

# ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO DEL  
PROGRAMA REMEDIAR +REDES

**REMIEDIAR**  
+REDES

**ARGENTINA**  
UN PAIS CON BUENA GENTE



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

**ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO DEL  
PROGRAMA REMEDIAR +REDES. AÑO 2011

# ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO DEL  
PROGRAMA REMEDIAR +REDES. AÑO 2011



## **AUTORIDADES NACIONALES**

### **Presidenta de la Nación**

Dra. Cristina Fernández

### **Ministro de Salud de la Nación**

Dr. Juan Luis Manzur

### **Secretario de Promoción y Programas Sanitarios**

Dr. Máximo Andres Diosque

### **Coordinadora General del Programa Remediar+Redes**

Dra- Graciela Ventura

### **Responsable del Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar+Redes**

Lic: Anabel Fernández

## **PARTICIPARON DE ESTA PUBLICACIÓN**

### **Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes**

Anabel Fernández Prieto, Guadalupe Rezzonico, Leticia Cerezo, Milena Arancibia, Paula Soledad Luque.

# INDICE

<b>PRÓLOGO</b> .....	13
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	15
<b>CAPITULO I: ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	23
Diseño Muestral .....	25
Población Objetivo .....	26
Material y Métodos .....	27
Trabajo de Campo .....	30
<b>CAPITULO II: ACCESO Y COBERTURA A MEDICAMENTOS ESENCIALES</b> .....	31
1.- Caracterización de los consultantes a efectores del PNA .....	36
¿Cuál es la cobertura de salud de los consultantes a CAPS? .....	38
¿Cuál es el nivel educativo de los consultantes a CAPS? .....	41
¿Cuál es la condición de actividad de los consultantes a CAPS? .....	43
Caracterización de los consultantes Principales Sostenes de Hogar .....	46
2.- Acceso a medicamentos en el PNA .....	47
¿Cuál es la distancia de los hogares consultantes al CAPS? .....	47
¿Con qué tipo de profesionales de la salud se atendieron los consultantes en los CAPS? .....	47
¿Cuánto tiempo tuvieron que esperar los consultantes para ser atendidos? .....	50
¿Cuáles fueron los motivos referidos por los consultantes para acercarse al CAPS? .....	51
¿Cuál es la frecuencia de asistencia de los consultantes al CAPS de referencia? .....	55
Acceso a medicamentos esenciales .....	57
Acceso a medicamentos en la “consulta de hoy” .....	58
Acceso a medicamentos de forma gratuita .....	60
3.- Cobertura del Programa Remediar .....	66
Caracterización de la población que recibió medicamentos de forma gratuita por parte del Programa Remediar .....	67
<b>CAPÍTULO III: CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN QUE RESIDE EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LOS CAPS</b> .....	75
1. Composición del Hogar .....	79
Estructura de parentesco que presentan los hogares relevados .....	80
Caracterización del Principal Sostén del Hogar .....	83
Distribución según sexo y edad de los miembros de los hogares .....	86
2.- Nivel Educativo .....	91
Tasa neta de escolarización .....	94

Máximo Nivel de Instrucción del Hogar .....	97
3. Cobertura de Salud .....	98
Cobertura de salud y condición de actividad .....	101
Utilización de los Servicios de Salud .....	103
4- Situación laboral de las personas que residen en el área programática de los Centros de Salud .....	108
Caracterización de la Población Económicamente Activa .....	108
Caracterización de la población ocupada .....	108
5- Ingresos de los hogares que residen en las zonas de influencia de los centros de salud .....	117
6.- Otras Estrategias del Hogar respecto del acceso al Ingreso .....	122

*“Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud  
si éstas son accesibles al pueblo”*

**Dr. Ramón Carrillo.**

#### **CAPITULO IV: DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE SE DESEMPEÑAN EN CAPS EFECTORES DEL PROGRAMA REMEDIAR +REDES .....**

1.- Caracterización de los Directores o Responsables de CAPS .....	128
Perfil ocupacional de los directores de CAPS .....	129
Antigüedad de los directores en el CAPS .....	130
Dedicación horaria de los directores en el CAPS .....	131
Establecimientos de salud donde se desempeñan los directores de CAPS .....	131
Participación en estrategias de capacitación .....	132
2.- Características de los recursos humanos que se desempeñan en el CAPS .....	134
Perfiles ocupacionales de los miembros de los Equipos de Salud .....	136
Antigüedad de los miembros de los Equipos de Salud .....	138
Dedicación horaria de los miembros de los Equipos de Salud .....	138
Establecimientos de salud donde se desempeñan los miembros de los Equipos de Salud .....	140
3.- Composición del equipo de salud: Tipologías según perfiles ocupacionales y cantidad de integrantes .....	142

#### **CAPITULO V: UNA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA REMEDIAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DIRECTORES DE LOS CAPS .....**

1.- Características generales de los CAPS .....	152
Actividades y/o Programas que implementan los CAPS .....	153
Área Programática .....	155
Sistema de Turnos Programados .....	156
Evaluación de la capacidad resolutoria de los CAPS, según los Directores .....	157
Fuentes de provisión de medicamentos .....	159
2.- Evaluación del Programa Remediar .....	164
Evaluación de la calidad, variedad y cantidad de los medicamentos .....	165

#### **CONCLUSIONES .....**

169

## PRÓLOGO

La publicación de este estudio sobre Acceso a Medicamentos Esenciales en el Primer Nivel de Atención, coincide con un momento muy especial del Programa. El 17 de Octubre de 2012 Remediar +Redes cumplió 10 años de implementación alcanzando la entrega del botiquín 1,5 millón. Acto que conmemoró nuestra Presidenta el día 14 de noviembre de 2012.

Esto implica, en términos de garantizar el derecho a la salud de los argentinos, que todos los meses desde hace 10 años y de manera in-interrumpida, el Programa envía a los más de 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud de todas las provincias argentinas botiquines que incluyen un conjunto de medicamentos esenciales que permiten dar respuesta al 80% de los motivos de consultas más frecuentes en los establecimientos públicos de salud del Primer Nivel de Atención.

El relato de estas acciones no es un dato menor si recordamos que el Programa comenzó a implementarse en un contexto de crisis socio-económica que requirió de las acciones del Estado Nacional para garantizar, entre otros derechos sociales, el acceso a medicamentos esenciales de los sectores más afectados por la crisis.

Hoy, Remediar + Redes, consolidado como una política de Estado sustentable, eficiente e institucionalizada, constituye una expresión concreta de la voluntad y decisión del Ministerio de Salud de la Nación por cuidar de la salud de todos los argentinos. Facilitar el acceso a medicamentos constituye una respuesta equitativa a los problemas de salud. La provisión gratuita de medicamentos esenciales supone un importante impacto redistributivo y mayor inclusión social dado que son los sectores de menores recursos quienes deberían destinar una mayor proporción de sus ingresos para acceder a los medicamentos en una farmacia.

Considerando que evaluar adecuadamente las acciones de salud pública que se implementan constituye una de las funciones esenciales de salud pública, este estudio permite disponer de información directa desde los usuarios del sistema de salud público respecto de la implementación del Programa Remediar + Redes, así como también del cumplimiento de sus objetivos y de los logros alcanzados.

Confiamos que el análisis aquí presentado permitirá continuar trabajando en mejorar día a día la estrategia y gestión del Programa, así como también constituirse en un punto de referencia y comparación para futuras evaluaciones que permitan evidenciar la contribución a un sistema de salud más justo y equitativo.

**Graciela Ventura**

Coordinadora General del Programa Remediar+Redes



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. El Programa se propone 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 Centros de Atención Primaria de Salud, efectores del Programa, ubicados en las 24 jurisdicciones del país.

El Programa comenzó a implementarse en un contexto de crisis socioeconómica que requirió de una política nacional que garantizara el acceso a los medicamentos esenciales de los sectores sociales más afectados por la crisis. La posibilidad o no de obtener un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres<sup>1</sup>. 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 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.

<sup>1</sup> 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>.

Una vez superada la situación de emergencia socioeconómica, y luego de 10 años de implementación del Programa Remediar, se evidenció la necesidad de abordar el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) integrando otras acciones orientadas a producir cambios en el ordenamiento de los procesos de gestión de redes de salud.

Por ello es que, a partir de 2009, el Programa incorporó un nuevo componente de financiación correspondiente al Fortalecimiento de Redes de Salud. La estrategia de fortalecimiento se llevó a cabo mediante la transferencia de tecnologías de gestión, capacitación de recursos humanos y asistencia para la formulación e implementación de Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud en APS, que incluye al conjunto de los efectores (servicios) públicos de salud y los integra con lógica de red mediante mecanismos de referencia y contra-referencia y con una adecuada división de tareas entre niveles, fortaleciendo así la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto.

Asimismo, desde el Programa se dio continuidad a los procesos de formación de los recursos humanos que se desempeñan en efectores del Primer Nivel de Atención (PNA). De este modo, entre el 2006 y 2008 se implementó el curso de postgrado en Uso Racional de Medicamentos (URM) con el objetivo de promover el uso racional de medicamentos entre profesionales prescriptores del Primer Nivel de Atención. Retomando la estrategia de capacitación de este curso, desde el 2010 hasta la actualidad, se implementa el programa de capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS), orientado también a profesionales médicos que se desempeñan en los Centros de Salud de todo el país. Al momento, las temáticas abordadas por TRAPS han sido el Riesgo Cardiovascular Global, las Infecciones Prevalentes en el PNA y el Seguimiento y Detección Temprana de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas.

Por lo tanto, los principales esfuerzos del Programa se estructuran en tres grandes estrategias:

- La provisión de medicamentos esenciales,
- el fortalecimiento de Redes de Salud,
- y la capacitación permanente de los recursos humanos del Primer Nivel de Atención.

## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con el propósito de realizar un análisis descriptivo y transversal que permitiera dar cuenta de la situación en la cual se implementa el Programa 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 surgen del mismo constituyen, por un lado, un insumo necesario para 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 presente investigación cuenta con un antecedente de investigación, realizado por el Programa Remediar durante el 2003, coordinada por el Área de Evaluación del Siempro-Sisfam, en el cual se indagó respecto del alcance e impacto del Programa en los primeros momentos de implementación del mismo.

Transcurridos diez años desde que el Programa envió el primer botiquín de medicamentos y, habiendo realizado recientemente el envío del botiquín 1.5 millón, la investigación que se describe en esta publicación constituye un insumo que permite realizar comparaciones respecto de un conjunto de variables relevadas en ambos momentos, principalmente aquellas relacionadas con la cobertura y el acceso a medicamentos esenciales por parte de la población objetivo.

## OBJETIVOS

El objetivo general del presente estudio de evaluación ha sido realizar un análisis descriptivo de la situación en la cual se está implementando el Programa Remediar + Redes focalizando en:

- Caracterizar socio - económicamente a la población que reside en las áreas de referencia de los Centros de Atención Primaria de Salud (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;
- Conocer el perfil profesional de los recursos humanos que se desempeñan en CAPS efectores del Programa Remediar + Redes.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOES

La presentación del estudio fue organizada en cinco capítulos. En el primero de ellos se detallan los aspectos metodológicos y los cuatro restantes dan respuesta a los objetivos del estudio y su consecuente desarrollo.

En el Capítulo I se presentan los detalles de la elaboración del diseño muestral, la definición de la población objetivo y los materiales y métodos utilizados para el relevamiento.

El Capítulo II se concentra en el relevamiento a los Consultantes en los Centros de Salud. Para ello se presenta un análisis descriptivo del perfil de los consultantes (sexo, edad y características socioeconómicas) así como también algunos de los aspectos referidos al acceso a los servicios de salud: tiempo de espera promedio para ser atendido, motivos de consulta, razones de elección de ese lugar para la atención, prescripción médica realizada. Asimismo, se relevó la cobertura de medicamentos por parte del Programa.

En el Capítulo III se describe la situación socioeconómica de la población que reside en las áreas programáticas de los Centros de Salud, independientemente de si utilizan o no el Centro para la atención médica. Aquí se abordaron las características relacionadas con los hogares y sus integrantes tales como sexo, edad, composición familiar, cobertura de salud, nivel educativo, características laborales e ingresos corrientes percibidos por los hogares.

Luego, en el Capítulo IV, a partir de las entrevistas realizadas a los Directores se dio cuenta del perfil profesional de los recursos humanos que se desempeñan en CAPS efectores del Programa Remediar + Redes. Allí se caracterizó tanto a los Directores como a los equipos de salud de los centros según variables sociodemográficas. Se procedió luego a construir una tipología de los equipos de salud según su composición.

Por último, en el Capítulo V, se procedió en primera instancia a presentar una caracterización de los CAPS relevados profundizando en aspectos que refieren a su capacidad resolutoria. Luego, se incluyó una evaluación del Programa Remediar + Redes desde la perspectiva de los Directores de los CAPS.

# CAPÍTULO 1

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

## DISEÑO MUESTRAL

A los fines de llevar a cabo el presente estudio se relevaron distintas unidades de análisis. Para la selección de cada una de ellas se partió de una muestra nacional inicial de Centros de Atención Primaria de Salud 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. A partir de diversos análisis realizados con la información disponible por CAPS, se decidió utilizar el promedio mensual de tratamientos distribuidos<sup>2</sup> como variable de diseño de la muestra inicial de CAPS. Ese constructo fue diseñado para compatibilizar los datos de tratamientos distribuidos con los datos de recetas informadas, calculadas como el promedio mensual entre abril de 2007 y marzo de 2008.

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 provinciales<sup>3</sup>; y en una segunda etapa se seleccionaron 4 CAPS probabilísticamente, dentro de cada uno de los departamentos.

De esta selección resultó una muestra nacional<sup>4</sup> compuesta por 300 CAPS, efectores del Programa, distribuidos en 75 departamentos de 21 provincias de la Argentina.

<sup>2</sup> Esta variable se construyó a partir de la suma ponderada, por 0,75 y 0,25, de los totales de tratamientos distribuidos en los años 2007 y 2008. Ese período temporal corresponde al de mayor cobertura en la graboverificación de los materiales remitidos por los efectores del Programa.

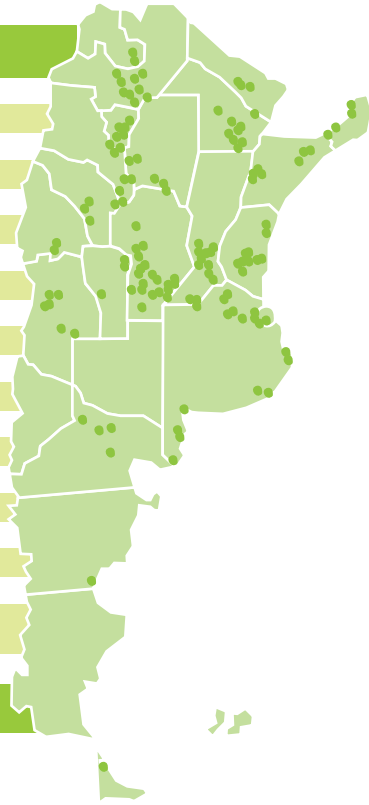
<sup>3</sup> En vistas de que resultó que algunas jurisdicciones provinciales no resultaron con ningún departamento asignado se procedió a unir las siguientes jurisdicciones: La Pampa fue unida a Buenos Aires, Tierra del Fuego fue unida a Chubut y Neuquén a Río Negro.

<sup>4</sup> Con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación sería de +/- 0,05.

La distribución de los CAPS por Provincia incluidos en la muestra resultó la siguiente:

Tabla 1 : Distribución de CAPS de la Muestra Inicial de CAPS por provincia

Provincia	Cantidad de CAPS
BUENOS AIRES	88
CAPITAL FEDERAL	4
CATAMARCA	4
CHACO	12
CHUBUT	4
CORDOBA	32
CORRIENTES	12
ENTRE RIOS	12
FORMOSA	8
JUJUY	8
LA RIOJA	4
MENDOZA	16
MISIONES	12
RIO NEGRO	4
SALTA	12
SAN JUAN	4
SAN LUIS	4
SANTA FE	20
SANTIAGO DEL ESTERO	12
TIERRA DEL FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO	4
TUCUMAN	24
<b>Total de CAPS Relevados</b>	<b>300</b>



## POBLACIÓN OBJETIVO

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo que relevó tres poblaciones diferentes.

Una de ellas fue la de los **consultantes a CAPS**, efectores del Programa Remediar + Redes, 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 también a la **población residente en el área de referencia** de esos efectores, es decir aquellas personas que fueron encuestadas en sus hogares sin importar si alguno de sus miembros consultó o no en un efector del Programa Remediar + Redes.

La tercera población relevada fueron los **directores o responsables de CAPS** efectores del Programa Remediar + Redes, entendidos como quienes se encontraban designados al momento del relevamiento para cumplir esa función en el Centro de Salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

A los fines de realizar este estudio y abordar a las poblaciones mencionadas se utilizaron 3 cuestionarios. Nos referiremos a ellos a continuación:

**Cuestionario a Consultantes de CAPS:** fue administrado in situ a 1.875 personas luego de su consulta en un CAPS efector del Programa incluido en la muestra inicial. A través de este instrumento fue posible caracterizar a los consultantes a partir de un conjunto de variables de clasificación sociodemográfica e indagar acerca del acceso a medicamentos y la cobertura por parte del Programa Remediar + Redes en ese acceso.

En cada uno de los 300 CAPS, se relevó una cantidad específica de consultantes. A partir del nivel de actividad se estimó para cada CAPS una determinada cantidad de “cargas”, así dependiendo del tamaño del CAPS, se asignaron diferentes cantidades de cargas, siendo 1 la menor posible y 6 la mayor. La “carga” refiere a un número entero (5 cuestionarios) que determinó la cantidad de cuestionarios (casos) a relevar en ese CAPS. A partir de las estimaciones realizadas, la cantidad total de cargas relevadas en el presente estudio fue de 375, las cuales implicaron el relevamiento de 1.875 consultantes a CAPS.

El método utilizado para seleccionar los consultantes a los que se les aplicó el cuestionario fue un proceso aleatorio sistemático: para aquellos CAPS que tenían entre 1 y 3 cargas, se seleccionó 1 consultante de cada 3 que terminaran

la/s consulta/s; para aquellos CAPS que tenían entre 4 y 6 cargas, se seleccionó 1 consultante de cada 5 que terminaran la/s consulta/s. En ambos casos, el método de reemplazo consistió en seleccionar al consultante que se atendía inmediatamente después del que había rechazado responder la encuesta.

**Cuestionario a Hogares:** este instrumento 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. Este cuestionario permitió caracterizar socio-económicamente a los hogares encuestados, relevar información acerca de los ingresos del hogar así como también indagar acerca de las características laborales, el nivel educativo y la cobertura de salud de los miembros del hogar, entre otros aspectos. La cantidad total de hogares relevados fue de 750 hogares que suman en total 3.245 individuos.

Respecto de los **hogares de consultantes a CAPS** relevados, éstos fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio que consistió en entregar a cada encuestador una tarjeta que indicaba a cuál de las 5 encuestas realizadas por carga en el CAPS 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 con la cantidad de “cargas” que cada efector de salud tenía asignada. Así, de cada “carga”, es decir de cada cinco (5) consultantes del CAPS encuestado, uno de ellos fue seleccionado para integrar la subpoblación de hogares de consultantes relevados. De este modo, 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 debía vivir a menos de 15 cuadras de distancia del CAPS.

Por su parte, 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 del hogar del consultante encuestado. Su selección fue realizada mediante un procedimiento aleatorio que consintió, en caso que el hogar del consultante relevado fuera una casa, en girar dentro de la misma manzana en sentido de las agujas del reloj y relevar el primer hogar de esa cuadra. En caso de que éste

no accediera o estuviera vacío, fue reemplazado por el hogar consecutivo y así sucesivamente. Para aquellos hogares de consultantes relevados que pertenecieran a un edificio, se empezó por la planta baja y se continuó para los reemplazos por los departamentos en orden creciente (de números o letras).

Cabe destacar que tanto para los hogares de los consultantes, como para los hogares “vecinos” se definió que el respondente de este cuestionario sería el principal sostén del hogar (PSH) o bien un responsable de las compras del mismo.

**Cuestionario a Directores de CAPS:** fue administrado a los Directores o Responsables de los Centros de Salud incluidos en la muestra inicial de CAPS, relevando así 300 directores o Responsables de CAPS. Por director o responsable del CAPS, nos referimos a la persona a cargo del Centro de Salud que podía dar cuenta de los recursos humanos que integran el equipo de salud, así como también de las actividades y prácticas que se desarrollaran en el Centro.

El esquema que se presenta a continuación resume los instrumentos, subpoblaciones y cantidad de casos involucrados en el trabajo de campo del estudio.



## 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<sup>5</sup>.

Respecto de la aplicación del cuestionario a consultantes de los CAPS, el relevamiento se realizó en días hábiles<sup>6</sup> y en los horarios de atención de los efectores de salud. Respecto de los CAPS que requirieron más de un día de relevamiento, es decir que su número de “cargas” asignadas se encontraba entre 2 y 6, los días de relevamiento fueron consecutivos y hábiles.

