

Título de la Ponencia: **Evaluación del Programa Remediar: acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA).**

Autores (por orden alfabético):

Cerezo Leticia, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes,
lcerezo@remediar.gov.ar

Fernandez Prieto Anabel, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes,
afernandez@remediar.gov.ar

Rezzonico Ma. Guadalupe, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes,
grezzonico@remediar.gov.ar

INTRODUCCIÓN.

A partir del año 2002, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), el Ministerio de Salud de la Nación viene implementando el Programa Remediar + Redes (R+R) con el objetivo de contribuir al incremento de la capacidad de respuesta y a la jerarquización de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud, priorizando el fortalecimiento de las redes de servicios públicos de salud en las provincias argentinas.

Desde sus inicios, el Programa tuvo como principal objetivo proveer medicamentos esenciales a todas aquellas personas en situación socioeconómica vulnerable con dependencia exclusiva del sistema público de salud para el acceso a medicamentos. La provisión de medicamentos esenciales se lleva a cabo a través de la distribución mensual de botiquines a más de 7000 efectores del Programa, ubicados en las 24 jurisdicciones del país.

El Programa comenzó a implementarse en un contexto de crisis socio-económica que requirió de una política nacional que garantizara el acceso a los medicamentos esenciales de los sectores sociales más afectados por la crisis. En este sentido, la posibilidad de obtener o no un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres¹. En este sentido, las barreras económicas son uno de los grandes condicionantes en el acceso a los servicios básicos de salud y/o a los medicamentos. Esta barrera se deriva del alto precio de los medicamentos y del impacto regresivo en los ingresos familiares dado que los sectores que cuentan con menos recursos son precisamente los que deben gastar una mayor proporción de sus ingresos para acceder a los medicamentos. En este sentido, y en el marco de políticas para mejorar

¹ Tobar, F. (2003) *Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. Boletín Fármacos. Federico Tobar [en línea] 2002 [Fecha de acceso 21 de Diciembre 2008]; 5(4):35-45. URL disponible <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/publicaciones/2.pdf>.

el acceso a los medicamentos, el suministro gratuito de medicamentos permite ampliar y hacer más equitativo el acceso a los medicamentos específicamente y a la salud en términos generales.

En este contexto y con la intención de dimensionar el rol del Programa Remediar + Redes es que se llevó a cabo la evaluación a partir de la cuál realizamos la presente ponencia.

Justificación del estudio.

Con el propósito de llevar a cabo un análisis descriptivo y transversal que permitiera dar cuenta de la situación en la cual se implementa Remediar + Redes, se estableció la pertinencia de realizar el presente estudio, realizado desde el Área de Monitoreo y Evaluación del Programa.

Los resultados descriptivos que surgieron del estudio constituyen, por un lado, un insumo que contribuye a mejorar la estrategia y la gestión del Programa y, por otro lado, permitirán una evaluación futura de los impactos en el mediano plazo.

En este sentido, la investigación contaba con un antecedente realizado por el Programa Remediar en el 2003, coordinada por el Área de Evaluación del Siempre-Sisfam, en el cual se indagó respecto del alcance e impacto del Programa en los primeros momentos de implementación del mismo.

Objetivos.

El objetivo general de la evaluación ha sido realizar un análisis descriptivo de la situación en la cual se implementa el Programa Remediar +Redes focalizando en:

- Caracterizar socio - económicamente a la población que reside en las áreas de referencia de los CAPS y, en particular, a la población usuaria de los mismos a nivel nacional;
- Determinar el nivel de acceso en la Argentina a medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar + Redes de la población usuaria del Primer Nivel de Atención de Salud;

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Diseño Muestral.

En la evaluación se relevaron distintas unidades de análisis que fueron seleccionadas a partir de una muestra nacional inicial de CAPS efectores del Programa Remediar + Redes.

La muestra inicial fue seleccionada a partir de un marco muestral constituido por 5.955 Centros de Salud al mes de septiembre de 2010.

Para la selección de los efectores de salud se realizó un muestreo probabilístico en dos etapas. En la primera, se procedió a seleccionar probabilísticamente 75 departamentos de manera proporcional a

las jurisdicciones provinciales²; y en una segunda etapa se seleccionaron al azar 4 CAPS dentro de cada uno de los departamentos seleccionados.

De esta selección resultó una muestra nacional³ compuesta por 300 CAPS, efectores del Programa, distribuidos en 75 departamentos de 21 provincias de la Argentina.

Poblaciones Objetivo y técnicas de recolección.

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo que relevó dos poblaciones diferentes. La primera fueron los **consultantes a CAPS**, efectores de R+R, definidos como aquellas personas que fueron encuestadas en un centro de salud luego de haber consultado a algún profesional del equipo de salud, ya sea un médico, un odontólogo o un enfermero.

