ello incorporará el programa.

Los compromisos de gestión serán aplicados entre PROAPS - Remediar la Provincia y el Municipio. Pero además, en las diferentes unidades y niveles de responsabilidad de la jurisdicción, y de acuerdo al grado cumplimiento se podrá evaluar el desempeño de la red en su conjunto y en cada actor en particular. La tabla 11 presenta los principios orientadores de los com-

promisos de gestión propuestos.

La meta del programa es alcanzar 100 municipios con compromisos de gestión firmados a fin del 2006, lo que equivale a aproximadamente al 64% de los botiquines, el 56% de los CAPS y el 75% de la población bajo programa.

Elegibilidad

La selección de las jurisdicciones a ser incluidas en los compromisos de gestión parte de dos tipos de criterios. En primer lugar, hay condiciones imprescindibles (necesarias) para que los compromisos de gestión tengan viabilidad política y factibilidad técnica. En segundo lugar, hay un conjunto de factores que permitirán rankear a las jurisdicciones.

Se plantean dos requisitos básicos que indefectiblemente deben ser garantizados por las jurisdicciones para poder contar con la posibilidad de incorporar los compromisos de gestión propuestos por el PROAPS-Remediar.

1. **Voluntad política de apoyo a la transformación del modelo de atención centrado en la estrategia de atención primaria de la salud.** Esto significa garantizar el compromiso de las autoridades sanitarias, la conformidad de la máxima autoridad de la jurisdicción y el acuerdo de los responsables de los servicios involucrados. Dicha voluntad se prueba a través de una carta de intención firmada por los mencionados actores al programa.

Tabla 11. Ejes sobre los cuales operará Remediar para fortalecer el modelo de atención

¿Qué? Propósitos	¿Para qué? Principios	¿Cómo? Herramientas
<ul style="list-style-type: none"> • Programación local • Participación • Articulación • Operación en red 	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Eficacia • Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidad • Evaluación del desempeño • Referencia y contrareferencia • Capacitación • Asistencia técnica • Incentivos

2. **Funcionamiento transparente del Programa Remediar en la jurisdicción.** Esto significa que en un período de, al menos, tres meses no se haya registrado ninguna irregularidad ni queja fundada a través de las distintas instancias de control de gestión del Programa (auditorías a CAPS, auditorías a beneficiarios, control social directo a través de la red de voluntarios de la sociedad civil, llamados al Call Center).

Por otro lado, hay condiciones para ranqueo de las jurisdicciones. Se trata de condiciones no excluyentes, pero cuya presencia involucra una mayor viabilidad o factibilidad de la reforma de la Atención Primaria de la Salud y posibilidades de avanzar hacia el modelo propuesto por PROAPS-Remediar. La selección de los municipios y/o provincias a ser invitados para la firma de los compromisos de gestión se realizará privilegiando aquellas que presenten mejor posicionamiento en función del siguiente listado de indicadores:

1. **Adecuado cumplimiento de la operatoria del Programa Remediar .** Esto significa que la Unidad Ejecutora Central del programa pueda verificar.
2. **Alta tasa de utilización de botiquines Remediar.** Esto significa que serán priorizadas aquellas jurisdicciones que involucre un mayor volumen de atención (y consecuentemente de prescripción y dispensación).
3. **La jurisdicción conoce la población bajo programa.** Esto significa que se otorgará prioridad a los compromisos de gestión con las jurisdicciones que puedan demostrar un

mayor interés por avanzar hacia la atención programada.

4. **Existencia en la jurisdicción de un conjunto normativo sobre el armado de una red de servicios que tienda a caracterizar un modelo proveedor de servicios.** Esto significa que otorgará prioridad a las jurisdicciones que puedan demostrar avances en la normatización del funcionamiento de la red asistencial buscando incorporar una dinámica adecuada de referencia y contrareferencia.
5. **Existencia en la jurisdicción de la jurisdicción de política de Recursos humanos para la APS.** Esto significa que se otorgará prioridad a aquellas jurisdicciones que hayan demostrado interés en jerarquizar la estructura de APS .
6. **Evaluación de factores de éxito:** Se trata de una evaluación de la viabilidad político institucional de la propuesta que garantice la sustentabilidad de la jurisdicción para alcanzar las metas del compromiso de gestión y mantener en el tiempo los resultado alcanzados.

Para acreditar la elegibilidad de las jurisdicciones, PROAPS - Remediar utilizará una grilla de valoración que permitirá el **ranqueo de los municipios y provincias** interesados en asumir compromisos de gestión. Se evaluará si la jurisdicción cumple o no con cada uno de los criterios antes expuestos. Si cumple, el puntaje será el establecido en la grilla. El puntaje final obtenido para cada jurisdicción será la base para establecer un ranking que permitirá asignar los cupos de compromisos de gestión a firmar en función del cronograma de implementación propuesto.