La aplicación del Cuestionario a Hogares, tanto para los hogares de consultantes como para los hogares “vecinos”, se realizó en el mismo período de tiempo en que se efectuó el relevamiento a los consultantes en los CAPS.

Por su parte, las encuestas aplicadas a los Directores de CAPS, se realizaron en su mayor medida in situ en los CAPS de manera simultánea al resto del operativo<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Posteriormente a la fecha de cierre del trabajo de campo, se realizaron 5 encuestas a directores de CAPS que estaban pendientes, encuestas a consultantes pertenecientes a 3 CAPS y 1 encuesta a hogares. En su totalidad, estas fueron completadas al 4 de enero de 2012.

<sup>6</sup> Se entiende por días hábiles aquellos comprendidos entre lunes y viernes inclusive.

<sup>7</sup> Para el 8% de los CAPS relevados la encuesta a directores de CAPS se realizó telefónicamente.

# CAPÍTULO 2

## ACCESO Y COBERTURA A MEDICAMENTOS ESENCIALES



Este capítulo de la publicación presentará los resultados del estudio respecto del nivel de acceso y cobertura de medicamentos esenciales de los consultantes a Centros de Atención Primaria de la Salud efectores del Programa Remediar. Para ello se estructurará en tres secciones. La primera consta de una descripción del perfil de los consultantes a CAPS. Luego se procedió analizar un conjunto de variables relevadas que dieron cuenta del acceso a la atención de la salud, siendo algunas de ellas la identificación del CAPS de referencia, el tiempo de espera para ser atendido, acceso gratuito a medicamentos, entre otras. Por último se abordó el acceso a medicamentos esenciales por parte de los consultantes y la cobertura en medicamentos esenciales por parte de Programa.

Antes de presentar el análisis referido anteriormente se consideró necesario referir que el Programa Remediar cuenta con más de 7.000 efectores distribuidos a lo largo y ancho de la Argentina. Estos centros de salud reciben de manera directa botiquines de medicamentos esenciales que dan respuesta a los motivos de consulta del Primer Nivel de Atención. Esta cobertura geográfica del Programa a través de la provisión pública de medicamentos esenciales busca garantizar a la población el acceso a los 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 esenciales 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. Se definen tres aspectos que conforman los nodos críticos del acceso: la disponibilidad, la capacidad de los hogares de asumir los costos de acceso (no sólo geográfico) y la aceptabilidad cultural.

## ◉ *¿Qué son los medicamentos esenciales?*

Los medicamentos esenciales son aquellos que permiten satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población. Por esta razón, “deben hallarse disponibles en todo momento en las cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran, y a un precio asequible para las personas y la comunidad” (Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales, noviembre de 1999). En 1977, la OMS estableció el primer Listado de Medicamentos Esenciales destinado a promover que todos los países formularan sus propias listas nacionales. La Argentina cuenta desde el año 2010 con su Listado de Medicamentos Esenciales para el Primer Nivel de Atención que fue consensuado con autoridades sanitarias de todo el país. La experiencia ha demostrado que una cuidadosa selección de un rango limitado de medicamentos esenciales mejora la gestión de medicinas y la calidad de la prescripción, utilizando los recursos disponibles de una manera más efectiva.



## 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. Esta diferencia en la proporción de consultantes según sexo da cuenta de la mayor proporción de mujeres que consultan en efectores de salud del PNA.

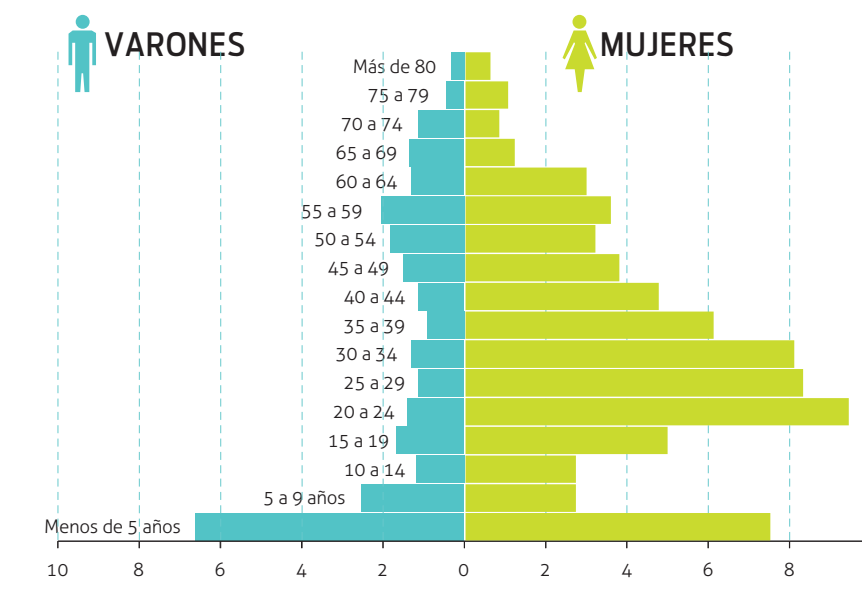
La pirámide poblacional incluida a continuación presenta la distribución según sexo y edad de los consultantes relevados. A partir de la misma se observó que su base es ancha, es decir que los consultantes menores de 5 años se encuentran representados en mayor proporción que el resto de los grupos etarios, alcanzando el 14% del total de los consultantes relevados. La proporción de varones y de mujeres para ese rango de edad resultaron similares, siendo 47% niños y 53% niñas. A partir de los 5 años de 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. Al interior de este segmento, las mayores diferencias se presentaron en el rango de edad comprendido entre los 25 y los 29 años siendo la cantidad los consultantes mujeres un 88% y varones un 12%; seguido por el grupo de 20 a 24 años donde la proporción de mujeres fue de 87% y la de varones 13%.

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.

Resultó interesante identificar que 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. Si bien estas diferencias serán profundizadas en el Capítulo III de la publicación, donde se caracterizó según sexo y edad de la población que residía en el área programática, nos referiremos a ellas a continuación.

En este sentido, mientras que sus bases<sup>8</sup> (14% para los consultantes y 12% para la población de las áreas programáticas) y las cimas<sup>9</sup> (7% tanto para consultantes como para la población que reside en el área programática) resultaron similares, en el resto de la distribución etaria de las pirámides se observaron grandes diferencias entre ambos sexos. Resultó llamativo y, por lo tanto una alerta al Primer Nivel de Atención, 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 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. A partir de la información relevada es posible afirmar que los varones efectivamente residen en las áreas programáticas pero no concurren a dichos efectores de salud. Respecto de la última hipótesis referirse al Capítulo III, específicamente en el apartado que refiere a la cobertura de salud y la utilización de los servicios públicos de salud.

Gráfico 1: Consultantes a Centros de Atención Primaria de la Salud según sexo y edad.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

<sup>8</sup> Personas con 5 años de edad o menos.

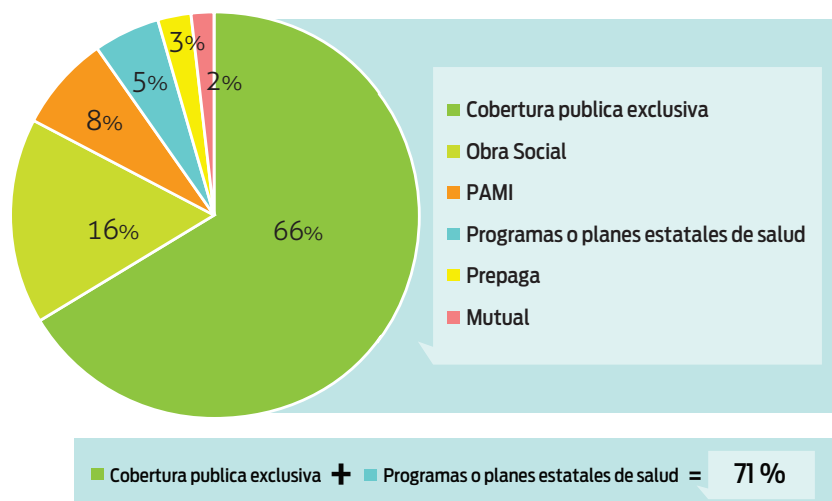
<sup>9</sup> Personas con 65 años de edad y más.

## ¿CUÁL ES LA COBERTURA DE SALUD DE LOS CONSULTANTES A 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 infantil<sup>10</sup>.

Gráfico 2: Consultantes a los CAPS por cobertura de salud de los consultantes.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

<sup>10</sup> 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.

La proporción de consultantes con cobertura pública exclusiva varió según el grupo etario, incrementándose significativamente entre los consultantes de 14 a 39 años de edad y disminuyendo entre los grupos de consultantes con mayor edad. Así, la proporción de mayores de 65 años con cobertura pública exclusiva resultó del 11%.

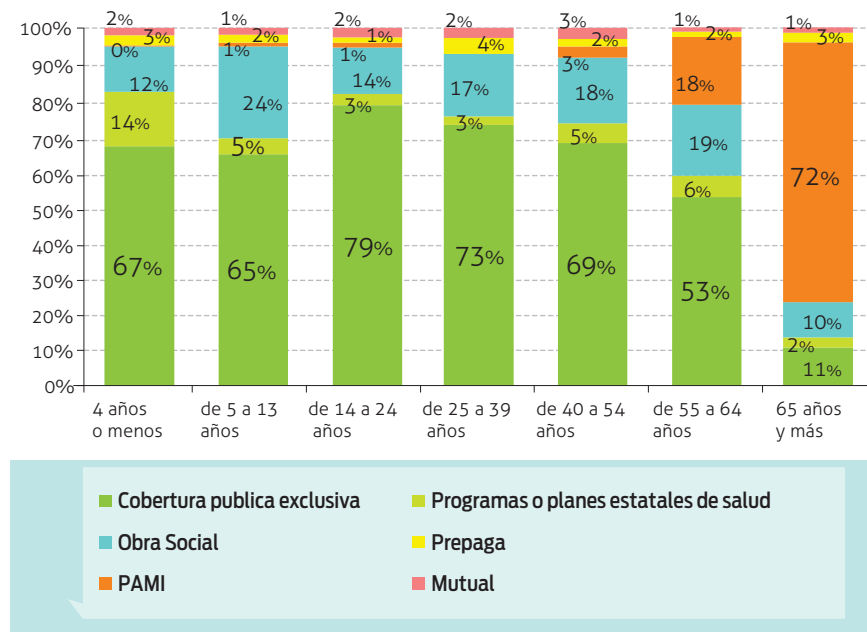
Por su parte, el 28 % de los consultantes manifestó que posee otro tipo de cobertura de salud. Del total de consultantes, el 16% dijo que posee “Obra Social” y el 8% “PAMI”<sup>11</sup>, el 3% posee “Prepaga” mientras que el 2% “Mutual”<sup>12</sup>.

Al analizar las distribuciones anteriores por edad de los consultantes cabe destacar que la mayor proporción de consultantes con obra social se relevó entre quienes poseen de 5 a 13 años de edad. Respecto de la cobertura de salud proporcionada por PAMI, cabe resaltar que entre los consultantes de mayor edad esta fue del 72% y que en el tramo de edad de 55 a 64 años ya venía tomando más fuerza, posiblemente relacionado a que la edad jubilatoria de las mujeres (60 años).

Si bien en el Capítulo III se profundizará respecto de la cobertura de salud de quienes residen en las áreas de referencia de los CAPS, cabe destacar que comparativamente la cobertura pública de salud resultó mayor entre los consultantes que entre la población que reside en las áreas de referencia de los CAPS, siendo éstas 71% y 61% respectivamente. La situación inversa se dio respecto de la población con cobertura de salud privada. Así entre quienes fueron relevados en sus hogares, los porcentajes de las diversas categorías de cobertura de salud privada fueron: obra social 24%, PAMI 6%, prepaga 4% y mutual 2%.

<sup>11</sup> Cabe destacar que en este estudio la categoría de cobertura de salud “PAMI” fue relevada separada del resto de las obras sociales.

<sup>12</sup> 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.

**Gráfico 3:** Consultantes a los CAPS por rango etario según cobertura de salud.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Al analizar la cobertura de salud de los consultantes según sexo fue posible apreciar que en las categorías cobertura de salud pública exclusiva y en la de obra social se dieron las mayores variaciones. Así, entre las mujeres, la proporción de cobertura pública ascendió a 69% respecto del 58% observada para los varones. Por otro lado, la cobertura por obra social, que para el total de los consultantes fue de 16%, ascendió entre los varones al 20%. Estas variaciones según sexo podrían referir a diferencias en la situación ocupacional de mujeres y varones. En este sentido, tal como se especificará más adelante los varones presentaron mayores porcentajes de ocupación y las mujeres de inactividad.

Respecto de la relación entre el tipo de cobertura de salud y la condición de actividad de las personas se identificó que los consultantes ocupados presentaron mayor incidencia en las siguientes categorías de cobertura de salud: obra social 18%, mutua 3% y prepaga 3%. Por su parte entre los consultantes en condición ocupacional de inactividad se incrementó la cobertura de salud por parte de PAMI, alcanzando el 16%. Asimismo, entre los consultantes desocupados, la cobertura pública exclusiva se incrementó significativamente alcanzando al 80% de los mismos.

## ¿CUÁL ES EL NIVEL EDUCATIVO DE LOS CONSULTANTES A CAPS?

En el estudio se indagó acerca del último nivel de estudios completado por los consultantes. A los fines de analizar la situación socioeducativa de la población relevada, se establecieron diversos cortes de edad con el objetivo de observar la relación entre dicha variable y el último nivel educativo alcanzado por los consultantes<sup>13</sup>.

Del total de consultantes de 17 años y más, el 56% refirió que el último nivel educativo alcanzado fue el nivel primario (“Primario - EGB 1 - EGB 2”), el 32% refirió haber alcanzado el nivel medio (“Secundario- EGB 3 – Polimodal”). Por último, la proporción de quienes completaron niveles superiores de educación alcanzó el 6% (“Terciario - Universitario – Posgrado”). En el otro extremo, si se adicionan los consultantes sin instrucción y los que indicaron que su máximo nivel educativo alcanzado fue el nivel inicial (salas de 3, 4 y 5 años - jardín de infantes) el porcentaje de la categoría más baja de nivel educativo alcanzó el 6%.

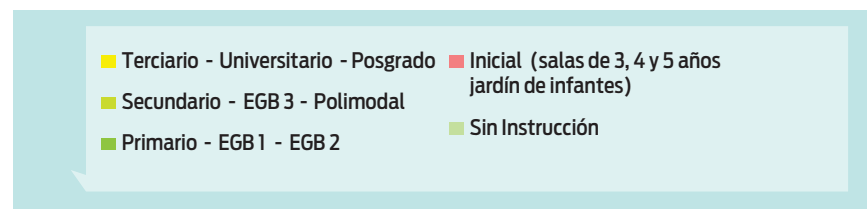
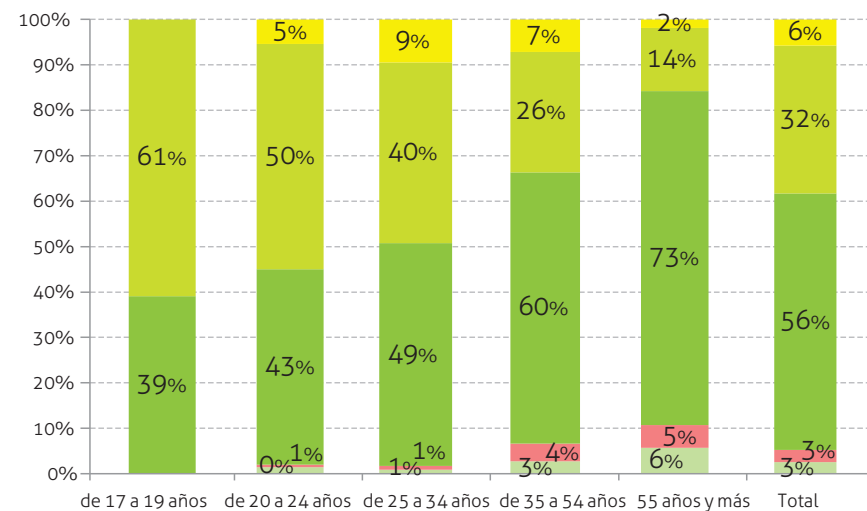
A partir del análisis realizado se pudo observar que el último nivel educativo alcanzado por los consultantes varía según el rango etario. Así y a partir del Gráfico 4, fue posible observar que existe una tendencia inversamente proporcional entre la edad de los consultantes a CAPS y su máximo nivel educativo alcanzado. En este sentido, entre quienes tienen entre 17 y 19 años la proporción de consultantes que completó el nivel medio (“Secundario- EGB 3 – Polimodal”) resultó del 61%, proporción que disminuye a medida que la edad de los consultantes aumenta. Lo inverso ocurrió respecto del nivel de educación primaria. Así, entre quienes tienen 55 años y más, el porcentaje de los que completaron este nivel ascendió a 73% y fue decreciendo entre los grupos etarios más jóvenes. Esta situación estaría relacionada a los procesos de inclusión educativos que ha experimentado el país a lo largo del tiempo. En tanto que esos procesos aumentaron los indicadores de cobertura educativa, sobre todo de los de nivel medio, las proporciones de quienes completaron los diversos niveles educativos aumentaron con el correr de los años y es esto justamente lo que se estaría reflejando en la tendencia descripta anteriormente.

<sup>13</sup> En este sentido se procedió a dejar por fuera del análisis a los menores de 17 años de edad, ya que esa edad corresponde a la menor en la que una persona puede concluir el nivel de educación medio. Luego se generaron cortes etarios con la intención de lograr reflejar los posibles cambios en el nivel de escolarización de las personas.

Respecto de quienes manifestaron no haber tenido instrucción educativa formal (3% de los consultantes de 17 años y más), el porcentaje ascendió a 6% entre los mayores de 54 años.

Por su parte, entre quienes completaron un nivel terciario, universitario o de posgrado, la proporción ascendió entre el grupo de 25 a 34 años de edad a 9%. Esto era de esperarse, en tanto que el primer grupo etario (17 a 19 años) no pudo haber completado niveles de educación superiores dado que su corta edad. Situación similar ocurrió entre los consultantes de 20 a 24 años, que, si bien se encuentran dentro de las edades teóricas de completar niveles educativos superiores (universitarios y no universitarios), sólo un 5% manifestó haberlos completado.

**Gráfico 4:** Consultantes a CAPS de 17 años y más por rangos etarios según último nivel educativo alcanzado.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS mayores de 16 años (n: 1.388).

Considerando que el nivel educativo alcanzado por los adultos del hogar puede tener una incidencia sobre las prácticas preventivas y el cuidado de la salud de los menores del hogar, se analizó el máximo nivel educativo alcanzado por los principales sostenes de hogar<sup>14</sup> de aquellos consultantes de entre 0 y 14 años de edad. De este análisis se desprendió que el 59% de ellos poseen como último nivel educativo alcanzado el primario y el 31% el nivel medio.

### ¿CUÁL ES LA CONDICIÓN DE ACTIVIDAD DE LOS CONSULTANTES A CAPS?

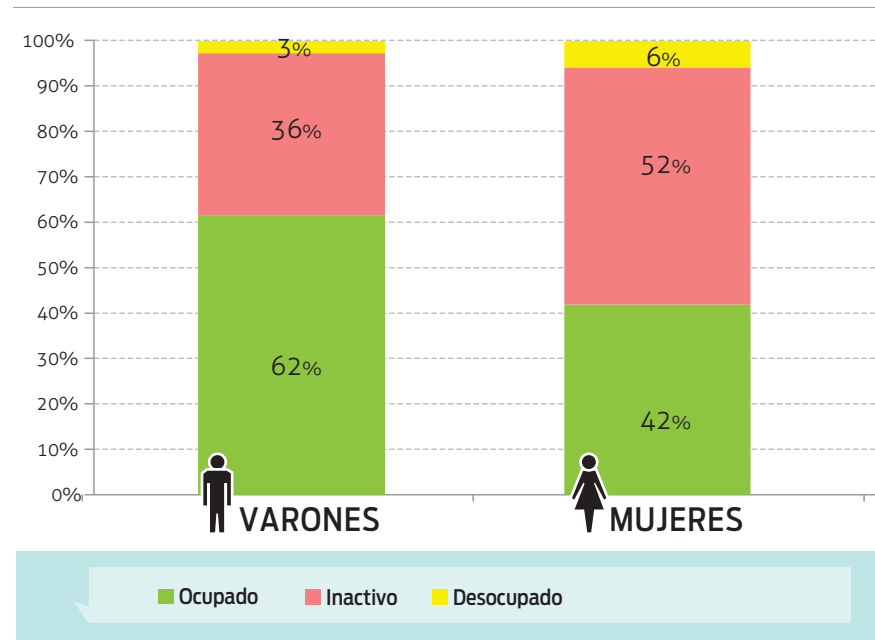
Tomando como referencia las definiciones teóricas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se calculó la condición de actividad para los consultantes de 14 años y más (76% de los consultantes), siendo las posibles categorías analíticas: “ocupado”, “desocupado” e “inactivo”<sup>15</sup>.