En segundo lugar, se relevó a la **población residente en el área de referencia** de esos efectores, quienes fueron encuestadas en sus hogares sin importar si alguno de sus miembros consultó o no en un efector del Programa.

El Cuestionario a Consultantes fue administrado *in situ* a 1.875 personas. En cada uno de los 300 CAPS, se relevó una cantidad específica de consultantes correspondiente al nivel de actividad del CAPS. La selección de cada consultante se realizó con un método aleatorio sistemático.

El Cuestionario a Hogares fue administrado en hogares seleccionados a partir de los consultantes a CAPS que respondieron el primer cuestionario y a una igual cantidad de hogares “vecinos” de los hogares de los consultantes. Respecto de los **hogares de consultantes a CAPS** relevados, éstos fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio.⁴ La cantidad total de hogares de consultantes encuestados fue de 375. A los fines de asegurar que el hogar a relevar perteneciera al área de referencia del CAPS, se definió un filtro que indicaba que el consultante seleccionado residiera a menos de 15 cuadras de distancia del CAPS. Para la selección de **hogares de vecinos de los consultantes a CAPS** se partió de la muestra de hogares de consultantes a CAPS relevados. Es por ello que la cantidad de hogares “vecinos” relevados fue igual a la cantidad de hogares de consultantes, es decir 375 hogares. Los hogares “vecinos” fueron seleccionados a partir de un procedimiento aleatorio, a partir del hogar del consultante encuestado. Cabe destacar que tanto para los hogares de los consultantes, como para los hogares “vecinos” se definió que el respondiente de este cuestionario sería el principal sostén del hogar (PSH) o bien un responsable de las compras del mismo.

2 En vistas de que resultó que algunas jurisdicciones provinciales no resultaron con ningún departamento asignado se procedió a unir las siguientes jurisdicciones: La Pampa fue unida a Buenos Aires, Tierra del Fuego fue unida a Chubut y Neuquén a Río Negro.

3 Con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación sería de +/- 0,05.

4 Dicho criterio consistió en entregar a cada encuestador una tarjeta que indicaba a cuál de las encuestas realizadas debía ir a aplicar la encuesta al hogar. De este modo, la cantidad de hogares de consultantes relevados por cada uno de los CAPS estuvo directamente relacionada a su nivel de actividad.

Trabajo de Campo.

La recolección de los datos del estudio estuvo a cargo de una firma especializada, contratada para tal propósito. El mismo tuvo lugar desde el 10 de noviembre del 2011 al 16 de diciembre de 2011.

ACCESO Y COBERTURA A MEDICAMENTOS ESENCIALES.

Qué entendemos por acceso a medicamentos?

El concepto acceso, vinculado al área de salud, refiere al grado en que las barreras físicas o barreras económicas, dificultan a las personas el uso de los servicios de salud. La promoción del acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud necesarios es considerada una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

En este sentido, la provisión de medicamentos esenciales⁵ promueve el acceso a la salud, específicamente el acceso a medicamentos, en tanto que constituye una estrategia dirigida a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.

Con formato: Fuente: 11 pt

1.- Caracterización de los consultantes a efectores del PNA.

Tal como se mencionó anteriormente la cantidad de consultantes relevados a partir del Cuestionario a Consultantes de CAPS fue de 1.875. De ellos el 72 % fueron mujeres y el 28 % varones, cifras que dan cuenta de la mayor proporción de mujeres que consultan en efectores de salud del PNA. La distribución etárea de los consultantes tiene un perfil infantil, en el sentido que el 14% del total resultaron menores de 15 años. A partir de esa edad la participación femenina supera en todas los rangos etarios a la masculina. Esta diferencia se incrementa especialmente en el tramo de 20 hasta los 39 años inclusive, coincidente con la edad reproductiva de la mujer.

Cabe destacar que la elevada presencia de mujeres en edad reproductiva y de consultantes niñas y niños, da cuenta de las directrices, acciones y estrategias que desde la cartera sanitaria de nuestro país que se promueven en pos del cuidado de la salud materno infantil.

El perfil según sexo y edad de los consultantes a CAPS difirió del perfil de la población total que residía en las áreas programáticas de los CAPS. En este sentido los varones efectivamente residen en las áreas programáticas pero no concurren a dichos efectores de salud resultando llamativo y, por lo tanto una alerta al PNA, la escasa concurrencia de personas de sexo masculino a los CAPS. Diferentes percepciones en torno al concepto de salud y enfermedad entre mujeres y varones

⁵ Los medicamentos esenciales son aquellos que permiten satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población.

podrían ser variables que influyen en un menor uso y/o en una menor frecuencia de atención por parte de estos últimos en los CAPS.