Gráfico 11.

Gradualidad: Fases para la implementación de los compromisos de gestión con las jurisdicciones



La propuesta para fortalecer el modelo de APS (objetivo 2) se apoya en el criterio de gradualidad y continuidad de las acciones. Para ello se prevé la implementación de compromisos de gestión en cuatro fases consecutivas (Gráfico 11).

La jurisdicción deberá cumplir prerequisites que estarán vinculados al cumplimiento de metas de fortalecimiento del modelo de gestión en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, para acceder a los incentivos previstos .

Incentivos`

En este contexto, adquiere importancia para estimular el cumplimiento de la metas, la innovación y la creatividad, la implementación de una política de incentivos en los CAPS, tanto a los centros como a su personal, y los servicios o centros de referencia.

Estos incentivos serán de distinta índole, en función de los destinatarios y no estarán vinculados a la retribución ni a estímulos financieros. En la siguiente tabla se detallan para cada fase el tipo de incentivos a aplicar:

Condiciones necesarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voluntad política de apoyo a la transformación del modelo de atención centrado en la estrategia de atención primaria de la salud 2. Funcionamiento transparente del programa REMEDIAR en la jurisdicción
Condiciones para ranqueo de las jurisdicciones	<ol style="list-style-type: none"> 3. Adecuado cumplimiento de la operatoria del programa REMEDIAR 4. Alta tasa de utilización de botiquines REMEDIAR 5. La jurisdicción conoce la población bajo programa 6. Existencia en la jurisdicción de un conjunto normativo sobre el armado de una red de servicios que tienda a caracterizar un modelo proveedor de servicios 7. Existencia en la jurisdicción de política de Recursos humanos para la APS. 8. Evaluación de factores de éxito

Tabla 13. Incentivos aplicables a cada fase de implementación

A partir de la fase	Incentivos
Fase 1	Para la jurisdicción: <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de mecanismos de redistribución de medicamentos entre CAPS.
Fase 2	Para los Centros <ul style="list-style-type: none"> • Alta de medicamentos para población bajo programas de crónicos (diabetes, hipertensión , respiratorias y cardiopatías) • Medicamentos para enfermedades críticas (con precisión diagnóstica y esquema terapéutico) • Insumos (placas, material descartable etc) • Equipamiento de atención primaria (balanzas, nebulizadores, estanterías, armarios, camillas, ecógrafos, heladeras, etc) Para el personal que se desempeña en los mismos. <ul style="list-style-type: none"> • Becas destinadas a capacitación en gestión • Becas para investigación • Financiamiento de actividades de información y actualización del personal de los CAPS
Fase 3	Para los servicios de referencia <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para enfermedades críticas (con precisión diagnóstica y esquema terapéutico) • Insumos (placas, material descartable etc) • Equipamiento acorde a las necesidades de funcionamiento de la red.
Fase 4	Para los centros de salud y/o los servicios de referencia : <ul style="list-style-type: none"> • Equipamiento y financiamiento de obras de mejoramiento de la infraestructura de los efectores de atención primaria.

VIII. Lecciones aprendidas

En conclusión, como política social y sanitaria Remediar constituye una respuesta adecuada, oportuna, equitativa y eficiente que puede ser emulada y replicada por otros países porque:

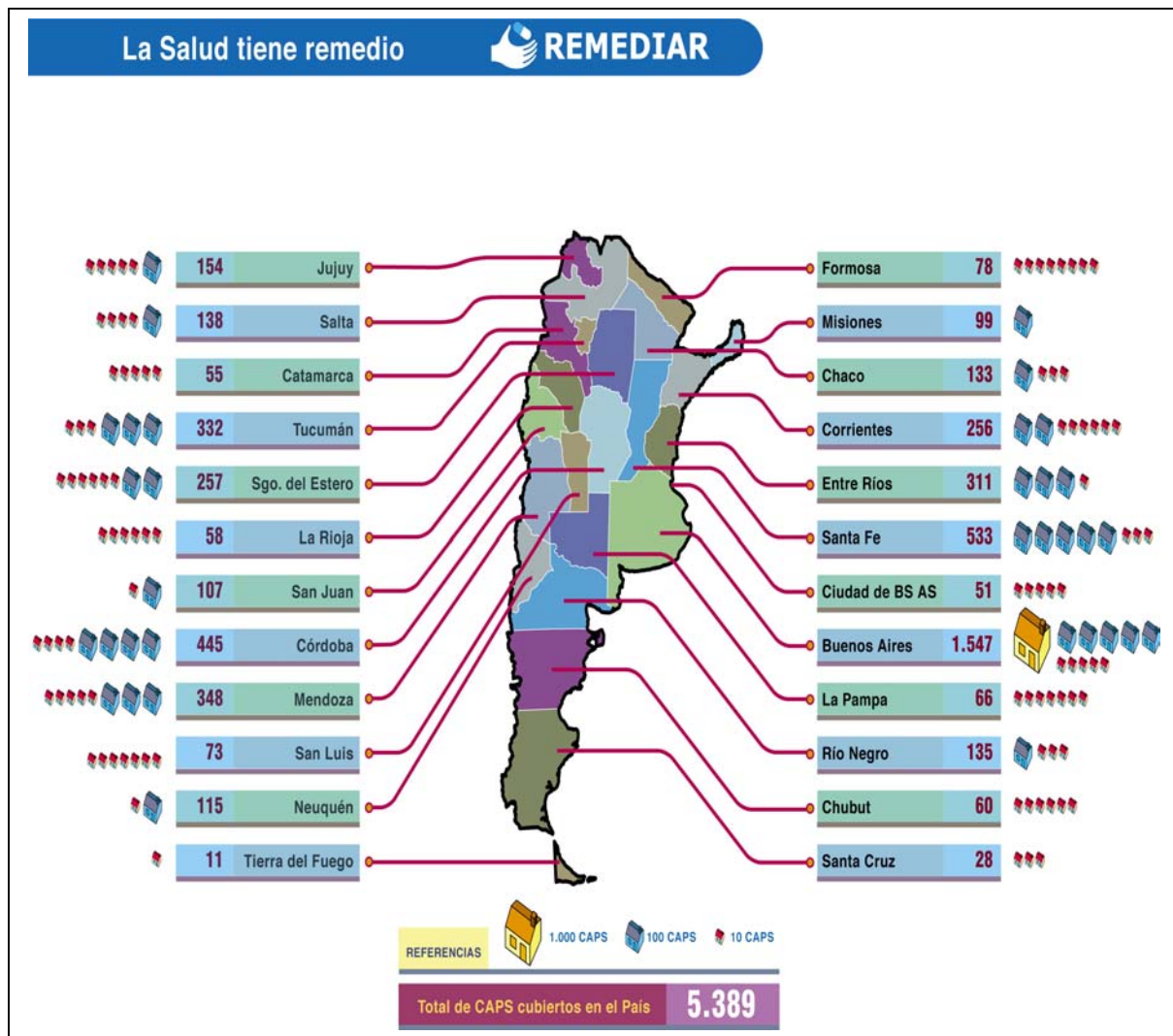
- **Garantiza el acceso a los medicamentos ambulatorios:** constituye una respuesta adecuada para uno de los mayores problemas de los sistemas de salud del mundo y de América latina en particular: el acceso a medicamentos.
- **Es financieramente sustentable:** El programa tiene su financiación protegida para garantizar que los factores macroeconómicos no perjudiquen su desempeño. Además, deja una lección muy importante para los organismos de crédito internacional que podrían haber rehusado la financiación de bienes transables por temor a los altos desvíos.
- **Es técnicamente consistente:** Fue diseñado en base al criterio de medicamentos esenciales (establecido por la Organización Mundial de la salud), al conocimiento técnico de expertos nacionales e internacionales y al consenso con los actores involucrados. En particular con las provincias.
- **Es federal:** Remediar inauguró un modelo de federalismo sanitario basado en criterios de distribución territorial equitativos, transparentes y objetivos. El programa contribuyó a consolidar un modelo de división intergubernamental del trabajo en salud sobre bases más objetivas y equitativas.
- **Es una respuesta a la emergencia:** Constituye la estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación para enfrentar la emergencia social y sanitaria, garantizando para 15 millones personas el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica.
- **Impulsa la reforma duradera:** A través de tres ejes que mejoran la eficiencia y la eficacia del sistema de salud por tres vías: a) jerarquiza los CAPS y fortalece estrategia de Atención Primaria de la Salud, b) complementa la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y el uso del nombre genérico, c) promueve el uso racional de medicamentos.
- **Permite compras muy eficientes:** Se logran economías de escala que permiten adquirir los medicamentos a valores hasta un 90% inferiores a los precios de venta al público.
- **Genera un alto impacto redistributivo:** La alta focalización inherente a la red de APS y el importante incremento (cuando se considera a valores de mercado) de los valores transferidos a los beneficiarios (debido las economías de escala) lo convierte en una importantísima herramienta de redistribución. Por cada peso invertido se transfiere el equivalente a 9 pesos a los beneficiarios. La dación gratuita de medicamentos tiene un alto efecto redistributivo.
- **Vincular provisión gratuita de medicamentos y APS configura el más poderoso cocktail de medidas de redistribución de ingresos.** Vale la pena destacar esto. En primer lugar la Atención Primaria de la Salud cuyo impacto redistributivo ha sido probado en el mundo y en Argentina en particular¹⁴. Y por el otro lado la distribución gratuita de medicamentos a la población de bajos ingresos.
- **Tiene un riguroso esquema de evaluación y control de gestión.** Que incluye: la implementación de una línea de base y la evaluación en su conjunto del programa (desarrollada por el SIEMPRO), un fuerte esquema de auditoría, un riguroso sistema de información, el control social directo a través de ONGs reconocidas con representación en todo el país (Cáritas y Cruz Roja), y la central de reclamos y control de calidad que opera una línea telefónica de discado gratuito y un sitio en internet.
- **Genera efectos colaterales.** Por un lado, al incentivar la demanda directa en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) fortalece la capacidad de los sistemas de salud provinciales y municipales de dar respuesta a