Del total de consultantes de 14 años y más, el 48% son inactivos, el 46% ocupados y el 5% desocupados.

Tal como se puede apreciar en el gráfico a continuación entre los consultantes mayores de 14 años que refirieron estar ocupados, el porcentaje de ocupación difiere según sexo. Así, la proporción de ocupación es significativamente mayor entre los varones respecto de las mujeres, siendo éstas 62% y 42%, respectivamente. La condición de inactividad entre las mujeres (52%) resultó más elevada respecto que la de los varones que era del 36%. La desocupación aumentó para las primeras respecto de los segundos.

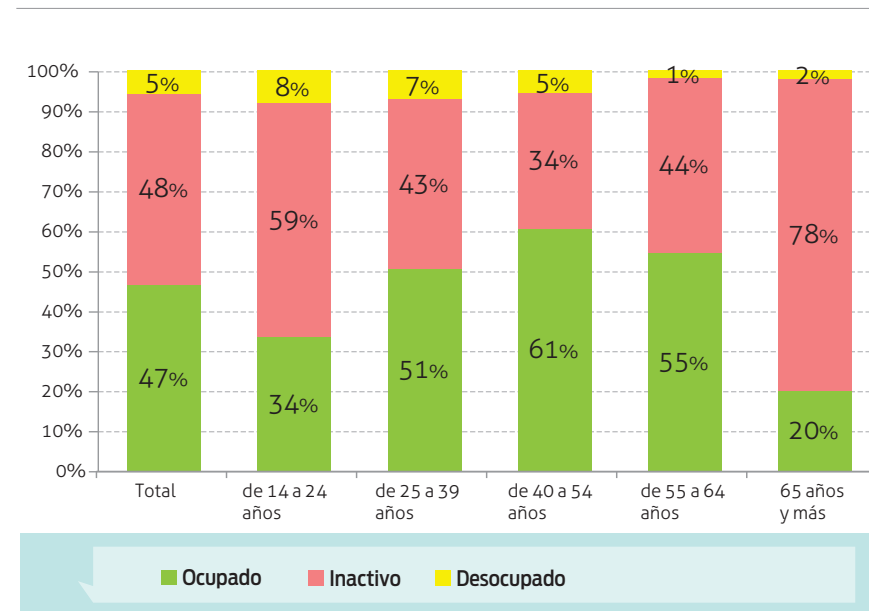
<sup>14</sup> Los responsables de las compras y/o el principal sostén del hogar son aquellas personas que administran el hogar.

<sup>15</sup> La población económicamente activa la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Para la medición de este concepto, se considera la población entre 14 y 65 años. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. Por población ocupada se entiende el conjunto de personas entre 14 y 65 años que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población. Para poder discriminar dentro del nivel de empleo qué parte corresponde al empleo de baja intensidad, pueden restarse del empleo total aquellos que trabajan menos de cierta cantidad de horas (por ejemplo los subocupados). La población desocupada se refiere a personas entre 14 y 65 años que, no teniendo ocupación, en los últimos 30 días hayan buscado activamente trabajo y estén disponibles para empezar a trabajar. La población inactiva refiere al conjunto de personas menores de 14 o mayores de 65 años que no son económicamente activas, es decir personas que no tienen trabajo y no lo buscan activamente.

**Gráfico 5:** Condición de actividad de los consultantes a CAPS de 14 años o más por sexo.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS mayores de 13 años (n: 1.450).

Por su parte y tal como era de esperar, la ocupación fue mayor entre los consultantes de 25 y 64 años de edad. Pero al mismo tiempo en ese tramo de edad fue posible observar diferencias en tanto que para el grupo de 25 a 39 años la proporción de ocupados fue del 51%, incrementándose a 61% entre el rango de 40 a 54 años y descendiendo luego a 55% para los de 55 a 64 años. Al respecto, podría pensarse que esta variación entre los grupos etarios daría cuenta de diferencias en la participación en el mercado de trabajo. Pero esta hipótesis no se convalida al indagar respecto de la condición de actividad de los residentes del área de referencia de los CAPS ya que entre ellos la proporción de ocupados para los residentes de 25 a 39 años fue del 70% y entre los de 40 a 54 años ascendía al 76%. La variación de la proporción de ocupados en esos rangos de edad entre una y otra población podría indicar que las personas ocupadas mayores de 25 años que residen en las áreas de referencia, en caso de acceder a efectores públicos de salud del PNA, concurrirían a CAPS más próximos a sus lugares de trabajo o bien, en caso de tener cobertura de salud privada, accedería a otro tipo efector de salud.

**Gráfico 6:** Condición de actividad de los consultantes a CAPS de 14 años o más por rango de edad.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS mayores de 13 años (n: 1.450).

Entre los consultantes ocupados, las categorías ocupacionales que presentaron mayor frecuencia fueron “Servicio doméstico” (23%, ascendiendo a 34% entre las mujeres), “Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo” (22%, incrementándose a 25% entre los varones ocupados) y “Empleado/a u obrero/a del sector privado” (20%, aumentando al 32% de los varones ocupados).

Cabe destacar que la anterior distribución porcentual de las categorías ocupacionales difiere de las características ocupacionales relevadas para la población que reside en las áreas programáticas que se describen en el Capítulo III de la presente publicación. Estas variaciones permitieron inferir cierta precarización laboral de los consultantes aquí analizados. En este sentido, entre el grupo de consultantes que asistieron al CAPS se intensificaron categorías relacionadas con el sector informal de la economía (servicio doméstico y cuentapropismo) y se redujeron las categorías laborales asalariadas. En tanto que las categorías relacionadas con el sector informal no se encuentran asociadas al régimen de seguridad social (con acceso a otra cobertura de salud además de la pública), estos grupos ejercerán su derecho a la salud en los efectores públicos, entre ellos los CAPS.

## CARACTERIZACIÓN DE LOS CONSULTANTES PRINCIPALES SOSTENES DE HOGAR

Del total de consultantes a CAPS encuestados, el 34% refirieron ser el principal sostén de sus respectivos hogares (PSH). De ellos, el 61% son mujeres y el 39% varones. El promedio de edad de los consultantes que refirieron ser PSH fue de 44 años. En este sentido, el 29% de los PSH tenían entre 40 y 54 años mientras que el 28% de ellos posee entre 25 y 39 años. Por su parte los más jóvenes (14 a 24 años de edad) constituían el 7%.

El 58% de los PSH poseen cobertura pública exclusiva de salud y, el 16% son afiliados del PAMI.

Al analizar los PSH según condición de actividad, los ocupados representaron el 61% del total, el 34% resultaron inactivos y el 4% sostuvo estar desocupado. Entre los ocupados las categorías ocupacionales que presentaron una mayor proporción fueron similares a las del total de los consultantes, pero en un orden diferente: “Empleado/a u obrero/a del sector privado” con un 23%, “Trabajador por cuenta propia sin personal a cargo” con el 22% y “Servicio doméstico” 19%.

## 2. ACCESO A MEDICAMENTOS EN EL PNA

Tal como se mencionara en la Introducción, uno de los objetivos del presente estudio refiere a determinar el nivel de acceso en la Argentina a medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar de la población usuaria del Primer Nivel de Atención de Salud. En la presente sección se analizan los diversos aspectos que dan cuenta del nivel de acceso a medicamentos entre los consultantes a Centros de Atención Primaria de la Salud relevados.

### ¿CUÁL ES LA DISTANCIA DE LOS HOGARES CONSULTANTES AL CAPS?

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. Este valor coincide con la definición que se tomó para la realización del presente estudio, al definir el área programática del CAPS como aquella que queda comprendida dentro de un radio de 15 cuadras a la redonda.

El 59% de los encuestados refirieron que reside a menos de 10 cuadras del CAPS donde demandó atención. Por su parte, quienes residen entre 10 y 20 cuadras del CAPS alcanzaron el 26%.

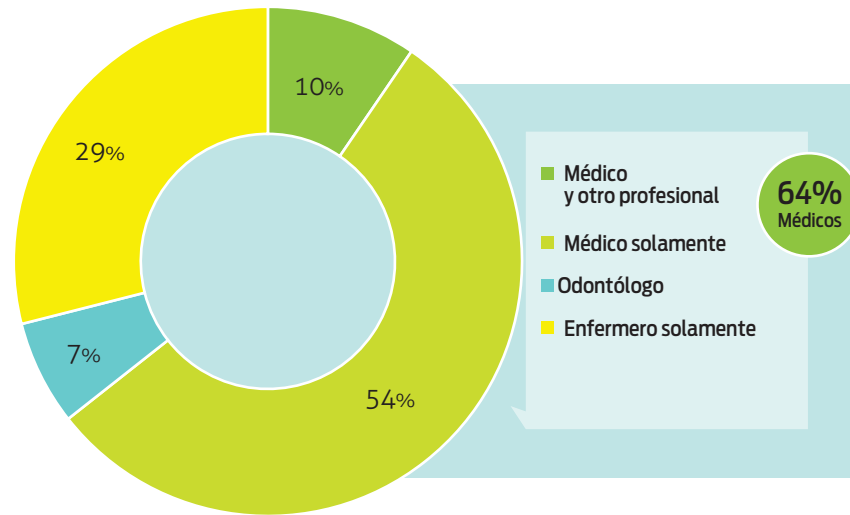
### ¿CON QUÉ TIPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD SE ATENDIERON LOS CONSULTANTES EN LOS CAPS?

Respecto de los profesionales con los que se atendieron en el efector de salud, el 64% del total de consultantes encuestados consultó a un médico, un 29% a personal de enfermería y un 7% a un odontólogo. Cabe destacar que sólo



se aplicó la encuesta a Consultantes de los CAPS que hubieran consultado alguno de estos tres tipos de profesionales. Es relevante señalar que un 10% de los consultantes concurren al centro para atenderse con más de un tipo de profesional de la salud.

**Gráfico 7:** Consultantes a CAPS por profesional de la salud por el que fue atendido.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Al analizar estos datos según sexo, fue posible identificar que las mujeres consultan al médico un 10% más respecto de los varones. Por su parte, entre los varones la proporción de quienes consultaron a personal de enfermería o al odontólogo fue mayor que entre las mujeres (34% vs. 27% para las consultas de enfermería y 9% vs. 6% para los odontólogos).

Tal como puede observar en el Gráfico 8, cuando se analizó el tipo de profesional por el que fue atendido según la edad de los consultantes, se observó que la proporción de consultantes que fue a atenderse con un médico fue mayor en tres grupos etéreos: el de 4 años o menos de edad, el grupo de 14 a 24 años y el de 25 a 39 años.

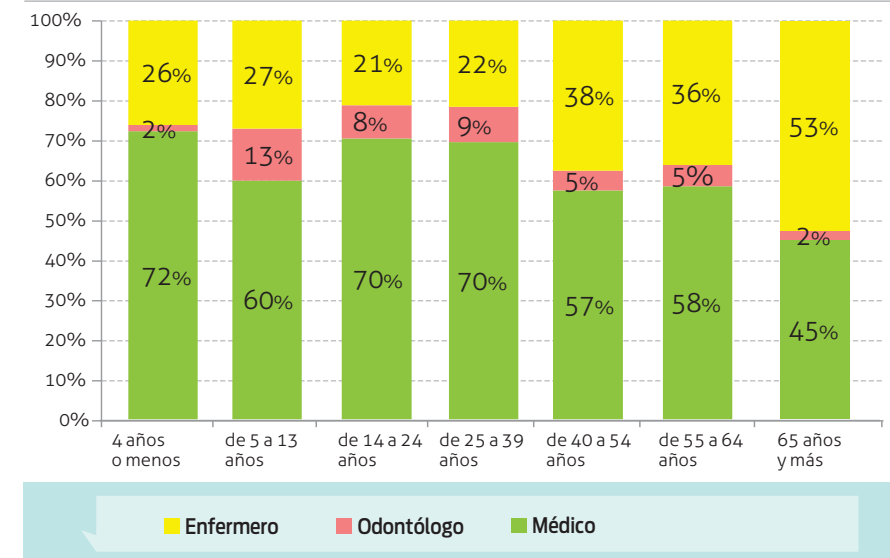
Cabe destacar que la proporción de quienes se atendieron con personal de enfermería fue mayor entre los consultantes de 65 años y más. Así, el 53% de ese grupo etéreo manifestó que concurrió al CAPS para ser atendido por personal de enfermería. Teniendo en cuenta que, tal como se mencionara anterior-

mente, de este grupo de edad el 72% poseía PAMI como cobertura de salud, es dable pensar que los consultantes de 65 años y más concurren a los CAPS con mayor frecuencia para recibir atención del personal de enfermería, mientras que para recibir atención médica asistan a otros efectores de salud.

La hipótesis anterior se refuerza con la comparación con la Línea de Base 2003. En ese estudio, el 94% de los consultantes de 65 años y más había consultado a un médico del CAPS, siendo esta proporción casi 10 puntos porcentuales mayor que el valor del total de la muestra. El incremento en la tasa de cobertura previsional experimentada en el periodo transcurrido entre 2003 y 2011<sup>16</sup> y la consecuente ampliación de beneficiarios de PAMI habría conllevado a que la consulta al médico la realicen en otros efectores, pero que continúen yendo a los CAPS para ser atendidos por el personal de enfermería.

Esta hipótesis podría confirmarse a partir del análisis incluido en el Capítulo III de esta publicación. Allí se refiere que el 45% de los mayores de 65 años cuando asisten a un efector de salud concurren principalmente a un consultorio particular o clínica privada.

**Gráfico 8:** Consultantes a CAPS por profesional de la salud que lo atendió según rangos de edad.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

<sup>16</sup> Observatorio de la Seguridad Social. Anses. Julio 2011. <http://observatorio.anses.gov.ar/files/subidas/2011-07-26-MARCO%5B1%5D.pdf> y <http://observatorio.anses.gov.ar/files/subidas/An%C3%A1lisis%20de%20la%20Cobertura%20del%20SIPA.pdf>.

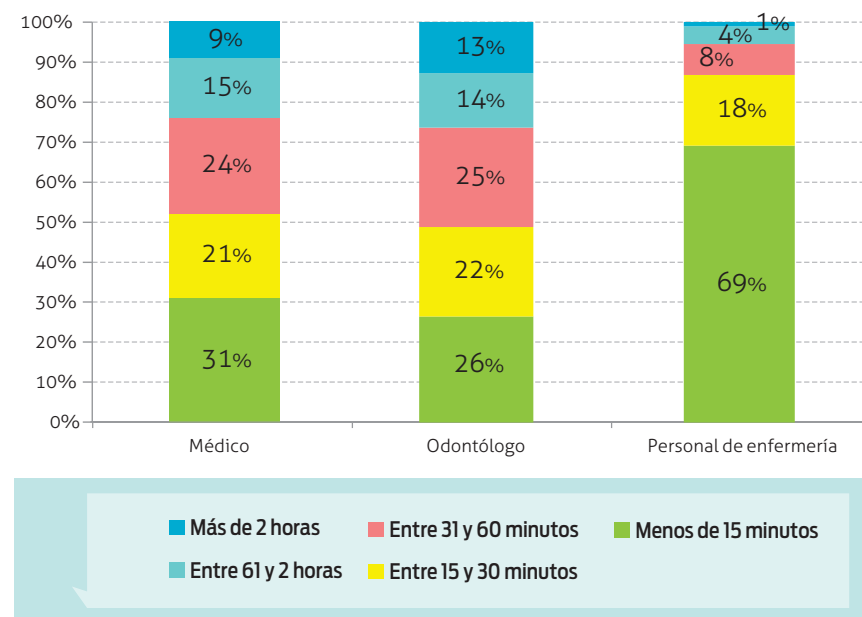
## ¿CUÁNTO TIEMPO TUVIERON QUE ESPERAR LOS CONSULTANTES PARA SER ATENDIDOS?

En el cuestionario aplicado a consultantes de los CAPS seleccionados se les consultó por el tiempo de espera que medió entre que llegó al efector y lo atendieron. De los 1.875 consultantes, el 42 % declaró haber esperado menos de 15 minutos para ser atendido y un 20% entre 15 y 30 minutos. Al comparar estos valores con la Línea de Base realizada en 2003, fue posible apreciar que no ha habido cambios significativos respecto de los tiempos de espera en el período transcurrido, en tanto quienes esperaron menos de 30 minutos representaba el 60% de los consultantes frente al 62% que en 2011 fueron atendidos en menos de media hora.

En promedio, los consultantes esperaron 33 minutos para ser atendidos por el profesional de la salud al que consultaron. Al analizar este promedio se observaron diferencias entre grupos de edad. Los grupos de edad que esperaron mayor cantidad de tiempo fueron los consultantes entre 25 y 39 años con 37 minutos promedio, y los de 0 y 4 años de edad que esperaron 36 minutos en promedio. Cabe observar que estos grupos coincidieron con los que proporcionalmente contaban con mayor cantidad de consultantes, de este modo pareciera que cuanto mayor cantidad de consultantes había en los diversos rangos de edad, más tiempo de espera refirieron.

Asimismo, fue posible identificar una relación entre el tiempo transcurrido hasta la atención y el profesional de la salud consultado. Al respecto, la proporción de quienes fueron atendidos en menos de 15 minutos fue mayor entre quienes consultaron a personal de enfermería (69%). Por su parte 5 de cada 10 consultantes que fueron atendidos por un médico tuvieron que esperar más de media hora (24 % esperó entre 31 y 60 minutos, 15% esperó entre 61 minutos y 2 horas y un 9% esperó más de dos horas).

**Gráfico 9:** Tiempo espera del consultante a CAPS según profesional de la salud al que consultó.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 2117 menciones).

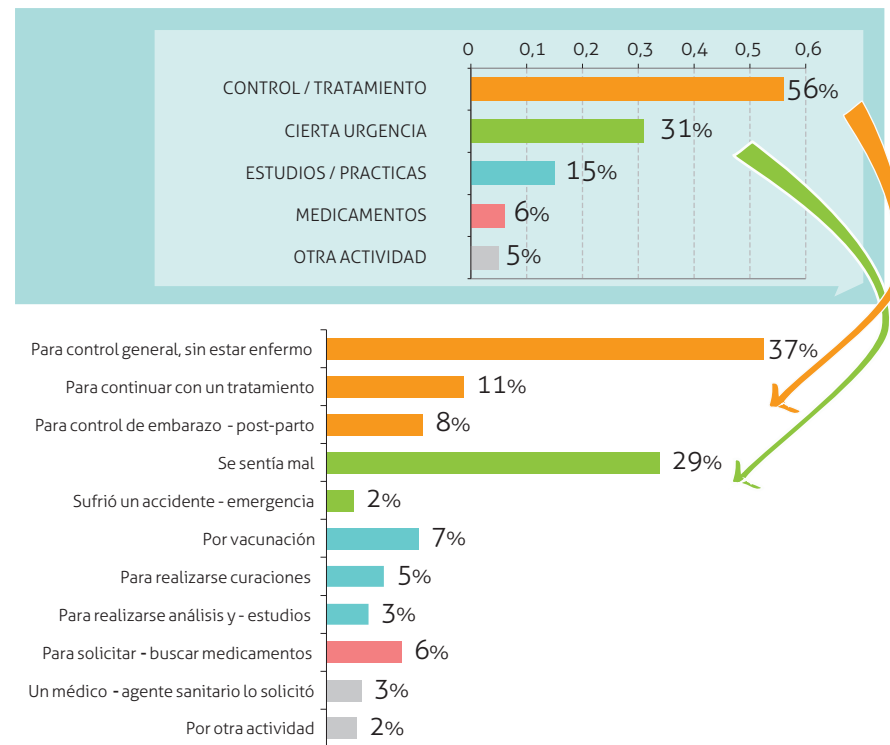
## ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS REFERIDOS POR LOS CONSULTANTES PARA ACERCARSE AL CAPS?

Luego de su paso por la consulta, se les preguntó a los consultantes cuál / cuáles habían sido los motivos por los cuales se habían acercado al CAPS. Cabe destacar que un 13% de los consultantes refirió haberse acercado al CAPS por más de un motivo<sup>17</sup>. Fue posible identificar que el 56% de los motivos de consulta referidos por los consultantes podrían ser agrupados bajo la categoría “Control y tratamiento” siendo estos los que poseen mayor posibilidad de organizarse por esquemas de turnos programados. Estos motivos incluyen el “control

<sup>17</sup> El análisis que se presenta a continuación refiere a la cantidad de menciones. Estas adicionan un total de 113%.

general, sin estar enfermo” (37%), el “control de embarazo - post-parto” (8%) y el acercamiento al efector para continuar con un tratamiento (11%). Por su parte, el 31% de los consultantes refirió haberse acercado al CAPS por motivos de cierta urgencia (“se sentía mal” 29% y “sufrió un accidente – emergencia” 2%). Un 15% mencionó haberse acercado a los fines de realizarse estudios o prácticas (7% vacunación, 5% realizarse curaciones, 3% realizarse análisis y estudios). Cabe destacar que un 6% de los consultantes refirió haberse acercado al CAPS para solicitar medicamentos.