Respecto de la cobertura de salud del total de los consultantes relevados, la mayor proporción posee cobertura pública exclusiva alcanzando el 66%. Si a esta proporción se le adicionan los consultantes cuya cobertura de salud proviene de “Programas o planes estatales” (5%), es decir al agregarle la proporción de personas que se encuentran enmarcadas en un Plan estatal de salud, ***fue posible afirmar que 7 de cada 10 consultantes que asistió al CAPS posee cobertura pública exclusiva.***

Respecto de quienes refirieron poseer planes estatales en particular, cabe destacar que el 42% tenía 6 años o menos de edad. Esta situación podría estar relacionada con la mayor proporción de planes o programas estatales de salud entre la población infantil⁶.

Por su parte, el 28 % de los consultantes manifestó que posee otro tipo de cobertura de salud. Del total de consultantes, el 16% dijo que posee “Obra Social” y el 8% “PAMI”⁷, el 3% posee “Prepaga” mientras que el 2% “Mutual”⁸.

2.- Acceso a medicamentos en el PNA.

Una de las dimensiones que podrían dar cuenta de las posibilidades de acceso a medicamentos por parte de los consultantes refiere a la distancia de sus hogares al efector de salud en el que consulta. Al respecto en este estudio se relevó que, en promedio, los consultantes residen a 12 cuadras del CAPS.

¿Cuáles fueron los motivos referidos por los consultantes para acercarse al CAPS?

El principal motivo de consulta en los efectores de Salud fue de Control y Tratamientos (donde se incluye el “control general, sin estar enfermo” (37%), el “control de embarazo - post-parto” (8%) y el acercamiento al efector para continuar con un tratamiento (11%). Precisamente son éstos los tipos de consulta que podrían organizarse por esquemas de turnos programados (esquema de distribución de consultas por fuera de la demanda espontánea).

En segundo lugar, 3 de cada 10 consultantes refirió haberse acercado al Centro por motivos de cierta urgencia (“se sentía mal” 29% y “sufrió un accidente – emergencia” 2%).

⁶ A modo de ejemplificar la situación referida, al finalizar el segundo semestre de 2011 (periodo temporal que corresponde con el relevamiento de campo) la cantidad de niños y niñas inscriptos al Plan Nacer era de 1.592.077.

⁷ Cabe destacar que en este estudio la categoría de cobertura de salud “PAMI” fue relevada separada del resto de las obras sociales.

⁸ A los fines del análisis del presente estudio se unificaron algunas de las categorías de la pregunta que relevaba la cobertura de salud de los encuestados (pregunta S.2 – Cuestionario a Consultantes de CAPS y pregunta 6.a – Cuestionario a población residente en las áreas programáticas de los CAPS). En este sentido en la categoría “Obra social” de este análisis se incluyeron las categorías “Obra Social (incluye monotributo general)” y “Obra Social (incluye monotributo general)”. La categoría “Prepaga” incluye “Prepaga a través de obra social”, “Prepaga por contratación voluntaria” y “Servicio de emergencia”. Esta recategorización se utilizó en todas las secciones de la presente publicación.

Luego de su paso por la consulta, se les preguntó a los consultantes cuáles habían sido los motivos por los que se acercaron al CAPS. Cabe destacar que un 13% de los consultantes refirió haberse acercado al CAPS por más de un motivo⁹.

¿Cuál es la frecuencia de asistencia de los consultantes al CAPS de referencia?

En términos de visita al Centro de salud, se identificó que el 55% de los consultantes había concurrido por última vez al CAPS hacía menos de 1 mes mientras que el 21% lo había hecho entre 1 y 3 meses antes de la consulta en la que fue encuestado. Respecto de aquellos consultantes que recurrieron al CAPS por primera vez (7 % de los consultantes) se pudo constatar que una mayor presencia de varones por sobre mujeres.

Acceso a medicamentos esenciales.

En el presente apartado, con la intención de determinar el nivel de acceso a medicamentos esenciales por parte de la población usuaria del PNA se procedió primero a caracterizar a los consultantes a los que se les prescribió un medicamento y, posteriormente, a dar cuenta del acceso de esos medicamentos prescritos entregados de forma gratuita en el efector.