¹⁴ Flood, M.C. V, Harriague, Marcela, Montiel, Leticia, Gasparini, Leonardo. *El gasto público social y su impacto redistributivo*, Secretaría de Programación Económica, junio de 1994.

sus habitantes jerarquizando la red asistencial. Por otro lado, Remediar promueve una intensa participación de la sociedad civil en diversas instancias del programa. Además, Remediar refuerza la política de uso del nombre genérico ya que los medicamentos serán prescritos y suministrados a la población por su Denominación Común Internacional.

- **Promueve el uso racional de medicamentos.** Lo más destacable, es que Remediar no sólo apunta a mejorar el acceso sino que también

asume objetivos muy ambiciosos en la promoción del uso racional de los medicamentos. Esto se logrará: a) suministrando a la población los medicamentos en las cantidades adecuadas a los tratamientos integrales (minimizando discontinuidad y botiquines hogareños), b) estableciendo y difundiendo guías clínicas de tratamiento, c) capacitando a los prescriptores sobre uso racional y d) monitoreando en los CAPS la adecuada prescripción y suministro.



Bibliografía

- Barachick, G. & Katz, J., “La industria Argentina en los Años 90”, Ed. CEPAL, Santiago, 2001
- Fiszbein, A., Giovagnoli, P. & Adúriz, I., “La crisis argentina y su impacto sobre los hogares”, Documento de Trabajo No. 1/02, Ed. Banco Mundial, Buenos Aires, Nov. De 2002. Disponible en <http://www.bancomundial.org.ar/>
- Flood, M.C., Harriage, M., Montiel, L. & Gasparini, L., “El gasto público social y su impacto redistributivo”, Ed. Secretaria de Programación Económica, Buenos Aires, Junio del 2004.
- Hamilton, G., “Exclusión y protección social en salud en Argentina”, Programa de Investigación Aplicada, Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2001. Disponible en http://www.isalud.org/documentación/Endeudamiento_sectorial.pdf.
- Rojo, P. & Canosa, A., “El programa de desreglamentación del Gobierno Argentino”, Boletín Informativo Techint, No. 269, Enero-Marzo, 1992.
- Tobar, F., “Las políticas de medicamentos y el problema del acceso” in Boletín Fármacos (Editorial), Buenos Aires, Volumen 5, No.4, Septiembre del 2002.
- _____ (coordinador), “El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo”, Ediciones ISALUD, No. 5, Buenos Aires, 2002.
- _____, Ventura, G., Mangiaterra, A., & Termansen, I., “Endeudamiento Sectorial”, Documentos del Programa de Investigación Aplicada de Salud No.6, Buenos Aires, 2001, Disponible en http://www.isalud.org/documentación/Endeudamiento_sectorial.pdf.
- _____, Tobar, F., “Acceso a medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas”, Boletín Fármacos, Volumen 5, Número 4, Septiembre del 2002.
- Uribe, J.P., Schwab, N., “El sector salud argentino en medio de la crisis”, Documento de Trabajo No. 2/02, Ed. Banco Mundial, Buenos Aires, Nov. 2002, Disponible en <http://www.bancomundial.org.ar/>
- Ventura, G., “Impacto de la reducción de los costos laborales sobre el sistema de salud”, Documentos del Programa de Investigación Aplicada de ISALUD, No.6, Buenos Aires, 2001, Disponible en <http://www.isalud.org/investigación/documentos.asp>.
- Zerda, A., Velásquez, G., Tobar. & F. Vargas, J., “Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos”, Washington DC, OMS-Ediciones ISALUD, 2001.