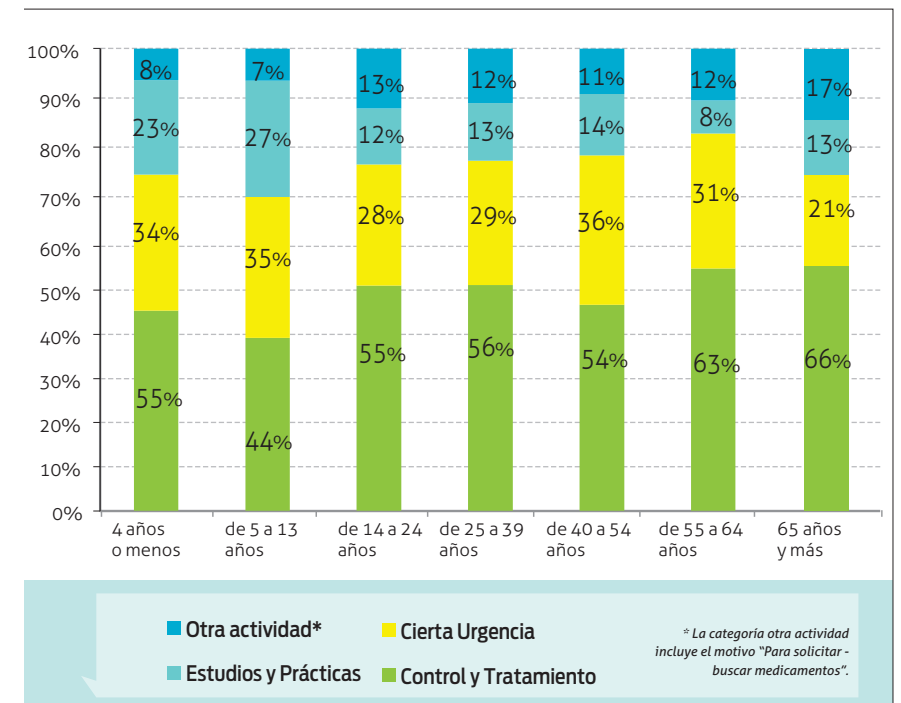
**Gráfico 10:** Motivos de consulta (agrupados y desagrupados) de los consultantes a CAPS.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 2117 menciones).

Analizando los tipos de consultas realizadas según rango etario, fue posible identificar que las consultas plausibles de convertirse en “programadas”, si bien aumentan entre los mayores de 55 años de edad, presentaron valores altos para todos los rangos de edad. No obstante, analizando los rangos etarios según tipos de consulta, fue posible identificar que el tipo de consulta para “control general, sin estar enfermo” se incrementó especialmente entre los menores de 5 años y los mayores de 65 años. Por su parte las proporciones obtenidas para los motivos de consulta que refieren cierto grado de urgencia variaron entre los diversos grupos de edad entre el 35% y el 21%. Luego, entre quienes se acercaron al CAPS para realizarse algún tipo de análisis o estudio fue posible observar una mayor incidencia de los grupos de menor edad. Esto estaría relacionado a que en esa categoría se incluyó a quienes se acercaron a los efectores de salud para ser vacunados, siendo estos en su mayoría niñas y niños.

**Gráfico 11:** Motivos de consulta agrupados de los consultantes a CAPS por rango de edad del consultante.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Al analizar los motivos de consulta según sexo cabe destacar que para el motivo de consulta “control general, sin estar enfermo” no se observaron diferencias según sexo. Por su parte, los motivos de consulta que presentaron una mayor proporción entre los varones respecto de las mujeres consultantes fueron “se sentía mal”, “para continuar con un tratamiento” y “para realizarse curaciones”. Entre las mujeres los motivos de consulta que refirieron mayores porcentajes respecto de los varones fueron: obviamente “para control de embarazo - post-parto” y “para solicitar - buscar medicamentos”.

➔ **Los consultantes, ¿accedieron al CAPS por indicación de personal de la salud o se acercaron de forma espontánea?**

A todos los consultantes relevados se les preguntó, además de cuál había sido el motivo de su consulta, si el acceso a la consulta de referencia había sido espontánea, es decir impulsada por si mismos, o bien si se habían acercado al CAPS por indicación de personal de salud de algún efector, ya fuere del efector al que concurrió u otro. De esta consulta surgió que los consultantes se acercaron al efector de salud en el que fueron encuestados:

- el 74% por su propia cuenta;
- el 20% porque se lo indicó personal del CAPS al que se acercó en una consulta anterior;
- el 6% porque lo indicó personal de otro efector de salud.

Luego, el 45% de los consultantes refirió haber asistido a la consulta de referencia con un turno asignado. De ellos, el 61% indicó que el turno por que cuál accedieron a esa consulta había sido otorgado el mismo día en que realizó la consulta. Por su parte, solo el 38% restante indicó que lo había obtenido con días de antelación al día de la consulta. Cabe destacar que estos últimos turnos coinciden con la definición de turnos programados por los que se les consultó a los directores de los CAPS, es decir una fracción de tiempo que se otorga para una consulta que se asigna para una jornada diferente de la que fue solicitada.

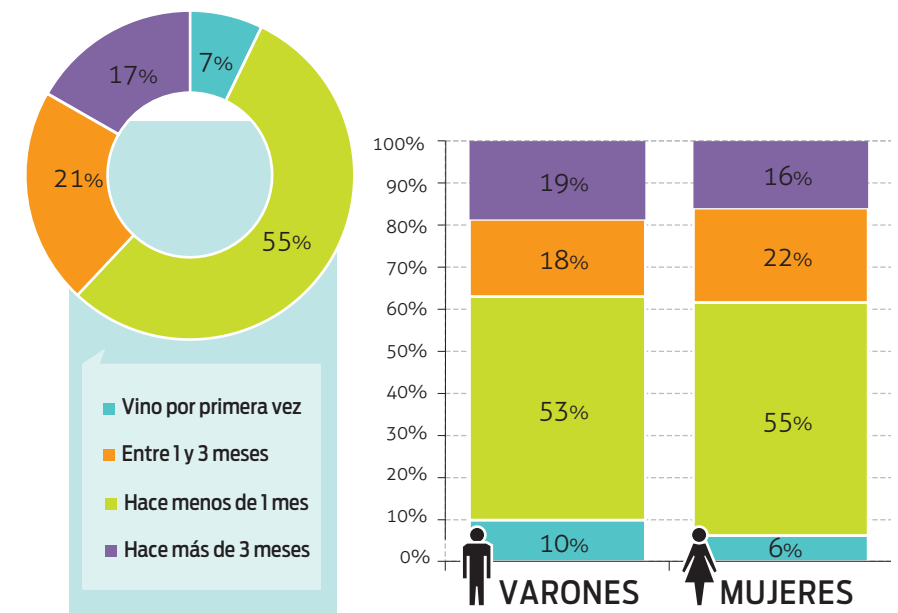
**¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE ASISTENCIA DE LOS CONSULTANTES AL CAPS DE REFERENCIA?**

A los fines de identificar la frecuencia con la cual los consultantes asistían a los CAPS, se indagó respecto de la última vez que había ido a ese Centro de Atención Primaria de la Salud. Tal como se puede observar en el gráfico que se presenta a continuación, el 55% 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.

Al analizar esta variable según el sexo de los consultantes se observaron algunas diferencias. Así, la proporción de varones fue comparativamente mayor que la de las mujeres entre quienes sostuvieron concurrir por primera vez al CAPS y entre los que refirieron haberlo hecho hace más de 3 meses. Las mujeres presentaron proporciones mayores para el resto de las categorías.

**Gráfico 12:** Consultantes a CAPS por última vez que vino al efector.

**Gráfico 13:** Consultantes a CAPS por última vez que vino al efector según sexo.

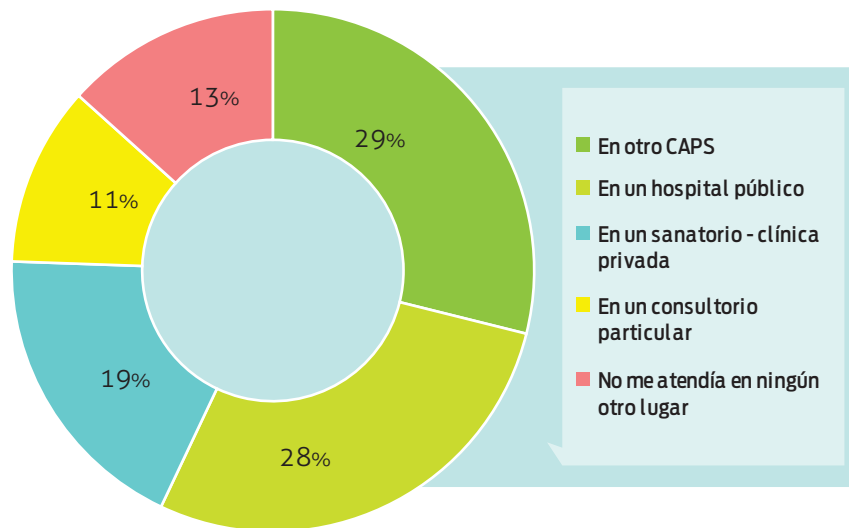


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Por su parte, el 7% de los consultantes refirió que la consulta por la que lo estaban encuestando era la primera vez que concurría a ese CAPS. A éstos, se les preguntó también en qué tipo de efector de salud se atendía antes. Cabe destacar que cerca de los 30 puntos porcentuales se encontraron tres categorías: en otros CAPS (29%), en un hospital público (28%) y en efectores de salud privados (19% en sanatorio - clínica privada y 11% en consultorio particular). Por su parte, el 13% mencionó que anteriormente no se atendía en ningún efector de salud.

Seis de cada 10 consultantes que refirieron haberse acercado al efector de salud por primera vez son mayores de 24 años de edad. Luego, el 38% eran varones y los dos principales motivos de consulta que refirieron fueron el “control general, sin estar enfermo” y porque “se sentía mal” con el 31% y el 30%, respectivamente.

**Gráfico 14:** Consultantes que concurren por primera vez al CAPS por efector de salud donde se atendía antes.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes que concurren por primera vez al CAPS (n: 135).

## 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 Primer Nivel de Atención de Salud, se da cuenta de diversas dimensiones que refieren al acceso a medicamentos. Para ello, 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.

- El nivel de acceso a medicamentos fue relevado en el cuestionario a Consultantes respecto de dos momentos. El primero refirió a la “consulta de hoy”, es decir a la consulta del día en el que se realizó la encuesta. El segundo momento refirió a la “última vez que vino a este u otro CAPS”.

A partir de la información relevada en ambos momentos es 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 por cada consulta se realizase una prescripción dicho valor tendría que duplicar el 45% de prescripción del día de la encuesta. Esta situación resalta el uso de estrategias no farmacológicas por parte de los recursos humanos de los efectores o bien la realización de controles de salud (sin requerir prescripción), que como vimos anteriormente engloba al 37% de los motivos de consulta.

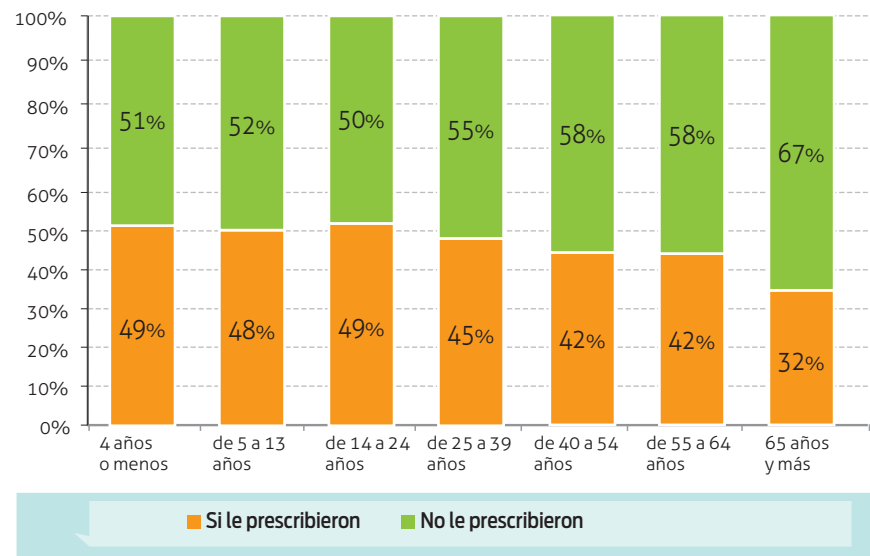
Luego se relevó que 6 de cada 10 consultantes a los que se les recetó un medicamento en la consulta del día de la encuesta, habían recibido también una prescripción en una consulta anterior.



## 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. Esta proporción resultó mayor entre las mujeres quienes refirieron un 46% respecto del porcentaje de 41% relevado entre los varones. Luego, si se analiza esta variable según la edad del consultante fue posible observar que la tasa de prescripción era 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, tal como se mencionara anteriormente, al alto porcentaje de cobertura de salud por parte de PAMI que poseen los consultantes mayores de 65 años de edad, 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.

**Gráfico 15:** Prescripción de medicamentos según edad del consultante al CAPS.

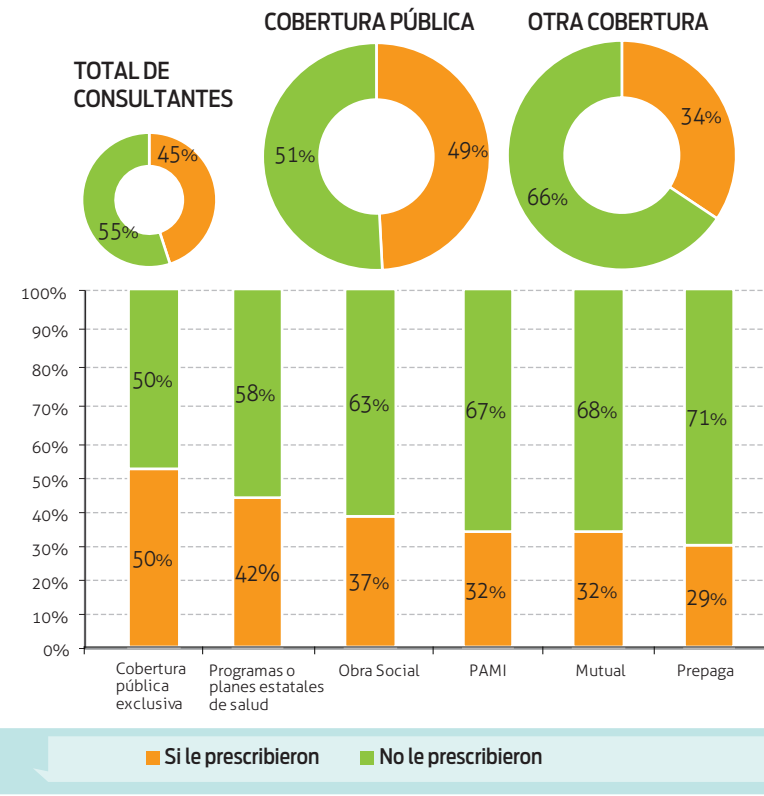


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Tal como era de esperar, la variable prescripción de medicamentos se encuentra asociada al tipo de profesional de la salud por el que el consultante fue atendido en el CAPS. En este sentido, la prescripción entre quienes consultaron a un médico fue mayor, alcanzando una tasa de prescripción del 59%. Luego, la tasa de prescripción entre quienes consultaron a un odontólogo fue del 50%.

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 cobertura de salud.

**Gráfico 16:** Prescripción de medicamentos en la consulta de hoy. Análisis según cobertura de salud del consultante. Cobertura de salud agregada y desagregada.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Luego, al desagregar las agrupaciones “cobertura pública” y “otra cobertura de salud” en las categorías que las conforman, fue posible observar que, tal como se presentó en el Gráfico 16, quienes presentaron una tasa de prescripción mayor corresponde a los consultantes que poseen cobertura pública exclusiva con un 50%, mientras que los consultantes con menor tasa de prescripción fueron los que poseen “Prepaga”, con una tasa de prescripción del 29%.

Al analizar la tasa de prescripción en función del tiempo que el consultante tuvo que esperar para ser atendido, resulta llamativo observar que la tasa de prescripción entre los consultantes aumentó a medida que se incrementaba el tiempo de espera en el efector de salud. Esta situación estaría relacionada a la referencia antes mencionada que indica que 5 de cada 10 consultantes que fueron atendidos por un médico tuvieron que esperar más de media hora. De modo que, al relacionar ese mayor tiempo de espera de los consultantes que fueron atendidos por un médico con la mayor tasa de prescripción entre quienes consultaron a un médico, es posible comprender la tendencia anteriormente referida.

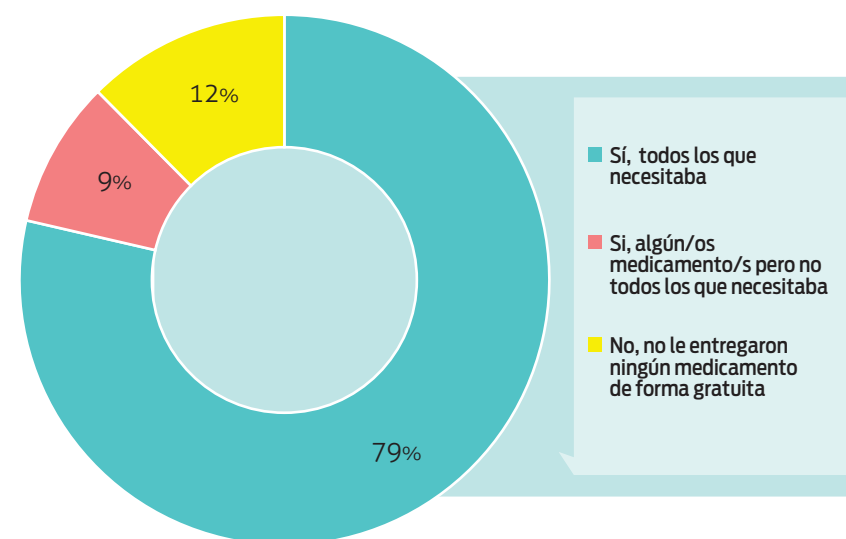
Por su parte, entre quienes no recibieron alguna prescripción sucede lo contrario, es decir, a medida que aumenta el tiempo que los consultantes esperan, la proporción de quienes no recibieron una prescripción disminuye.

Respecto al análisis de la prescripción de medicamentos en la consulta de hoy según última visita al CAPS, cabe destacar que la tasa de prescripción fue menor entre aquellos consultantes que refirieron haberse acercado por primera vez al CAPS o bien que concurrieron al CAPS hace menos de un mes. Mientras que, al interior del grupo que refirió haber concurrido al CAPS hace más de 1 mes pero menos de 3, la prescripción resultó mayor.

## 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 prescrito 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 prescritos 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.

**Gráfico 17:** Acceso a medicamentos esenciales de forma gratuita entre quienes recibieron una prescripción en la consulta de referencia.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS con prescripción de medicamentos (n: 842).

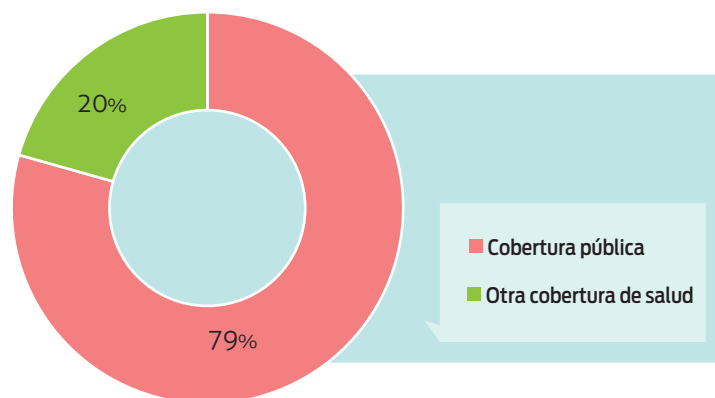
Al comparar esta proporción con la relevada en la Línea de Base 2003, es posible afirmar que existió un incremento en el porcentaje de medicamentos recibidos gratuitamente después de la consulta, en tanto que en el 2003 este era del 67% y en el 2011, tal como se mencionara, del 87%.

Con la intención de dar cuenta de las estrategias desplegadas por los consultantes en caso que no hubieran accedido al medicamento prescrito en el CAPS gratuitamente en la última consulta, se les preguntó qué habían hecho en esa ocasión para lograr acceder al/los medicamentos prescritos. De ellos, el 84% 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 consultantes.

## CONSULTANTES QUE NO RECIBIERON DE FORMA GRATUITA ALGUNOS O TODOS LOS MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS.