A partir de la información relevada en ambos momentos fue posible afirmar que si a la cantidad de consultantes que recibieron una prescripción en la consulta de hoy (45%), se adiciona también la cantidad de consultantes que refirieron haber recibido una prescripción en la última consulta, la proporción total asciende al 70%. Este incremento da cuenta que la prescripción medicamentosa no necesariamente se realiza cada vez que se consulta al centro de salud, ya que si fuera así la prescripción debería haber alcanzado al 90%. Esta situación evidencia el **uso de estrategias no farmacológicas por parte de los recursos humanos** de los efectores o bien a la realización de controles de salud (sin requerir prescripción), que como vimos anteriormente engloba al 40% de los motivos de consulta.

Acceso a medicamentos en la “consulta de hoy”.

Del total de consultantes relevados, el 45% refirió que en la consulta de hoy le recetaron algún o algunos medicamentos. Al analizar esta variable según la edad del consultante fue posible observar que la tasa de prescripción fue mayor para los grupos de menores de 40 años de edad, en comparación a la de los grupos de edad más adulta. Cabe destacar que entre los consultantes de 65 años y más, la tasa de prescripción fue del 32%. Esta situación estaría relacionada, al alto porcentaje de cobertura de salud por parte de PAMI que poseen los consultantes mayores de 65 años de edad,

⁹ El análisis que se presenta a continuación refiere a la cantidad de menciones. Estas adicionan un total de 113%.

con un 72% de este tipo de cobertura, así como también a la mayor frecuencia de acceso al CAPS para recibir atención del personal de enfermería.

Respecto de la cobertura de salud de quienes recibieron una prescripción en la consulta de referencia, fue posible observar que la tasa de prescripción entre quienes poseen cobertura pública exclusiva o bien cuya cobertura de salud proviene de “Programas o planes estatales”, fue mayor que entre quienes poseen otra cobertura de salud (obra social, mutual, prepaga o PAMI). Así, la tasa de prescripción fue del 49% para los consultantes con cobertura pública y del 34% entre quienes poseían otra modalidad de cobertura.

Acceso a medicamentos de forma gratuita.

A los consultantes que recibieron en la consulta de hoy alguna prescripción medicamentosa (842 personas), se les preguntó luego respecto de si el medicamento prescripto les fue proporcionado en el CAPS de forma gratuita. De allí surge que, la proporción de consultantes que recibieron de forma gratuita todos o algunos de los medicamentos prescriptos fue del 87%. **De este modo, casi 9 de cada 10 consultantes que requirieron un medicamento lo obtuvieron en el CAPS de referencia y gratuitamente.**

Con la intención de dar cuenta de las estrategias desplegadas por los consultantes en caso que no hubieran accedido al medicamento prescripto en el CAPS gratuitamente en la última consulta, se les preguntó que habían hecho en esa ocasión para lograr acceder al/los medicamentos prescriptos. De ellos, el 86% refirió que para adquirirlos tuvo que “comprarlos en una farmacia, kiosco, negocio, etc.”. Es importante tener esto en cuenta al momento de pensar el impacto redistributivo de los programas de provisión de medicamentos, ya que los medicamentos y/o insumos que no fueron conseguidos de forma gratuita en el efector de salud, fueron adquiridos del bolsillo de los

Cobertura del Programa Remediar.

Respecto de la cobertura del Programa, fue posible identificar que del total de consultantes a los que se les prescribió un medicamento en su asistencia al CAPS (842 casos), Remediar logró dar respuesta al 74% de esas demandas y de los medicamentos entregados de forma gratuita, el 85% correspondían a medicamentos del Programa Remediar.

Caracterización de la población que recibió medicamentos de forma gratuita por parte del Programa Remediar.

Para analizar la distribución por sexo y edad de los consultantes que recibieron medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar, se construyó la correspondiente pirámide de población. La misma resulta bastante similar a la forma que adquirió la pirámide del total de consultantes de los efectores relevados. Las mayores diferencias se dieron entre las bases de ambas,

en tanto que la proporción de menores de 5 años fue mayor en la pirámide que refiere a consultantes que recibieron medicamentos esenciales por parte de Remediación con el 17% de los casos, frente al 14% que se relevó en la pirámide de los consultantes.

Luego, el grupo de varones entre 50 y 54 años de edad refirió un mayor porcentaje entre los consultantes que recibieron una prescripción que entre el resto de los consultantes. Por su parte también fue posible observar que en la pirámide que corresponde a los consultantes que recibieron medicamentos del Programa, las mujeres en edad reproductiva (sobre todo para el rango de edad de 20 a 24 años) se encuentran representadas en mayor proporción. Esto podría estar relacionado a la provisión que realiza el Programa Remediación de medicamentos destinado a las mujeres en esa etapa así como también a los insumos que Remediación distribuye en los CAPS en el marco de la asistencia logística realizada al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)¹⁰. Luego, al comparar la distribución según cobertura de salud entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita provistos por R+R con la distribución según cobertura de salud del total de consultantes (1.875 casos), fue posible observar que la proporción de consultantes con cobertura de salud pública exclusiva ascendió entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita (75% gratis a través de Remediación) que para el total de la población relevada (66%). **Esta situación constituye un indicador de la autofocalización del Programa, al dar cobertura a aquellas personas que no la tienen de forma privada.**

CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN QUE RESIDE EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LOS CAPS.-

A continuación se presentan las características de las Áreas Programáticas de los Centros de Salud. En total se relevaron 750 hogares, de los cuales 375 correspondían a hogares de consultantes y 375 a hogares de vecinos. En total, se relevó información de 3.245 personas.