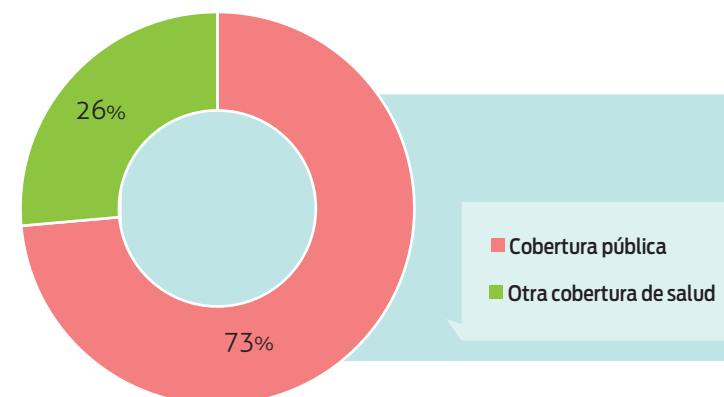
Al analizar a los consultantes que refirieron no acceder a un / algún medicamento prescrito en el CAPS según su cobertura de salud, se podría intuir que la no provisión gratuita de medicamentos podría estar relacionada a una mayor proporción de las personas que tienen algún otro tipo de cobertura de salud (obras sociales, PAMI, mutual o prepaga). Al respecto, tal como se presenta en el gráfico a continuación, la proporción de otra cobertura de salud que no sea la pública es mayor entre quienes no recibieron todos o algunos de los medicamentos gratuitamente, siendo ésta de 26% frente al 20% que representa entre los consultantes que sí recibieron todos o algunos de los medicamentos de forma gratuita.

**Gráfico 18:** Consultantes con prescripción medicamentosa que SI recibieron todos o algunos de los medicamentos de forma gratuita por cobertura de salud agregada.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que recibieron medicamentos de forma gratuita (n: 733).

**Gráfico 19:** Consultantes con prescripción medicamentosa que NO recibieron todos o algunos de los medicamentos de forma gratuita por cobertura de salud agregada.



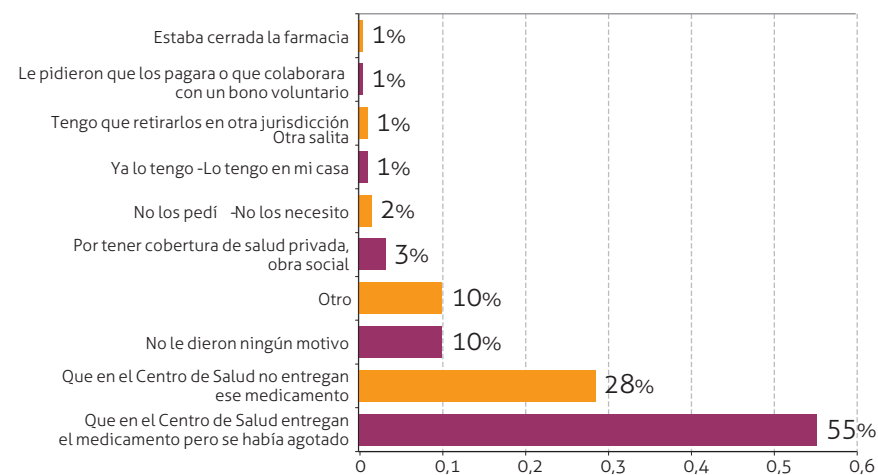
**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que no recibieron medicamentos de forma gratuita (n: 179).

A partir de la descripción anterior sería plausible pensar que los consultantes a los que se les prescribió un medicamento pero que éste no les fue entregado en el CAPS de forma gratuita, podría estar relacionado a que el medicamento que se les prescribió no forma parte de los medicamentos esenciales que se entregan en los centros de salud o bien a que el consultante posee otra cobertura de salud.

A los fines de corroborar estas posibles situaciones, se les preguntó a los consultantes que no recibieron alguno o todos los medicamentos prescritos respecto del motivo que en el efector de salud adujeron para no entregárselo/s. A partir de esa pregunta se obtuvo la información que se presenta en el Gráfico 20. Allí se pudo observar que el motivo más recurrente, con el 55% de los casos, refiere que no le entregaron el medicamento porque se había agotado. A éste le siguió, con el 28% de las menciones, que en el efector de salud no entregaban ese medicamento en particular. Respecto de posibles barreras al acceso a medicamentos, siendo éstas que “deben retirar el medicamento en otro efector de salud”, que “se les solicitó abonar para obtener los medicamentos” o bien que “la farmacia estaba cerrada”, el porcentaje de las mismas es muy bajo: solo el 2% refirió alguno de estos motivos. Por su parte, el 3% de los casos contestó que el argumento que le dieron en el CAPS para no entregarle el / los medicamentos prescritos era que poseía cobertura de salud privada.



**Gráfico 20:** Motivos que le adujeron en el CAPS a los consultantes para no entregarles alguno o todos los medicamentos prescritos de forma gratuita.

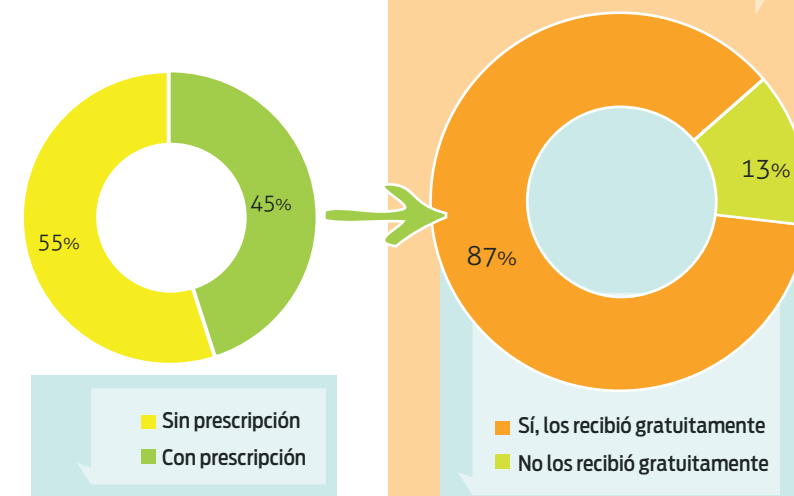


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que no recibieron todos o algún medicamento de forma gratuita (n: 202).

Luego de haber analizado los motivos referidos en el CAPS para la no entrega de medicamentos esenciales, se podría sostener que la no dispensa gratuita de medicamentos no estaría tan relacionada a la cobertura de salud del consultante, aunque bien podría estar incluida en la categoría “no le dieron ningún motivo”. Sino que, estaría vinculada en mayor medida a que el insumo que se le prescribió a los consultantes no se entrega en ese CAPS, por lo que se podría deducir que no es un medicamento esencial del PNA, o bien que el medicamento estaría agotado en el stock del efector. Respecto de esta última situación, referirse al Capítulo V.

**A MODO DE RESUMEN:**

DEL TOTAL DE **1.875 CONSULTANTES** AL **45% SE LE PRESCRIBIÓ UN MEDICAMENTO** **842 CONSULTANTES**



El 84% de quienes no recibieron algún medicamento de forma gratuita en la última consulta debieron comprarlos de forma particular, a precio del mercado minorista.

### 3.- COBERTURA DEL PROGRAMA REMEDIAR

En el presente apartado se dará cuenta de la fuente de provisión de los medicamentos que los consultantes manifestaron haber recibido de forma gratuita. A los fines de identificar si el suministro de los mismos correspondía al Programa Remediador + Redes, se procedió a enseñarles a los consultantes relevados un Formulario R. Este formulario es una receta estandarizada que se utiliza en los CAPS efectores del Programa cada vez que se prescribe y entrega un medicamento o insumo provisto por Remediador. De este modo fue posible identificar correctamente si los medicamentos entregados gratuitamente correspondían a los provistos por el Programa o no.

A partir del procedimiento antes descrito, fue posible identificar lo siguiente:

- Del total de consultantes a los que se les prescribió un medicamento en su asistencia al CAPS (842 casos), Remediador logró dar respuesta al 74% de esas demandas.
- De los medicamentos entregados de forma gratuita, el 85% correspondían a medicamentos del Programa Remediador.

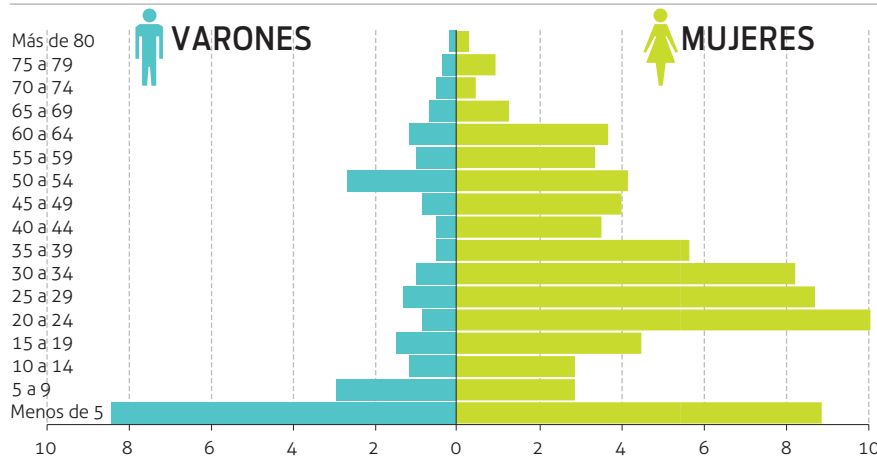
### CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE RECIBIÓ MEDICAMENTOS DE FORMA GRATUITA POR PARTE DEL PROGRAMA REMEDIADOR.

Para analizar la distribución por sexo y edad de los consultantes que recibieron medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediador, se construyó la correspondiente pirámide de población. Tal como se puede observar, 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 Remediador 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 Remediador de medicamentos destinados a las mujeres en esa etapa así como también a los insumos que Remediador distribuye en los CAPS en el marco de la asistencia logística realizada al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNNSyPR)<sup>18</sup>.

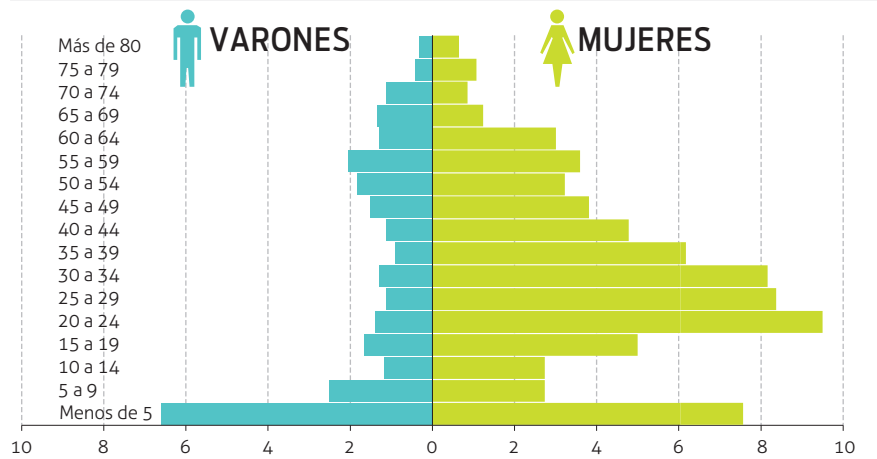
<sup>18</sup> A partir del mes de 2010 los insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNNSyPR) comenzaron a ser distribuidos por el Programa Remediador+ Redes a las 24 jurisdicciones. Anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos son distribuidos directamente a los CAPS en los botiquines del Programa Remediador y de forma centralizada a los depósitos provinciales designados por el PNNSyPR, para su posterior distribución a CAPS y Hospitales.

**Gráfico 21:** Consultantes a CAPS que recibieron un medicamento del Programa Remediar según sexo y edad.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que recibieron medicamentos Remediar (n: 621).

**Gráfico 22:** Total de consultantes a CAPS relevados según sexo y edad. (este es el Gráfico 1)

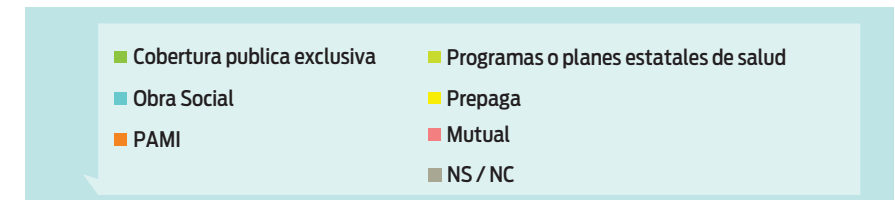
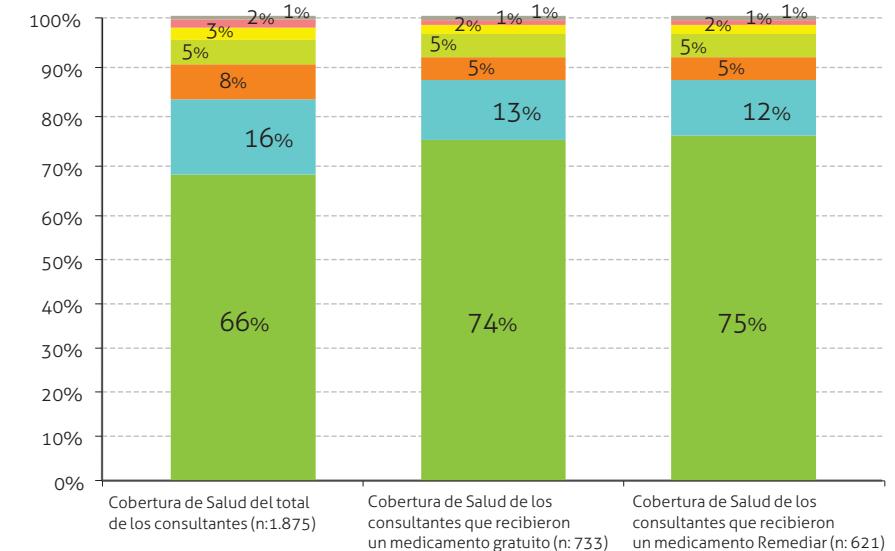


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Respecto de la cobertura de salud de los consultantes que refirieron haber recibido medicamentos distribuidos por parte del Programa Remediar, cabe destacar que quienes poseían cobertura de salud pública fueron el 80% (esta proporción adiciona el 75% que mencionó no tener “ninguna cobertura de salud” y el 5% que posee “Programas o planes estatales de salud”). En el Gráfico 23 se da cuenta de la cobertura de salud de forma desagregada.

Por su parte, a los fines de comparar la cobertura de salud de los consultantes que recibieron medicamentos Remediar, se procedió a analizarlo junto a la distribución según cobertura de salud del total de los consultantes y de los que recibieron medicamentos de forma gratuita en general (estos incluyen tanto los que los recibieron por fuente Remediar u otra fuente). De esta comparación surgió que la distribución según cobertura de salud fue muy similar entre los consultantes que recibieron medicamentos de forma gratuita en general y los que los recibieron provistos por el Programa Remediar en particular. Pero al comparar esas distribuciones 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 (74% gratuitamente en general y 75% gratis a través de Remediar) respecto del total de la población relevada (66%).

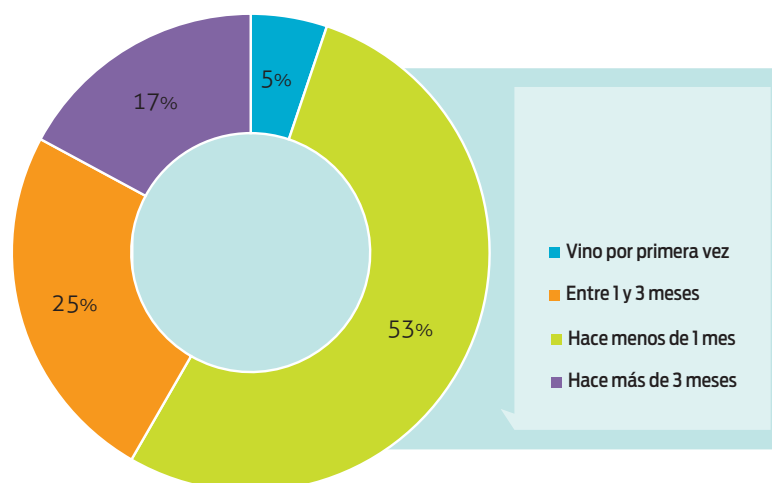
**Gráfico 23:** Consultantes por cobertura de salud. Comparación entre el total de consultantes, los que recibieron medicamentos gratuitamente y los que los recibieron de forma gratuita provistos por Remediar.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS.

En relación a la última visita al efector de salud fue posible afirmar, tal como se observa en el gráfico a continuación, que 5 de cada 10 consultantes que recibieron un medicamento del Programa habían concurrido al efector por última vez hace menos de un mes. Luego, a excepción de quienes concurrieron al efector por primera vez (5% de los consultantes que accedieron a un medicamento Remediar), fue posible apreciar que la proporción de consultantes que obtuvieron un medicamento Remediar fue mayor entre quienes habían concurrido al CAPS entre 1 y 3 meses atrás.

**Gráfico 24:** Consultantes que recibieron un medicamento del Programa Remediar según última visita al CAPS.



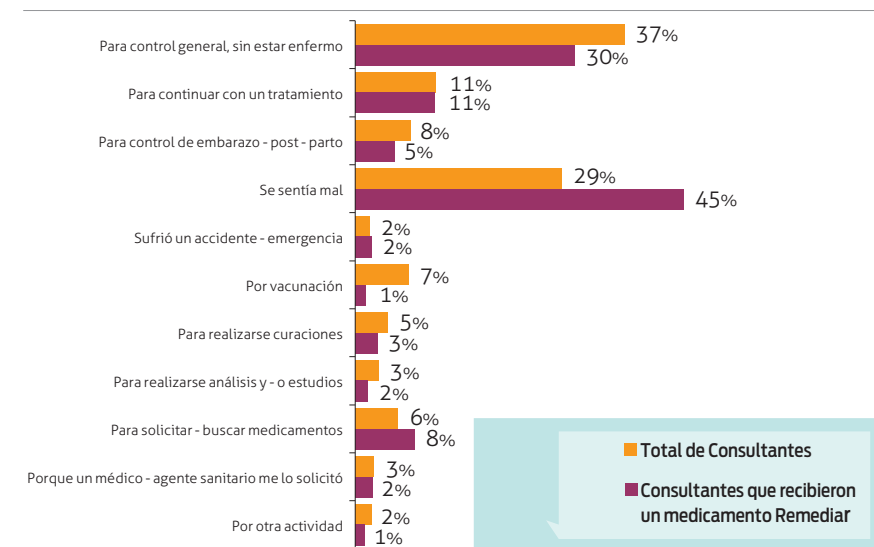
**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que recibieron medicamentos Remediar (n: 621).

El 84% de los consultantes que recibieron un medicamento esencial provisto por Remediar consultaron a un médico en el CAPS. Cabe destacar que la proporción de consultantes que fueron atendidos por personal de enfermería (el 8%) se redujo en gran medida si se los compara con lo observado para el total de consultantes a CAPS. Entre estos últimos quienes fueron atendidos por personal de enfermería, tal como se mencionara anteriormente, era del 29%. La diferencia entre esta proporción y la obtenida para los consultantes que recibieron un medicamento Remediar se debería a que no se encuentra entre las funciones del personal de enfermería prescribir medicamentos.

Al analizar los motivos por los que los consultantes que recibieron un medicamento del Programa se habían acercado al CAPS<sup>19</sup>, se observó que el 48% de esta subpoblación refirió haberse acercado por motivos de cierta urgencia (“se sentía mal”, “sufrió un accidente – emergencia”). Otro 47% refirió haber concurrido al CAPS por razones que cuentan con mayor posibilidad de ser programadas (“controles de salud” y “para continuar con un tratamiento”).

Esta distribución presentó algunas diferencias respecto de la obtenida para el total de consultantes relevados. En este sentido, tal como se puede apreciar en el gráfico a continuación, entre quienes recibieron un medicamento del Programa Remediar, los motivos de consulta vinculados a una demanda espontánea (“se sentía mal”, sufrió un accidente o emergencia”), se encontraron representados con mayores porcentajes. Mientras que los referidos a controles de salud, ya sea control general, control de embarazo o bien para continuar un tratamiento, presentaron menores porcentajes respecto de los consultantes en general. Cabe destacar que entre quienes recibieron un medicamento del Programa, el motivo “para solicitar / buscar medicamentos” fue mayor que entre el total de los consultantes, representando el 8% y 6% respectivamente.

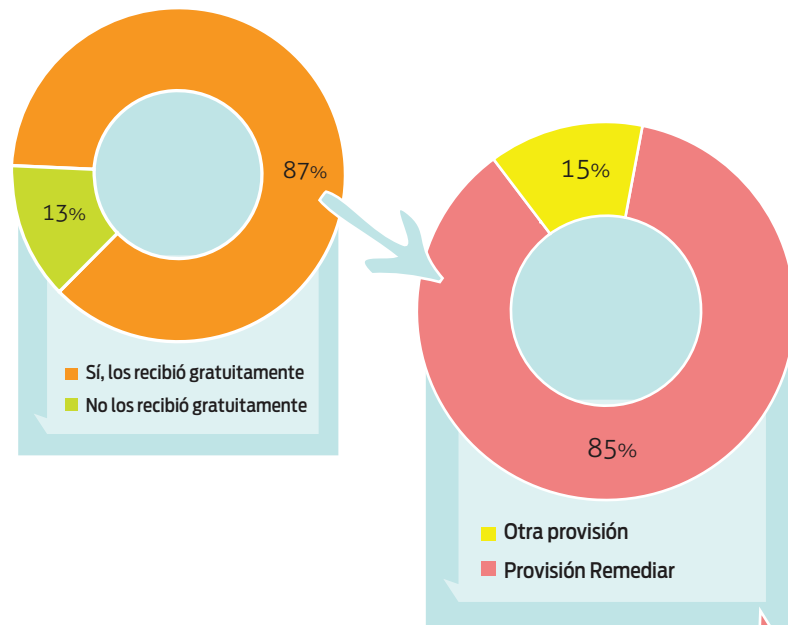
**Gráfico 25:** Motivo de consulta al CAPS. Total de consultantes y consultantes que recibieron un medicamento del Programa Remediar según última visita al CAPS.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS que recibieron medicamentos Remediar (n: 621) y total de consultantes (n: 1.875).