En promedio, cada hogar estuvo compuesto por 4.3 miembros. Para el caso de los hogares consultantes, el número de miembros se elevó a 4.6 mientras que para los hogares vecinos se redujo a 3.9. Del total de personas relevadas en los hogares¹¹ del área de referencia de los CAPS, fue

¹⁰ A partir del mes de 2010 los insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) comenzaron a ser distribuidos por el Programa Remediación+ Redes a las 24 jurisdicciones. Anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos son distribuidos directamente a los CAPS en los botiquines del Programa Remediación y de forma centralizada a los depósitos provinciales designados por el PNSSyPR, para su posterior distribución a CAPS y Hospitales.

¹¹ Cuando se habla de hogares, se hace referencia al total de hogares seleccionados de las áreas programáticas de los Centros: tanto de los hogares consultantes como de los hogares de vecinos.

Con formato: Fuente: Times New Roman

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Times New Roman

Con formato: Fuente: Times New Roman

posible identificar que casi la mitad de los mismos (46%) presentaban la relación de hijo/hijastro respecto del jefe¹².

Del total de hogares relevados, el 75% de los mismos tienen al menos 1 hijo, incrementándose esta proporción a 80% entre los hogares consultantes. A la inversa, el 25% de hogares restantes no presentó hijos en su composición familiar. Entre los hogares con hijos, en promedio, se observaron 2.6 hijos por hogar. Del total de hogares del área de referencia de los CAPS que tienen hijos en su estructura familiar, fue posible identificar que el 23% de éstos conformaban hogares monoparentales (es decir, con ausencia de la figura del cónyuge). Esta proporción se incrementó entre los hogares consultantes (respecto de sus vecinos).

En oposición, la proporción de hogares con el núcleo completo - presencia de jefe y cónyuge - se incrementó a 81% entre los hogares de los vecinos cuando para el total de los hogares del área programática fue de 77%. Por otro lado, el 8% de los hogares que reside en el área programática son hogares unipersonales (conformados por una persona).

Asimismo, fue posible identificar familias extendidas (presencia de familiares no directos) pero con un porcentaje menor; el 6% de los miembros de los hogares se presenta en la calidad de nieto/nieta.

Distribución según sexo y edad de los miembros de los hogares.

La distribución de la población del área de referencia de los CAPS según sexo estaba homogéneamente distribuida entre hombres y mujeres siendo el 49% hombres y, el 51% mujeres. Esta distribución coincidió con la relevada en el Censo 2010 del INDEC¹³.

Comparando la distribución de edad de la población del área programática de los CAPS incluidos en el estudio con la distribución de la población total del país fue posible identificar que la primera resultó más joven en términos generales.

De esta forma, **el peso proporcional de la población más joven resultó mayor entre la población al interior del área programática**, situación que incidió en el promedio general de edad, que fue de 27 años. En el caso de la población total, relevada por el Censo 2010, el peso relativo de la población de 0 a 19 años resulta importante pero la reducción proporcional a medida que aumentaban los rangos de edad resultó mucho menor que en el caso de las áreas programáticas analizadas. Esto se reflejó en la forma más rectangular de la pirámide en el primer caso. Asimismo, la pirámide poblacional del área programática, al adquirir forma triangular, evidenció una

¹² Cuando se refiere al Jefe del hogar se está refiriendo a la categoría de Principal Sostén del Hogar. En este sentido, ambos conceptos se presentan como sinónimo en esta publicación.

¹³ <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

tendencia en la que el porcentaje de los rangos adultos se iba reduciendo a medida que se incrementaba la edad en la población bajo estudio.

Cobertura de Salud.

Un 61% de la población de las áreas programáticas de los Centros de Salud tenía cobertura pública exclusiva de salud, porcentaje que se elevó a 64% si en el segmento de cobertura pública exclusiva se incluían a quienes tenían programas estatales de salud. En segundo lugar fue posible identificar que un 24% tenía Obra Social, un 6% PAMI; un 4% Prepaga y 2% Mutual. La incidencia de la cobertura pública resulta levemente inferior a la registrada entre los consultantes a los CAPS.