<sup>19</sup> Cabe destacar que el 13% de los consultantes que recibieron una prescripción por parte del Programa Remediar manifestó haberse acercado al CAPS por más de un motivo.

## A MODO DE RESUMEN:



Los medicamentos provistos por Remediador representaron el 85% de los medicamentos entregados de forma gratuita.

**REMEDIAR** → \$ 🏠 🏠  
**+REDES**

Se estima que por cada provisión de medicamentos realizada por el PROGRAMA REMEDIAR se transfieren a los hogares de los consultantes un monto promedio de **\$31.7**, correspondiendo éste al gasto que hubiera tenido que contraer el consultante de tener que adquirir el medicamento prescrito en su consulta médica a precio minorista.

🔍 **Los consultantes de los efectores del PNA ¿confían en los medicamentos que entrega Remediador?** →

A la totalidad de los consultantes relevados se les preguntó respecto del **nivel de confianza** que poseían en los medicamentos que entrega el Programa Remediador. De allí surgió que el 82% confía siempre o casi siempre en los medicamentos de Remediador. Este porcentaje se incrementó entre los consultantes que recibieron en la consulta de referencia medicamentos provistos por el Programa. Entre ellos el 88% manifestó que confía siempre o casi siempre en estos medicamentos.

# 3

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

En el presente apartado se caracterizó socio económicamente a la población que reside en las áreas de influencia de los Centros de Salud que fueron incluidos en el presente estudio. Como ya se detalló en el Capítulo I, como área programática de los Centros se consideró a los hogares que residían en un radio de hasta 15 cuadras a la redonda de cada CAPS incluido en el estudio.

Como primer criterio, estos hogares fueron clasificados de acuerdo a si correspondían a hogares de los consultantes - es decir hogares en los que algún miembro realizó una consulta al CAPS el día de la encuesta y se le aplicó el cuestionario y, posteriormente se lo visitó en su domicilio - u hogares de vecinos - hogares, que con un criterio de aleatoriedad, fueron seleccionados a partir de la cercanía a los hogares de los consultantes. Estos últimos no tienen, a priori, ninguna relación con el Centro de Salud. Ambos se localizan dentro de las áreas programáticas de los efectores de Salud<sup>20</sup>.

Para abordar el estudio de la población que reside en el área programática, se utilizaron dos unidades de análisis dependiendo la dimensión específica del análisis: por una parte se procedió a caracterizar a los hogares (en cuanto a su composición, la distribución del ingreso, etc.) y, por otra se analizó a los miembros de los hogares (cobertura de salud, nivel educativo y situación laboral).

<sup>20</sup> El Área Programática es un concepto operativo en la gestión de la salud pública por el cual cada efector de salud tiene bajo su responsabilidad una zona geográfica y la población que allí habita. La distribución de las mismas es planificada con un sentido epidemiológico y social de acuerdo a los efectores de salud que se encuentran más próximos. El objetivo consiste en desarrollar acciones integradas de salud dirigidas especialmente a sus habitantes y a su medio ambiente, siendo conveniente que formen parte de una región sanitaria.

Para analizar la información se utilizaron diferentes variables de corte que permitieron identificar y caracterizar situaciones disímiles en cuanto a:

- Si se trataba de hogares consultantes o vecinos;
- Si las personas utilizaban como efector de salud principalmente a los CAPS o, se atendían con mayor frecuencia en otro establecimiento;
- El sexo y la edad de los miembros que provenían de estos hogares;
- Hogares en los que todos los miembros asisten a los CAPS, hogares en los que algunos de los miembros se atienden y otros no, y hogares en los que ningún miembro se atiende allí.
- Deciles de ingreso de los hogares, según clasificación de EPH, etc.

## 1. COMPOSICIÓN DEL HOGAR<sup>21</sup>

En total se relevaron 750 hogares, de los cuales 375 correspondían a hogares de consultantes y, 375 a hogares de vecinos.

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. Asimismo, en las áreas programáticas relevadas (consultantes y vecinos) el promedio de hogares por vivienda arrojó un valor de 1.1.

<sup>21</sup> Por hogar se entiende a un conjunto dado de personas que habitan bajo el mismo techo y que comparten los gastos de alimentación. Esta definición difiere de la de vivienda puesto que pueden existir viviendas con más de un hogar en cada una de ellas.



## ESTRUCTURA DE PARENTESCO QUE PRESENTAN LOS HOGARES RELEVADOS.

Del total de personas relevadas en los hogares<sup>22</sup> del área de referencia de los CAPS, fue posible identificar que casi la mitad de los mismos (46%) presentaban la relación de hijo/hijastro respecto del jefe<sup>23</sup>.

Por otra parte, se observó que el 70% de los hogares cuentan con la presencia del cónyuge, es decir que adscriben una estructura familiar con jefe/a y pareja del mismo.

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. Cabe destacar que la proporción de esta composición familiar se incrementó a 35% si se analizan solamente los hogares donde ningún miembro del hogar mencionó al CAPS como el establecimiento de salud donde consulta con mayor frecuencia.

Entre los hogares con hijos, en promedio se observaron 2.6 hijos por hogar. Este promedio se incrementó a 2.7 entre los hogares de los consultantes. Asimismo, el promedio de hijos por hogar se acentuó en aquellos hogares que utilizaban a los Centros de Salud como principal lugar donde realizar las consultas médicas. En línea con ello, entre los hogares en los que ningún miembro se atendía con mayor frecuencia en un Centro de salud, el promedio de hijos se redujo a 2.4.

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.

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).

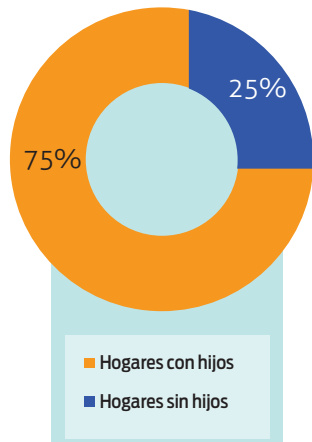
Asimismo, fue posible identificar familias extendidas (presencia de familiares no directos) pero con un porcentaje menor; el 6% de los miembros de los hogares se presenta en la calidad de nieto/nieta.

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> 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.

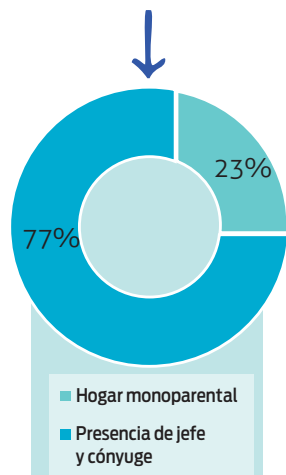
### ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS HOGARES QUE RESIDEN EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LOS CAPS.

#### Hogares con hijos vs Hogares sin hijos



Casi 1 de cada 10 hogares sin hijos son hogares unipersonales.

La proporción de hogares con hijos se incrementó entre aquellos hogares cuyos miembros utilizan los CAPS de forma más frecuente y entre los hogares consultantes



Los hogares de tipo monoparental presentan jefatura femenina principalmente.

La proporción de hogares con núcleo familiar completo se incrementó entre los hogares vecinos

### CARACTERIZACIÓN DEL PRINCIPAL SOSTÉN DEL HOGAR

Una vez analizada la conformación general de los hogares, a continuación se describen las características generales de los principales sostenes de hogar, es decir de las personas que aportan mayor proporción de ingresos para el sostenimiento de la familia.

En este sentido, se observó que el 68% de los hogares poseen jefatura masculina, y 32% femenina.

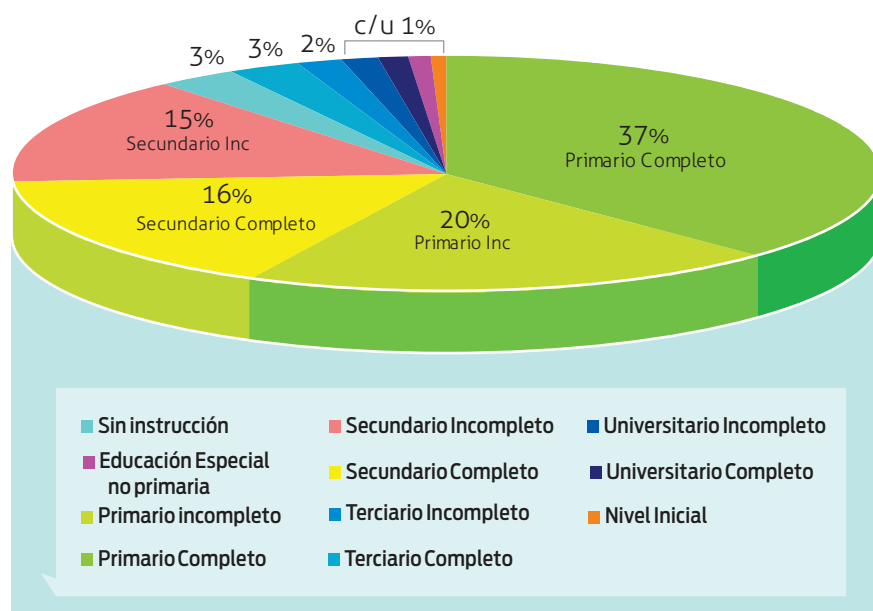
Fue posible identificar que casi 6 de cada 10 hogares unipersonales (es decir, hogares conformados por una sola persona) estaban compuestos por mujeres.

En hogares con presencia de más de un miembro, la jefatura femenina se destacó en los de tipo monoparental (es decir, hogares con un solo cónyuge e hijos), donde casi 9 de cada 10 tenían a una mujer como principal sostén del hogar. A la inversa, en aquellos hogares con núcleo familiar completo (presencia de hijos y cónyuge), la jefatura masculina se incrementó a 87%.

En promedio, los principales sostenes tenían 46 años, siendo que un poco más del 60% se concentraban entre los 25 a 54 años.

En términos de nivel educativo, un poco más de la mitad de los jefes de hogar poseen un nivel educativo primario: el 37% ha completado este nivel y el 20 % posee un nivel primario incompleto.

Asimismo, el 31% de los jefes presentaban un nivel educativo de nivel medio, siendo 15% incompleto y el 16% completo.

**Gráfico 26:** Máximo Nivel Educativo alcanzado por el Principal Sostén del Hogar

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

En términos laborales, del total de los hogares relevados, el 76% de los jefes de hogar se encontró ocupado, mientras que el 3% estaba desocupado y el 21% era inactivo. Analizando esta información de acuerdo a si eran ocupados plenos, subocupados o sobreocupados, fue posible identificar que el 35% de los jefes de hogar eran ocupados plenos, es decir que trabajaban entre 36 a 45 horas; el 35% se encontraba sobreocupados, es decir que trabajaban más de 45 horas y el 30% se encontraban subocupados. De éstos, el 43% eran subocupados horario, es decir, que deseaban trabajar más horas de lo que lo hacían en ese momento.

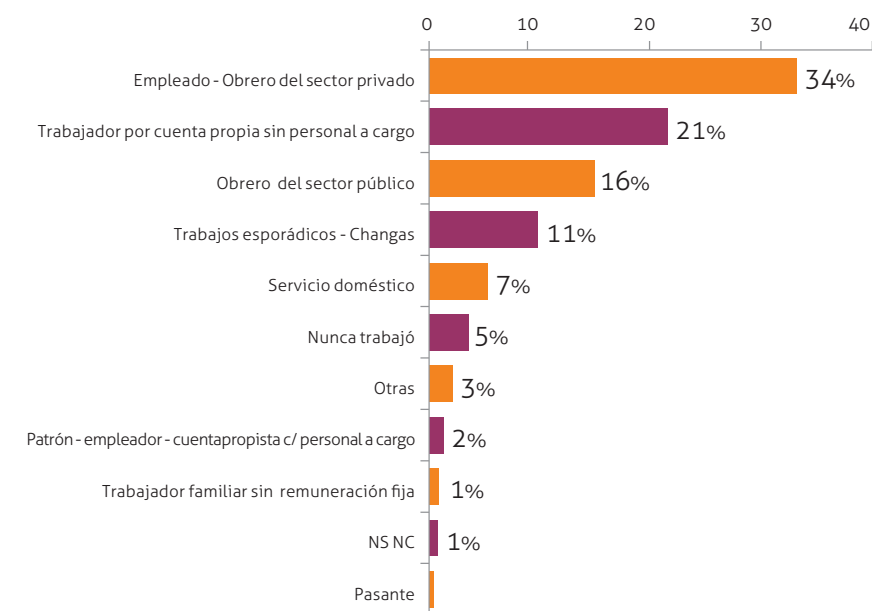
Comparando esta situación respecto de la población total del área de referencia, fue posible identificar que la proporción de ocupados plenos y sobreocupados se incrementó levemente este subgrupo aquí analizado.

La principal categoría ocupacional del jefe de hogar resultó ser “empleado u obrero del sector privado”, con un porcentaje de 34%; en segundo lugar se encuentran los cuentapropia sin personal a cargo con un 21%; y, en tercer lugar los empleados públicos con 16%.

Fue posible identificar la persistencia de situaciones de vulnerabilidad laboral ya que casi 2 de cada 10 PSH realizaban changas/ trabajos esporádicos (11%) o se desempeñaban como servicio doméstico (7%). De hecho, la presencia de estos trabajadores se intensificó en los hogares de los quintiles más bajos de ingreso (1º y 2º quintil de acuerdo a la clasificación de la EPH<sup>24</sup>).

Es dable destacar que casi el 5% de los jefes de hogar estudiados nunca trabajaron, es decir que los ingresos principales que hacían al sostenimiento del hogar, provenían de otras fuentes (pensiones, subsidios, etc.)

Del total de las personas ocupadas que eran jefes de hogar, el 6% refirió a que el trabajo en el que se desempeñaba formaba parte de un plan o programa de trabajo municipal, provincial o nacional.

**Gráfico 27:** Categorías ocupacionales del Principal Sostén del Hogar

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

<sup>24</sup> Se identificaron los límites inferiores y superiores de cada uno de los deciles de ingreso por hogar y per capita de los deciles de la EPH Trimestre IV 2011. A partir de los intervalos de cada decil, se procedió a asignar el decil de ingresos (del hogar y per capita) al que pertenecería cada uno de los hogares relevados

## 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 INDEC<sup>25</sup>.

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. La forma de la pirámide fue más triangular, ampliándose en los rangos de menor edad y, reduciéndose conforme se incrementaba la edad. En el caso de la población total argentina, la distribución se volvía más angosta y más homogénea entre rangos, identificando mayor presencia de población envejecida.

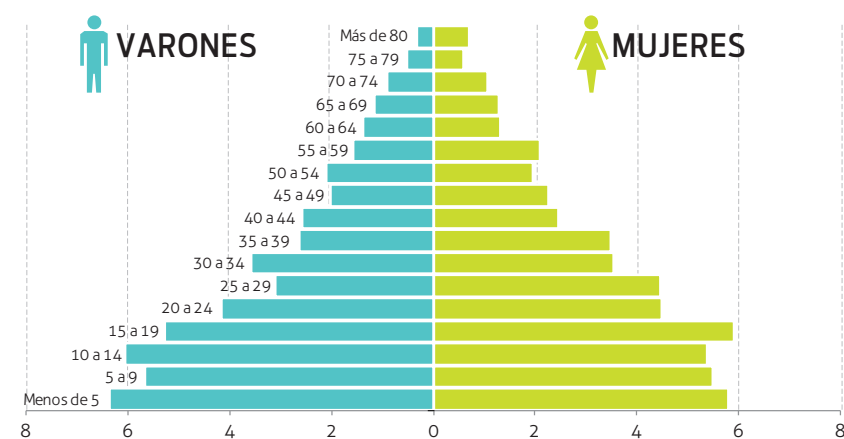
De esta forma, el peso proporcional de la población más joven resultó mayor entre la población al interior del área programática. La población menor a 5 años superó al 6% en el caso de los varones y fue un poco menos de 6% para el caso de las mujeres. Si bien reduciéndose progresivamente, fue posible identificar que la mayor cantidad de población en el área programática se concentró entre los 0 y 19 años. Esta situación 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 continuó siendo 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 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.

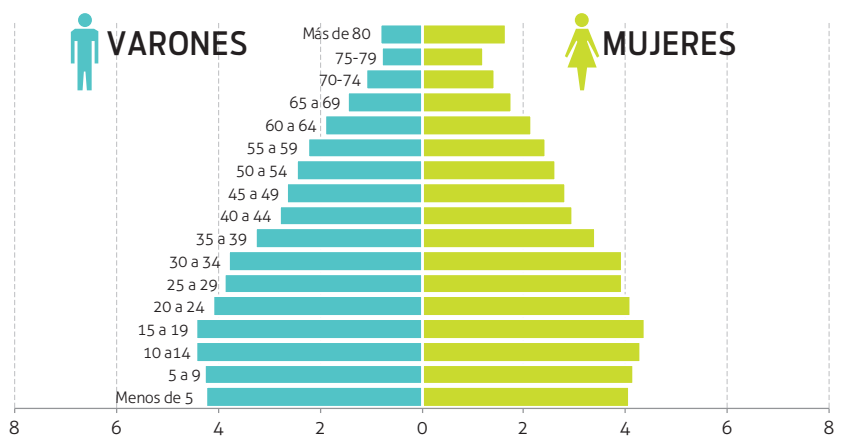
De esta forma, la población envejecida constituyó el segmento más pequeño de esta pirámide mientras que en la población total de argentina presentó una incidencia mayor.

**Gráfico 28:** Distribución según sexo y edad de la población del área programática de los Centros de Salud



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

**Gráfico 29:** Distribución según sexo y edad de la población total según Censo 2010 (INDEC)



Base: Elaboración propia en base a información del Censo 2010 – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010).

<sup>25</sup> <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

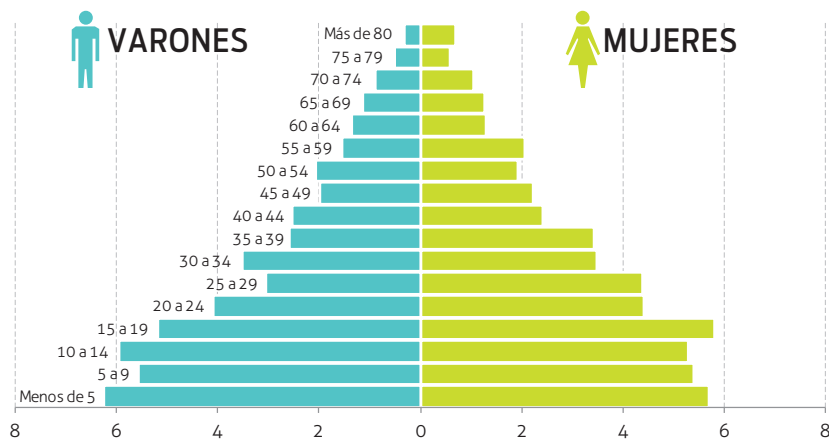
### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA PROGRAMÁTICA VS. LA POBLACIÓN CONSULTANTE DE LOS CENTROS, SEGÚN SEXO Y EDAD

A los fines de dar cuenta de las diferencias según sexo y edad de la población que residía en las áreas de referencia de los CAPS y la que efectivamente asistía a los Centros de Salud (relevado por el cuestionario realizado a Consultantes en los CAPS), a continuación se compararon ambas pirámides demográficas.

En ambas distribuciones, fue posible identificar que la proporción de personas de menos de 5 años para ambos sexos era elevada. Sin embargo, a medida que se incrementaba la edad de los consultantes, se observó una disminución de los mismos en relación a la población total de las áreas de referencia relevadas, siendo más notoria dicha ausencia entre los varones.