Comparando la distribución de cobertura de salud de las personas que residían en las áreas programáticas del estudio con los datos relevados en el Censo 2010, fue posible identificar que en el total país la cobertura pública exclusiva desciende a 36% mientras que la cobertura por obra social asciende a un 46%. La comparación de estos resultados permitió evidenciar la pertinencia de la localización geográfica de los efectores de salud pública, ya que se encuentran ubicados en zonas donde reside población con mayor demanda de los servicios públicos.

Por otro lado, al interior del área programática, fue posible identificar diferencias respecto de la cobertura de salud de acuerdo a si se trataba de miembros de los hogares de los consultantes a los CAPS o, miembros de los hogares vecinos. En este sentido, la cobertura pública exclusiva se incrementó a 69% para los primeros mientras que se redujo a 50% para los segundos. Por otro lado, la cobertura por obra social resultó menor entre los miembros de los hogares de los consultantes a CAPS (18%) respecto a la de sus vecinos (31%).

Siguiendo con este análisis, la cobertura pública exclusiva se incrementó a 75% entre las personas que utilizaban a los CAPS de forma más frecuente. En este grupo, la proporción de cobertura por obra social resultó ser la más pequeña: alcanzó al 16% de los mismos.

Por último, la cobertura pública exclusiva se incrementó entre las personas de menor edad alcanzando al 67% entre los niños menores de 5 años, 68% en los niños de 5 a 13 años y; 67% entre los jóvenes de 14 y 24 años. Asimismo, la cobertura por obra social resultó mayor entre la población de 40 a 64 años: del promedio general de 24% aumentó a 29% en el caso de las personas de 40 a 54 años y, a 31% entre el grupo de 55 a 64 años. Como es lógico y esperable, la cobertura por PAMI fue especialmente alta entre el grupo de edad más avanzada: 68% entre las personas de 65 años y más.

Analizando la cobertura pública exclusiva de acuerdo a la condición de actividad de las personas que residían en las áreas programáticas, ésta se incrementó entre los trabajadores del sector informal

de la economía, siendo: 85% entre trabajadores por changas, 76% en servicio doméstico, 76% entre trabajadores por cuenta propia y, 73% entre trabajadores familiares sin remuneración fija.

Entre las personas que se desempeñan como trabajadores asalariados, se observó que el 53% de los empleados del sector privado, declaró tener cobertura de salud por obra social, mientras que entre empleados del sector público este valor fue de 42%. Ahora bien, un 35% de los asalariados del sector privado afirmó solo tener cobertura pública exclusiva, situación que se observó en un 46% de los asalariados del sector público.

La cobertura pública exclusiva aumentó sustancialmente entre aquellas personas que, por su ingreso per cápita familiar se ubicaban en el primer decil de ingreso de acuerdo a la clasificación de la EPH.¹⁴ El primer decil incluyó ingresos per cápita en el rango de \$1 a \$550. Si para el total de la población, la cobertura pública alcanzó al 61%, para este subgrupo se incrementó a 75%. En el caso del decil 2, la cobertura pública exclusiva resultó superior al promedio pero menor respecto del decil 1: 64%. A partir del tercer quintil, conforme se incrementaba la ubicación de las personas en los diferentes deciles, la cobertura pública exclusiva se reducía.

Utilización de los Servicios de Salud.

Respecto de la utilización servicios de salud para realizar consultas médicas, 6 de cada 10 personas declaró utilizar a los Centros de Salud como el principal lugar donde realizar las consultas médicas con mayor frecuencia. Seguidamente, el 19% utilizó el hospital público y, en tercer lugar un 13% sostuvo utilizar una clínica o sanatorio privado.

La utilización de los diferentes tipos de servicios de salud presentó variaciones según la edad de las personas que residían en las áreas programáticas. En este sentido, como ya se mencionó, se observó que la utilización de los CAPS, como principal lugar de atención, se intensificó en las edades más tempranas mientras que se fue reduciendo conforme se incrementó la edad.

La utilización de los Centros de Salud como principal lugar de atención resultó particularmente elevada entre las personas que tenían cobertura pública exclusiva: el 75% de éstos utilizaron los CAPS como el principal lugar de atención. El 22% restante se atendió principalmente en los hospitales públicos. En oposición, los miembros de los hogares que poseen PAMI se atienden, principalmente en sanatorios y/o clínicas privadas (24%) y en consultorios particulares (21%).