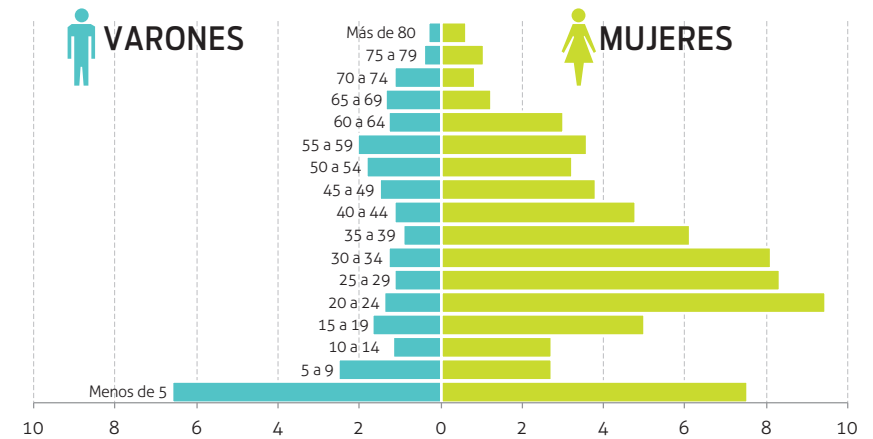
A partir de los 20 años, se observó una proporción mayor de mujeres que, justamente, por coincidir con la edad reproductiva, fue dable pensar que asistiesen a los CAPS para la atención correspondiente. Por el contrario, la presencia de varones continuó siendo escasa a partir de dicha edad. Los varones que residían en las áreas programáticas asistían con menor frecuencia a los Centros de Salud para la atención médica.

**Gráfico 30:** Distribución según sexo y edad de la población del área programática de los Centros de Salud



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

**Gráfico 31:** Distribución según sexo y edad de los consultantes a los Centros de Salud



Base: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

### CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE UTILIZA LOS CAPS CON MAYOR FRECUENCIA VS. LA POBLACIÓN QUE FRECUENTEMENTE UTILIZA OTROS EFECTORES DE SALUD. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD.

Para realizar este análisis se segmentó a la población total que residía en el área programática según el establecimiento de salud al cual consultaba con mayor frecuencia. Es decir, por una parte se indagó en aquel segmento que afirmaba utilizar a los Centros de Salud como principal lugar para la atención médica y, por otra, a la población que expresó utilizar otros establecimientos de salud para una consulta médica.

En este sentido, fue posible identificar que la distribución según sexo y edad de la población que utilizaba primariamente los CAPS coincidió con la pirámide de toda la población del área de referencia. Resultó una pirámide con una

base amplia y, conforme incrementaba la edad se iba haciendo cada vez más angosta. Tenía una elevada participación de menores y, a diferencia de lo observado en la pirámide exclusiva de consultantes entrevistados en los CAPS, se observó un incremento de los varones. Esta situación podría entrever que los varones, si bien utilizan los CAPS como establecimiento para su consulta médica, lo hacen con menor frecuencia.

Comparando esta distribución con la de la población que residía en el área de referencia pero que no utilizaba los Centros de Salud de manera frecuente, fue posible observar en esta última que la proporción de población más joven, si bien importante, resultó tener un peso relativo menor que en la pirámide anterior. La distribución logró mantenerse estable a medida que aumentaba la edad y, a partir de los 40 años se iba reduciendo proporcionalmente. Esta situación permitió identificar que la población más adulta de las áreas programáticas, en general, no se atiende en los Centros de Salud sino que concurre principalmente a otros establecimientos de Salud. Como ya se mencionó en el capítulo 1, referido al acceso a medicamentos en el PNA, esta situación podría explicarse por el incremento en la tasa de cobertura previsional experimentada en el período 2003 – 2011 que aumentó el número de beneficiarios de PAMI. Dichos beneficiarios utilizan efectores privados de salud (tales como consultorios privados y / sanatorios).

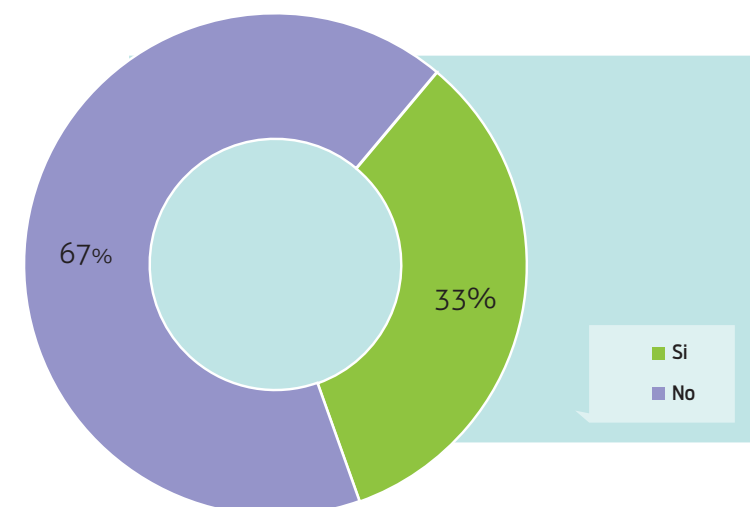
## 2.- NIVEL EDUCATIVO

El nivel educativo constituye una de las variables socioeconómicas más importantes para caracterizar a la población. En este caso para llevar adelante dicho análisis fue necesario realizar una primera diferenciación entre las personas que se encontraban asistiendo a algún establecimiento educativo al momento de la realización de la encuesta respecto de las personas que ya habían finalizado u abandonado ese proceso<sup>26</sup>.

En este sentido, se pudo identificar que un 67% de la población que residía en las áreas programáticas de los CAPS no se encontraba asistiendo a ningún establecimiento educativo al momento del relevamiento.

**Gráfico 32:** Proporción de población del área de referencia que no se encontraba escolarizada al momento del relevamiento (ya sea porque lo finalizó o porque abandonó en algún nivel)

¿ASISTE A ALGÚN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

<sup>26</sup> Dentro de este subgrupo que no se encuentra transitando el sistema educativo, se excluyó a los menores de 5 años, que dada su corta edad, es correcto que no se encuentren escolarizados aún.

Del total de la población que no se encontraba asistiendo al sistema educativo, un 51% presentó un nivel educativo primario: (18% incompleto y el 33% completo); un 33% un nivel educativo secundario (16% incompleto y 17% completo) y un 6% un nivel terciario / universitario. Por otra parte un 4% de la población del área de referencia nunca interactuó con el sistema educativo formal argentino al no poseer instrucción; a su vez, un 1% refirió haber tenido una educación especial no primaria<sup>27</sup>.

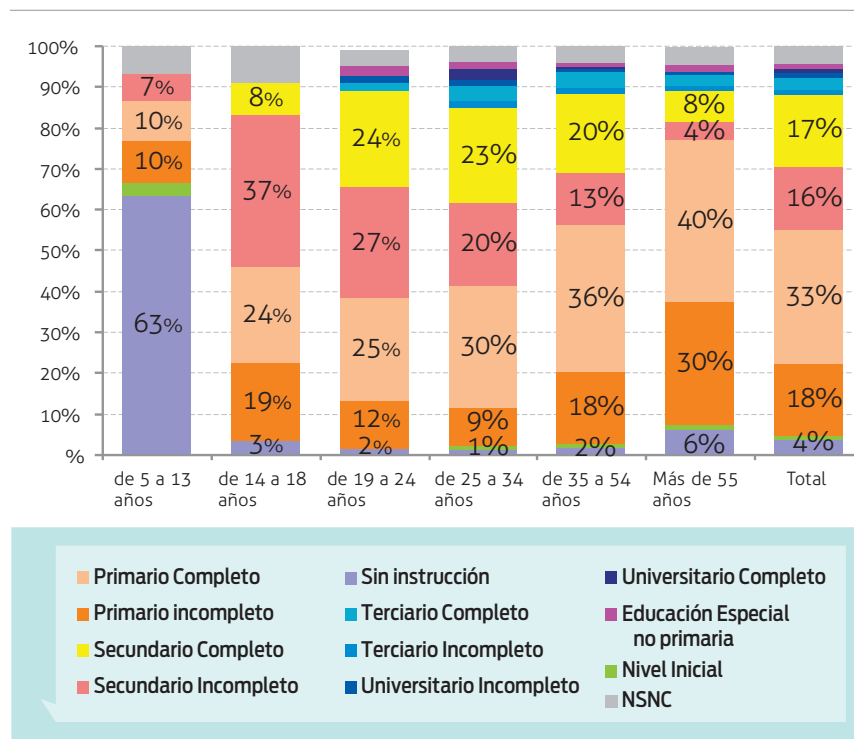
Analizando esta información según rangos etarios fue posible identificar que los niveles más bajos de escolarización (primaria completa e incompleta) y sin instrucción total, se incrementaron entre la población de más edad. Al respecto, el 70% de la población de 55 años y más presentó un nivel primario (cuando para el total esta incidencia resultó del 51%).

En este sentido, pareciera existir una relación inversa entre el máximo nivel educativo alcanzado y la edad de las personas que ya transitaban por el sistema educativo. Los niveles medios de educación máxima se incrementaron especialmente entre los rangos de 14 a 18 años (45%); de 19 a 24 años (51%) y de 25 a 34 años (43%) respecto de los rangos más adultos, donde los porcentajes resultaron inferiores.

Por otra parte, el grupo etario comprendido entre los 5 y 13 años, que no se encontraba cursando al momento del relevamiento, alcanzó a un total de 30 personas (un número poco significativo respecto del total). Sin embargo, de éstos, un 63% no presentaba instrucción al momento del relevamiento, dado el eventual ingreso tardío de los niños al sistema educativo formal.

<sup>27</sup> Especialmente dirigida a las personas con alguna discapacidad.

**Gráfico 33:** Nivel máximo educativo alcanzado según rangos de edad.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011 – Hogares del área programática: Población que no se encuentran asistiendo al sistema educativo (n: 1.827).

Por otra parte, no se observaron diferencias de los máximos niveles educativos alcanzados entre los hombres y las mujeres ni entre miembros de los hogares vecinos y consultantes.

Teniendo en cuenta la hipótesis de que a mayor nivel educativo la categoría laboral resulta más calificada y estable, a continuación se presenta la asociación entre los niveles educativos máximos alcanzados por la población bajo estudio y los tipos de trabajos en los que éstos se adscriben.

Las personas que tenían un nivel educativo primario incompleto se concentraron en categorías propias del sector informal de la economía: trabajador del servicio doméstico (25%) y trabajador esporádico o changas (23%). Asimismo, los que presentaron un nivel de primario completo conformaron princi-

palmente el grupo de los trabajadores por cuenta propia sin personal a cargo y también las changas (38%).

En oposición, entre aquellos que habían finalizado el nivel secundario, se intensificaron las categorías ocupacionales relacionadas con el sector formal de la economía: empleado u obrero del sector privado (23%) y empleado y obrero del sector público (24%) y se redujeron sustancialmente la proporción de trabajadores por changas (10%)

De esta manera se pudo constatar una mejoría en la calificación del trabajo a medida que se incrementaba el nivel educativo alcanzado.

Para caracterizar la situación socioeducativa de las personas que residían en las áreas programáticas de los Centros se procedió asociar cada una de éstas con el decil de ingresos del hogar al que éste correspondía de acuerdo a la clasificación realizada por la EPH en el mes de noviembre de 2011.

En este sentido, esta clasificación, que será desarrollada en mayor profundidad en el apartado correspondiente al análisis de los ingresos corrientes de la población del área de referencia, permitió comparar los ingresos corrientes percibidos por estos hogares respecto de los ingresos percibidos por la población en general.

De esta forma, fue posible identificar que las personas con un nivel educativo primario (es decir el nivel educativo más bajo) se concentraron principalmente en el decil 1 de ingresos per cápita.

## TASA NETA DE ESCOLARIZACIÓN

Hasta aquí se caracterizó a la población que se encontraba fuera del sistema educativo. En este apartado se abordará a la población que refirió estar asistiendo a algún establecimiento educativo formal.

Para estos propósitos, resultó relevante construir la tasa neta de escolarización, a través de la cual se pudo conocer la proporción de la población que

efectivamente se encontraba asistiendo a una institución educativa de acuerdo con su edad y compararla con los parámetros poblacionales del país. Para ello, se segmentó a la población en el tramo etario de entre los 5 y 24 años y se las comparó con la que efectivamente estaba asistiendo a algún establecimiento educativo.

Asimismo, fue posible identificar diferentes tasas de acuerdo a los rangos etarios correspondientes a cada ciclo educativo. Es por ello que a continuación también se presentan las tasas de escolarización primaria (que incluye a la población entre 6 y 11 años), la secundaria (población de 12 a 17 años) y la del nivel superior (población de 19 a 24 años)<sup>28</sup>.

Para la población que residía en las áreas programáticas de los CAPS, la tasa neta de escolarización alcanzó el 72%, es decir que 7 de cada 10 individuos en edades educativas (de 5 a 24 años) se encontraba efectivamente asistiendo al sistema escolar al momento del relevamiento.

Por su parte, la tasa de escolarización de la escuela primaria alcanzó para esta población al 97%, que, comparado con los parámetros poblacionales, resultó similar (97% vs. 95%)<sup>29</sup>. La misma situación se observó con la tasa de escolarización secundaria (87% vs. 85%) y superior universitaria (31% vs. 32%).

Si bien respecto de los parámetros estos indicadores construidos resultaron adecuados y se ajustaron a la distribución de la población argentina en general, los mismos no permitieron identificar la sobreedad que podría caracterizar a esta población. Es decir, las tasas miden a las personas en edad escolar teórica que se encuentran participando del sistema educativo pero no tienen en cuenta en qué nivel concreto se encuentran. Por ello es que a continuación se presenta la caracterización de los máximos niveles educativos alcanzados de acuerdo a los tramos de edad.

<sup>28</sup> Los tramos de edad teórica que se describen para la construcción de las tasas de escolarización, se ajustan a la estandarización CINE – elaborada por la UNESCO)

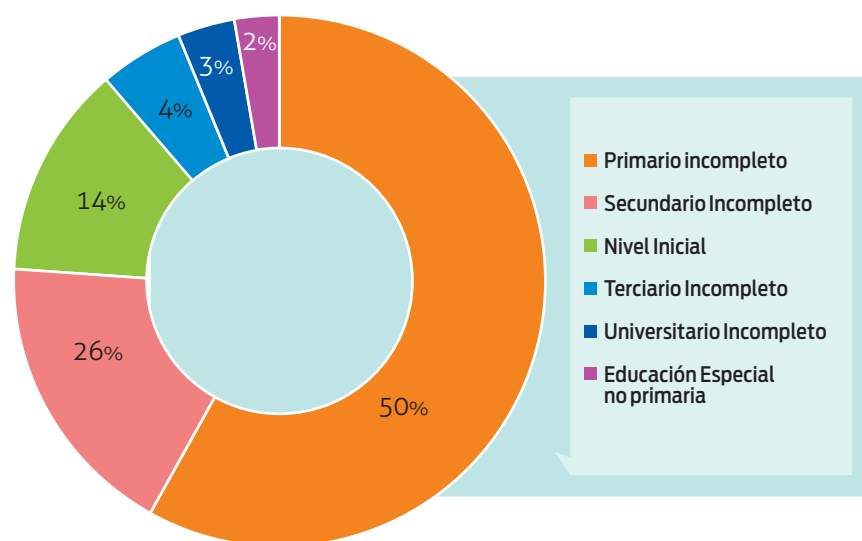
<sup>29</sup> Los parámetros poblacionales de extrajeron del informe "Perfiles de países"; Siteal – IPE. [http://www.siteal.iipe-oei.org/sites/default/files/perfil\\_argentina.pdf](http://www.siteal.iipe-oei.org/sites/default/files/perfil_argentina.pdf). Los datos de dicha publicación fueron elaborados a partir de la Encuesta Permanente de Hogares de 2011.



## POBLACIÓN QUE SE ENCONTRABA ASISTIENDO AL SISTEMA EDUCATIVO AL MOMENTO DEL RELEVAMIENTO

Del total de las personas que, al momento del relevamiento, se encontraba participando del sistema educativo formal, la mitad estaba cursando el nivel primario (50%); un 26% en el nivel medio y alrededor de 7% se encontraba estudiando en un nivel terciario/ universitario.

**Gráfico 34:** Población que se encontraba asistiendo a algún establecimiento educativo al momento del relevamiento



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011 – Hogares del área programática: Población que se encuentra asistiendo al sistema educativo (n: 1.066).

A partir del análisis de esta distribución según tramos de edad fue posible identificar que si bien un 77% de los niños entre 5 y 13 años presentaban la edad adecuada para estar en el nivel primario, un 18% de los adolescentes de entre 14 a 18 años permanecían en dicho nivel cuando deberían estar participando del nivel medio. Asimismo, fue posible identificar que el 35% de los jóvenes de 19 a 24 años continuaban asistiendo al nivel medio (si bien el 74% de los adolescentes que participaban del secundario presentaban la edad adecuada para hacerlo: de 14 a 18 años).

## MÁXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL HOGAR

Con el propósito de analizar el máximo nivel educativo alcanzado por cada hogar que conformó el área programática, se consideró el nivel educativo más alto que alcanzó alguno de los miembros de cada hogar analizado.

Respecto de lo que sucede en el análisis individual, el máximo nivel educativo identificado por cada hogar resultó superior. En este sentido, los mayores porcentajes de máximo nivel de instrucción del hogar se concentraron en el nivel secundario, siendo de 26% el secundario completo y 25% el incompleto.

### 3. COBERTURA DE SALUD

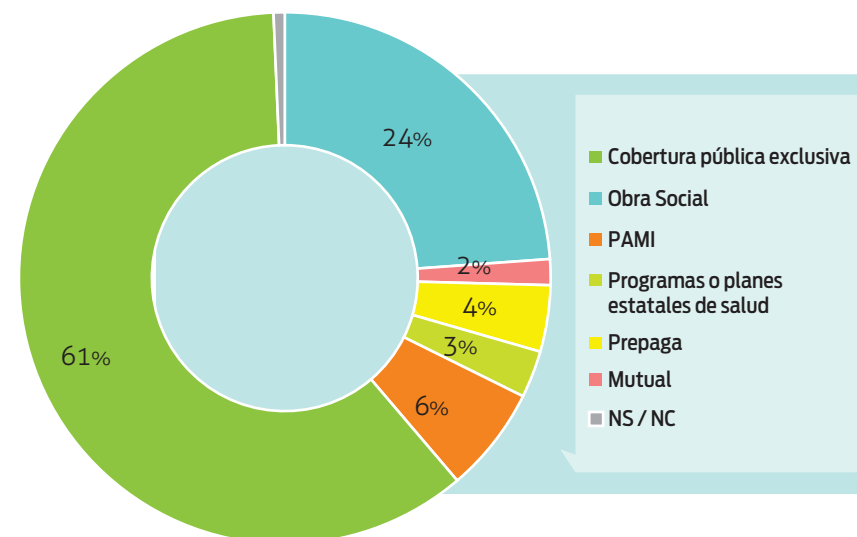
Un 61% de la población de las áreas programáticas de los Centros de Salud tenía cobertura pública exclusiva de salud, porcentaje que se elevaba a 63% si en el segmento de cobertura pública exclusiva se incluían a quienes tenían programas estatales de salud. En segundo lugar fue posible identificar que un 24% tenía Obra Social, un 6% PAMI; un 4% Prepaga y 2% Mutua.

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.

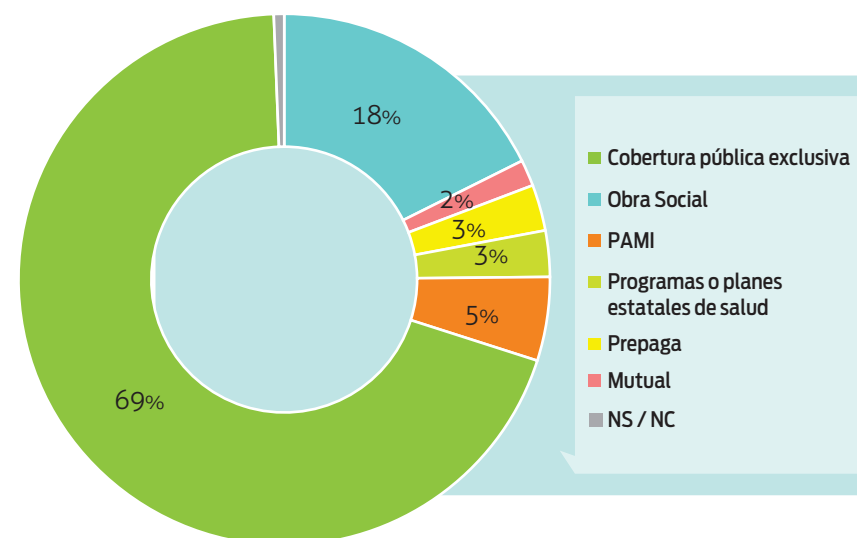
Por otro lado, al interior del área programática, fue posible identificar diferencias respecto de la cobertura de salud de acuerdo a si se trataba de miembros de los hogares de los consultantes a los CAPS o, miembros de los hogares vecinos. En este sentido, la cobertura pública exclusiva se incrementó 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.