Cabe destacar que el 41% de las personas con Obra Social también expresaron utilizar a los Centros de Salud como principal establecimiento para su atención, constituyendo en este grupo el tipo de

¹⁴ Para realizar este análisis se procedió a clasificar los ingresos de los hogares del área programática de acuerdo a la clasificación en deciles realizada en la población urbana nacional a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (de noviembre 2011). En este sentido, el objetivo final fue identificar los ingresos de esta población de acuerdo al parámetro poblacional de ingresos (que se encuentra dividida en 10 grupos iguales).

efector más importante. Sin embargo, la proporción de la atención privada (tanto de sanatorios y/o clínica privada como los consultorios particulares) resultó elevada también.

Esta situación permitió reflexionar respecto de la oferta de servicios disponibles por fuera de los Centros de Salud, en primer término sobre la existencia o no de los mismos (fue posible identificar que en algunos lugares del país la oferta a cargo de prestadores privados resulta escasa o nula) o bien sobre la valoración positiva de la calidad de atención por parte de los CAPS.

Situación laboral de las personas que residen en el área programática de los Centros de Salud.

Caracterización de la Población Económicamente Activa.

El siguiente apartado describe las características sociolaborales de la población que reside en las zonas de influencia de los Centros de Salud.

Del total de personas que residen en las áreas programáticas, el 40% conforman la población económicamente activa (PEA). De éstos, el 35% se encuentra ocupado y el 5% desocupado¹⁵.

El análisis de la tasa de actividad, que resulta del cociente entre la población activa (ocupados y desocupados) sobre la inactiva, evalúa la participación económica de esta población, es decir, cuánto es el conjunto potencial de trabajadores (personas dispuestas a trabajar) en relación a la población total. La tasa de actividad de las personas que residían en las zonas de influencia de los Centros de Salud resultó del 39%, siendo que el valor poblacional según la EPH fue de 46%¹⁶.

La tasa de empleo, que resulta del cociente entre la población ocupada sobre la población total, indicó que el 35% de la población de las áreas de referencia analizadas efectivamente se encontraba trabajando, mientras que esa tasa en la EPH fue de 43%.

Al igual que para la tasa de actividad, la tasa de ocupación resultó más elevada entre los miembros de los hogares vecinos que de los consultantes: 38% para los primeros vs. 33% para los segundos.

La tasa de desempleo para las personas que residían en el área de referencia de los Centros alcanzó al 11% siendo que en la EPH ésta fue de 7%. Es decir que la incidencia de la desocupación resultó un poco más elevada para esta población.

Estas diferencias encontradas entre las tasas relativas de actividad, empleo y desocupación de la población del área de referencia respecto de los parámetros poblacionales permitieron suponer ciertas dificultades por parte de esta población para insertarse en el mercado de trabajo, así como una precarización de las condiciones laborales.

¹⁵ Personas que no tienen trabajo pero que buscaron de manera activa durante los últimos 30 días.

¹⁶ Informe de Prensa: Encuesta Permanente de Hogares: indicadores socioeconómicos; resultados 4to trimestre de 2011.

Caracterización de la población ocupada.

Del total de la población ocupada, casi 4 de cada 10 personas se encontraban subocupadas, es decir, trabajaban menos de 35 horas semanales. De éstas, el 44% se clasificaban como subocupados demandantes, es decir que deseaban trabajar más horas de las que efectivamente estaban trabajando.

El total de la población ocupada plena alcanzó al 33% del total de la población analizada. De esta forma fue posible identificar que en el área de referencia de los Centros existen más personas subocupadas que ocupadas plenas (que trabajan entre 35 y 45 horas semanales).

Por el contrario, el 29% de las personas ocupadas se encontraban sobreocupadas, es decir, trabajan más de 45 horas semanales.

Entre las personas que residen en el área de referencia y poseen ocupaciones plenas, se destacan los hombres (37%) y aquellas personas que residen en hogares de vecinos (38%).

En oposición, la población subocupada se intensificó entre las mujeres (58% vs. 37% en el total); entre la población más joven (41%) y la población de 55 a 64 años (46%).

Trabajo en el sector formal e informal.

El análisis de las categorías de los ocupados permitió dividir el mercado de trabajo en dos grandes grupos: aquellas ocupaciones que se corresponden con el sector formal de la economía (trabajo asalariado con beneficios sociales) y aquellas actividades relacionadas con el sector informal de la economía (trabajos con menor productividad, mayor inestabilidad y menores beneficios en términos de seguridad social). En el primer grupo fue posible identificar a aquellas actividades en relación de dependencia y en el segundo, aquellos relacionados con el cuentapropismo, las changas, los trabajos familiares y el servicio doméstico.

En el análisis de la población ocupada que reside en las áreas programáticas de los CAPS fue posible identificar que un poco menos de la mitad de éstos se desempeñan en el sector formal (47%) y, el 49% en el sector informal. Resulta interesante destacar a estos últimos ya que dado a su condición de trabajo más irregular, los beneficios tales como la obra social, jubilaciones y aguinaldos resultan más escasos o prácticamente nulos que para el primer grupo. En este sentido, será más probable que los trabajadores de este grupo utilicen los servicios públicos de salud, es decir los Centros de Salud. Para mayor información remitirse al apartado Cobertura de salud según categoría ocupacional.

Distribución según deciles de ingreso.

A partir de la información obtenida de los ingresos totales familiares declarados, se calcularon los deciles de ingreso de los hogares encuestados tomando la distribución en deciles de ingreso de los hogares y *per capita* de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC. Cabe mencionar que el análisis por decil fue una medida de distribución por ingreso de la población, siendo su objetivo dar cuenta de la focalización del Programa Remediar + Redes. Para ello, se analizó cómo se distribuían los ingresos de los hogares relevados en los deciles de ingreso construidos por la EPH.

A partir del análisis realizado en la distribución de los hogares según deciles de ingresos de la EPH, se observó que el 66% de los hogares relevados se encontraba comprendido entre los deciles 1 y 4 del nivel de ingresos del parámetro poblacional es decir que percibían ingresos menores a \$3.579 por hogar. Además, el porcentaje de hogares que pertenecía a los deciles 1 y 2 de la muestra relevada casi doblaba la proporción poblacional, siendo su porcentaje en la muestra de 18% y 19% respectivamente (cuando en la población, al ser deciles, cada uno de ellos representa al 10% de la población).

Tabla 1: Distribución de los hogares según decil de ingreso de la EPH.

Decil de la EPH al que pertenece el hogar	Absoluto	%
Decil 1 (de \$1 a \$1499)	108	17.9
Decil 2 (de \$1500 a \$2240)	112	18.5
Decil 3 (de \$2241 a \$2969)	101	16.7
Decil 4 (de \$2.970 a \$3.579)	79	13.1
Decil 5 (de \$3.580 a \$4.396)	60	9.9
Decil 6 (\$4.397 a \$5.299)	51	8.4
Decil 7 (de \$5.300 a \$6.499)	37	6.1
Decil 8 (de \$6.500 a \$7.999)	27	4.5
Decil 9 (de \$8.000 a \$10.999)	17	2.8
Decil 10 (de \$11.000 en adelante)	6	1.0
Decil 0	6	1.0
Total	604	100.0
NSNC Ingreso	146	
Total hogares relevados	750	

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Hogares (n: 750).

Analizando la distribución en deciles de ingreso en hogares según algunas variables de corte utilizadas, fue posible identificar que la proporción de hogares pertenecientes al decil 1 era mayor en aquellos hogares en los que todos sus miembros recurrían al Centro de Salud para su atención médica (24%); asimismo se incrementó a 20% entre los hogares consultantes.

Capacidad redistributiva del Programa Remediar en los ingresos totales familiares.

Con la intención de dimensionar el impacto de la provisión de medicamentos del Programa, se procedió a descontar entre aquellos hogares de consultantes que refirieron haber recibido algún medicamento de forma gratuita por Remediar, el monto promedio en pesos de la transferencia por receta cubierta por Remediar en el PNA, es decir \$31,7¹⁷. El objetivo de esto fue dar cuenta de la modificación que hubiera experimentado el ingreso total de los hogares de haber tenido que adquirir el medicamento prescrito en su consulta médica a precio minorista, es decir de no haber sido provisto por Remediar.

Del total de hogares de consultantes, la proporción de hogares a los que se les prescribió un medicamento provisto por Remediar fue del 33%. Al analizar la distribución en deciles de ingreso de este subgrupo de hogares descontando el costo promedio del medicamento que fue cubierto por Remediar, se comprobó que el 18% de los hogares experimentó una modificación en el decil de ingresos al que pertenecía: el 8% pasó del decil 4 al 3; el 6% pasó del decil 3 al decil 2 y el 4% del decil 2 al decil 1.

De esta forma, se comprobó que el acceso a Medicamentos Remediar impactó en la redistribución del ingreso especialmente en los hogares que corresponden con los primeros deciles de ingreso (del 1 al 3) donde se agrupó el 50% de los hogares a los que se le prescribió medicamentos de esta muestra. Se corroboró así que los deciles más bajos son más sensibles al cambio de decil de ingreso en caso de incurrir en gastos extras e inelásticos como lo son los medicamentos.

¹⁷ Este costo fue calculado a partir de la multiplicación de los tratamientos promedio de los Formulario R por el precio promedio de farmacia por tratamiento.