**Gráfico 35:** Cobertura de salud del total de población que residía en las áreas programáticas.

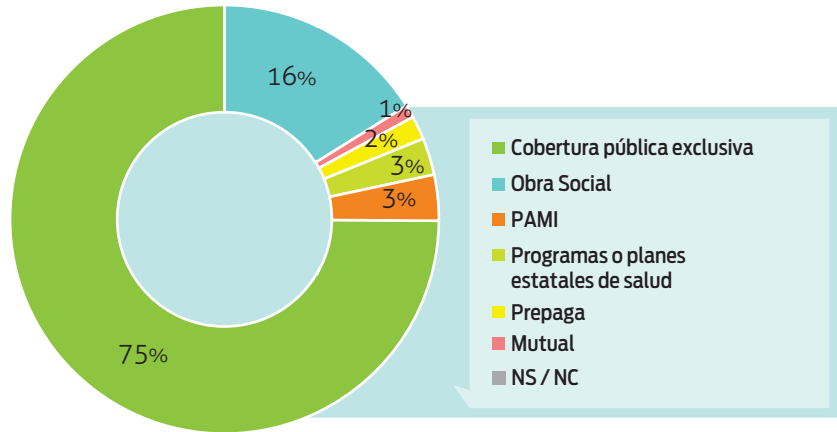


**Gráfico 36:** Cobertura de salud de las personas pertenecientes a hogares de consultantes.

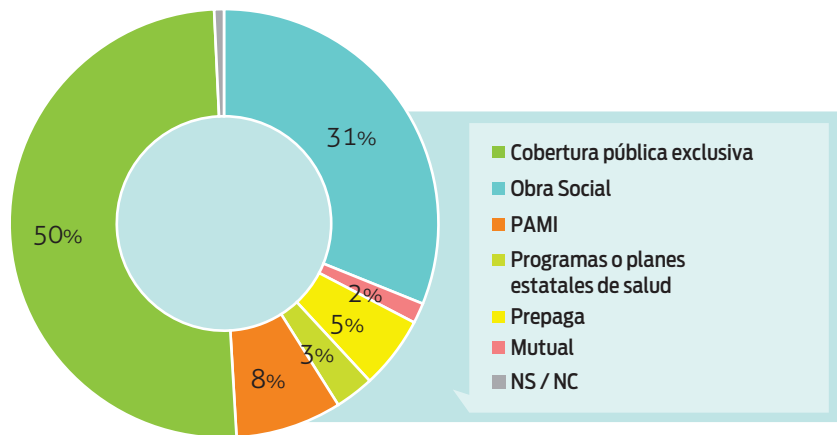


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

**Gráfico 37:** Cobertura de salud de las personas que utilizan más frecuentemente los Caps



**Gráfico 38:** Cobertura de salud de las personas pertenecientes a los hogares vecinos.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

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.

## COBERTURA DE SALUD Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

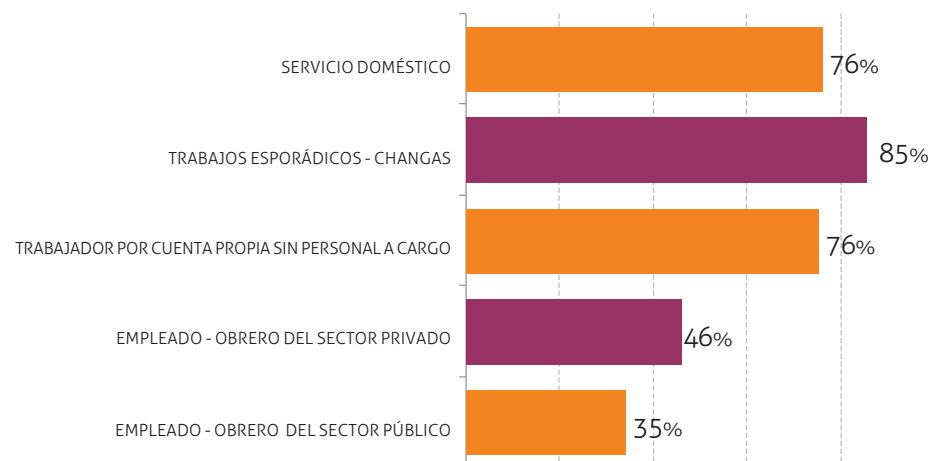
Dado que el tipo de cobertura de salud se encuentra asociada con la condición de actividad de las personas, fue posible identificar que la cobertura pública exclusiva se incrementó entre aquellas personas desocupadas (82%), así como la cobertura por PAMI se incrementó al 21% entre las personas inactivas (cuando en el total resultó de 6%). Entre la población que se encuentra ocupada, la cobertura de Obra Social se incrementó de 24% en el total a 28%.

Sin embargo, en el grupo de personas ocupadas, a pesar de que se esperaba que se reduzca la cobertura pública exclusiva por estar insertos en el régimen de seguridad social, la misma se mantuvo en 61%. Esta situación implicó analizar la cobertura de salud según el tipo de trabajo que realizaban las personas ocupadas a los fines de conocer el alcance de la seguridad social entre los diferentes tipos de trabajos identificados para este grupo.

En este sentido, la cobertura pública exclusiva 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 público, declaró tener cobertura de salud por obra social, mientras que entre empleados del sector privado este valor fue de 42%. Ahora bien, un 46% de los asalariados del sector privado afirmó solo tener cobertura pública exclusiva, situación que se observó en un 35% de los asalariados del sector público.

**Gráfico 39:** Proporción de cobertura pública exclusiva según categoría ocupacional.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática – Bloque Individuos - Población ocupada (n: 1135 casos)

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<sup>30</sup>. 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.

<sup>30</sup> 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).

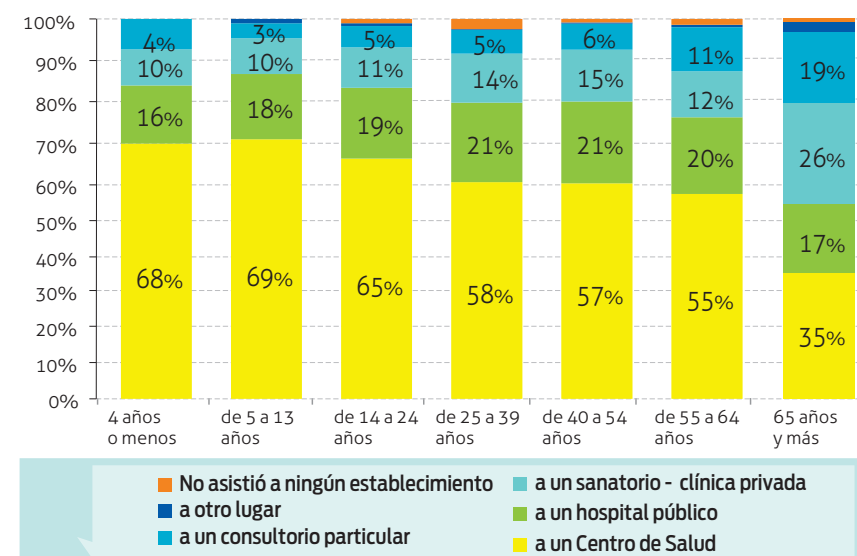
## UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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.

A la inversa, la proporción en la utilización más frecuente de los sanatorios clínicos privados aumentó conforme se incrementó la edad de las personas: el 26% de las personas de 65 años y más utilizaron principalmente este tipo de efector de salud, siendo que el promedio general de utilización de los sanatorios y/o clínicas privadas alcanzó al 13%. La incidencia de este establecimiento de salud para la atención entre los grupos etarios de menor edad se redujo a 10%.

**Gráfico 40:** Lugar principal de atención según tramos de edad



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

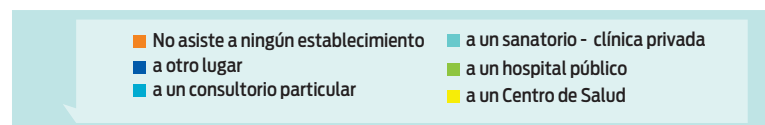
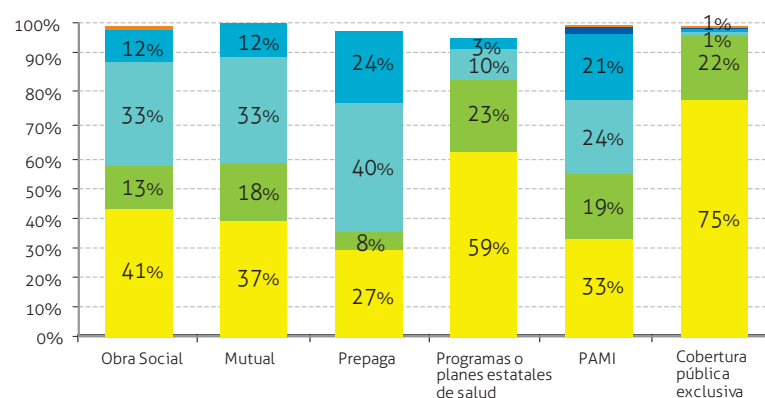
Por su parte, no se observaron diferencias según sexo en la elección del lugar principal donde se atendía cada persona.

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 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.

**Gráfico 41:** Lugar principal de atención según cobertura de salud

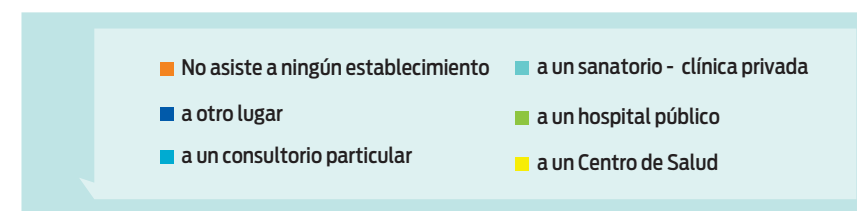
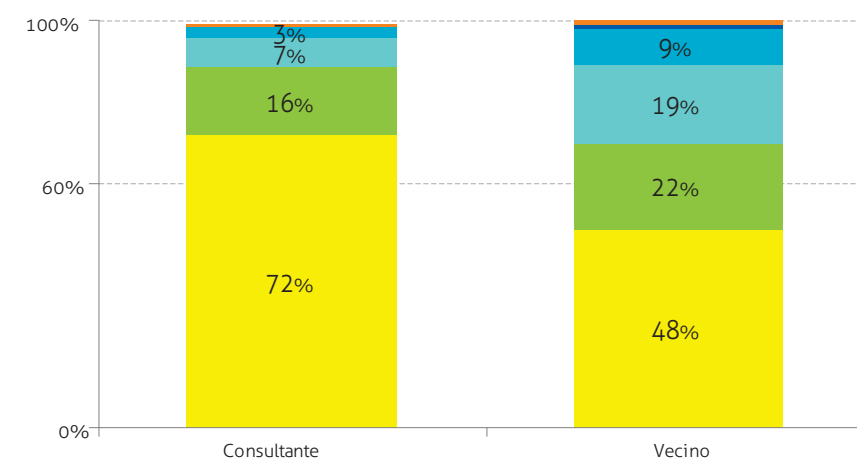


Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

Se observó que el lugar de atención también variaba de acuerdo a si se trataba de hogares consultantes o de hogares vecinos del área de referencia de los Centros. De esta forma, se identificó que los Centros de Salud son utilizados con mayor frecuencia, como principal lugar de atención médica, entre los miembros de los hogares consultantes (72% vs. 48%).

Los hospitales públicos, sanatorios privados y consultorios particulares resultaron más utilizados por los miembros de los hogares vecinos que por los miembros de los hogares consultantes.

**Gráfico 42:** Lugar principal de atención según tipo de hogar (consultante o vecino)



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

Ahora bien, el relevamiento realizado también indagaba acerca de cuáles eran los otros lugares de atención utilizados, con menor frecuencia, por las personas que residían en las áreas programáticas de los Centros de Salud. En este sentido, 68% de las personas que principalmente utilizaban a los Centros de Atención para realizar consultas médicas, en segundo lugar recurrían a los hospitales públicos, es decir que para estos casos siguieron predominando los servicios públicos de salud. Cabe destacar un 13% de estas personas no tenía un lugar de atención secundario, es decir que los Centros de Salud constituyen el único y exclusivo lugar de atención.

Asimismo, casi 5 de cada 10 personas que utilizaban con mayor frecuencia los hospitales públicos a la hora de atenderse, ocasionalmente recurrían a los Centros de Salud. Sin embargo, un elevado porcentaje, el 28% dijo no recurrir a ningún lugar de atención secundario, si no era el hospital.

- Del total de hogares en los que al menos un miembro se atiende en un Centro de Atención Primaria de la Salud, casi la totalidad (97%) dijo utilizar el Centro que le corresponde según el área programática (es decir, el más cercano al domicilio del hogar).

Solamente el 3% dijo atenderse en otro Centro, diferente del de referencia y entre los principales motivos para no concurrir al efector del área programática se destacó la afirmación de que allí no había médicos.

Por otra parte, entre los hogares en los que ningún miembro se atendía en algún Centro de Salud, la principal razón atribuida fue porque por la posesión de obra social (54%).



## 4- 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% desocupado<sup>31</sup>.

#### Población ocupada

Analizando la ocupación según edad, se observó que el porcentaje de personas ocupadas se incrementó entre los rangos etarios de 25 a 39 años (70%) y, más fuertemente entre los de 40 a 54 años (76%). Superando este grupo etario, descendió a 55% entre la población de 55 a 64 años y entre los mayores de 64 la ocupación descendió a 13%. Asimismo, la población que se encontraba ocupada se incrementó especialmente entre los varones respecto de las mujeres: si para el total, la población ocupada alcanzó al 35%, entre los hombres este porcentaje ascendió al 45% mientras que para las mujeres descendió al 25%.

#### Población desocupada

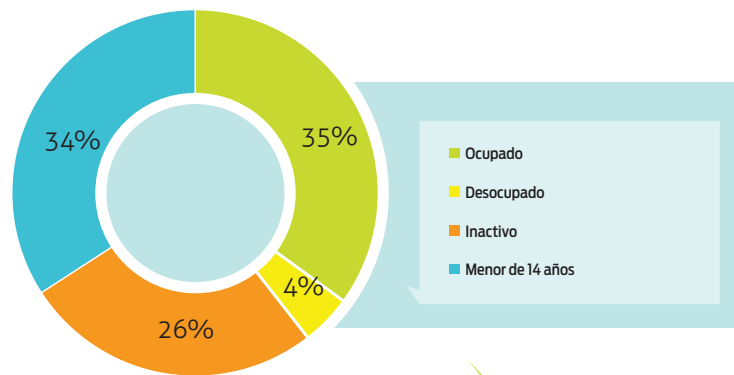
La desocupación, medida respecto de la población total, si bien presentó porcentajes bajos, alcanzó principalmente a la población más joven en condición de trabajar; entre los rangos 14 a 24 años (9%) y 25 a 39 años (7%). La incidencia de la desocupación se incrementó entre las mujeres (6%), descendiendo al 3% entre los hombres.

#### Población inactiva

El 26% de la población que residía en las áreas programáticas se encontraba inactiva, lo que significa que no trabajaba ni se encontraba buscando trabajo. Como era de esperar, entre las personas más adultas la inactividad era más importante: el 85% de las personas de 65 años y más se presentaron en esta condición. Asimismo, el 100% de los menores de 14 y, el 51% de los jóvenes de entre 14 y 24 años eran inactivos. Cuando se analizó esta información según sexo, fue posible identificar que la inactividad se acrecentó entre las mujeres (37%) respecto de los varones (15%).

<sup>31</sup> Personas que no tienen trabajo pero que buscaron de manera activa durante los últimos 30 días.

## CONDICIÓN DE ACTIVIDAD



La población inactiva se acrecentó en los extremos de los tramos de edad: los menores (14 años o menos) y los adultos de 65 y más.

La población ocupada se incrementa:

:: entre los rangos de 25 a 39 años (70%), de 40 a 54 años (76%) y de 55 a 64 años (55%).

:: y entre los varones: 45% entre varones y 25% entre las mujeres.



## TASAS DE ACTIVIDAD, EMPLEO Y DESEMPLEO DE LAS PERSONAS QUE RESIDÍAN EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS RESPECTO DE LA POBLACIÓN TOTAL ARGENTINA.

### Tasa de actividad

El análisis de la tasa de actividad, que resulta del cociente entre la población activa (ocupados y desocupados) sobre el total de la población, evalúa la participación económica, 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%<sup>32</sup>. Entre la población correspondiente a los hogares consultantes a los CAPS este valor se redujo a 37% incrementándose en la población vecina a 42%.

### Tasa de empleo

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.

### Tasa de desempleo

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.

<sup>32</sup> Informe de Prensa: Encuesta Permanente de Hogares: indicadores socioeconómicos; resultados 4to trimestre de 2011.



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.

### 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 45% se clasificaban como subocupados demandantes, es decir que deseaban trabajar más horas de las que efectivamente estaban trabajando.

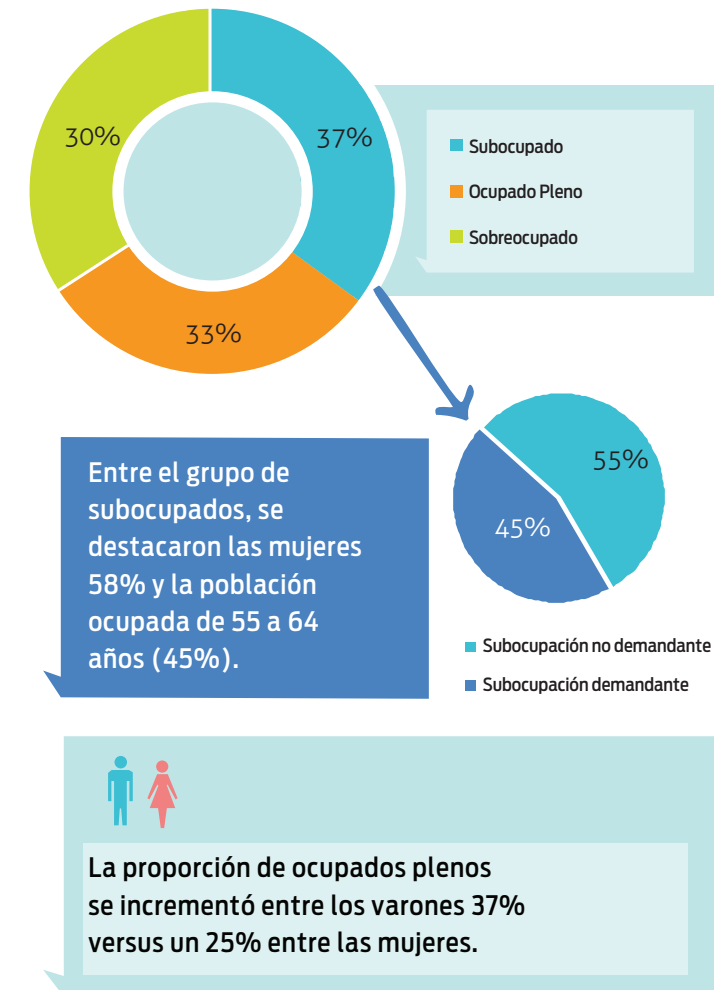
El total de la población ocupada plena alcanzó al 33% del total. De esta forma fue posible identificar que en el área de referencia de los Centros existen más personas subocupadas que ocupadas plenas (que trabajan entre 35 y 45 horas semanales).

Por el contrario, el 30% 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 (36%) 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%).

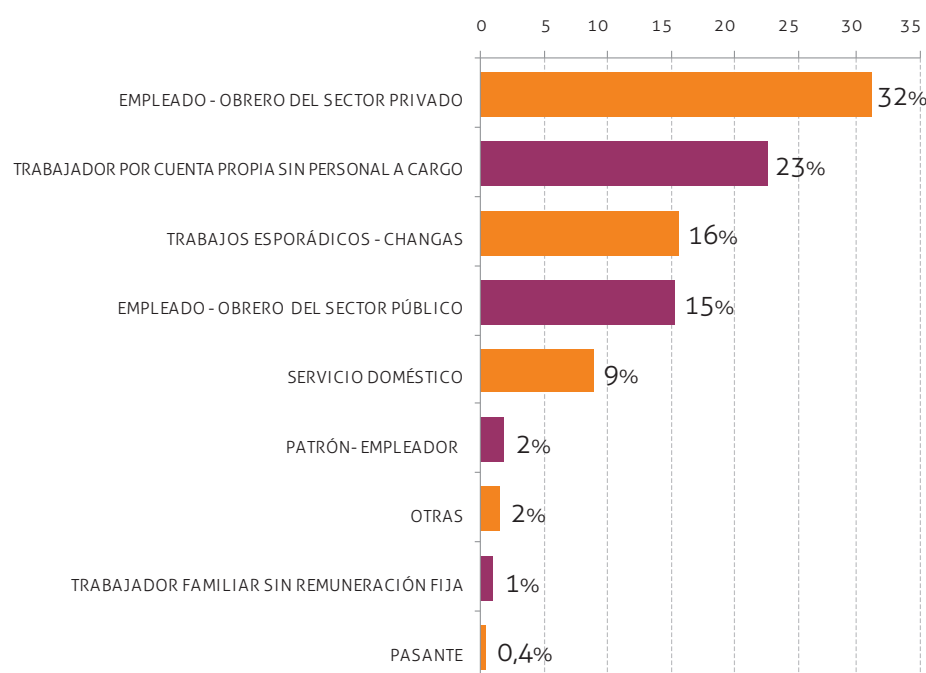
### DISTRIBUCIÓN DE LOS OCUPADOS SEGÚN LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS



## Categorías ocupacionales

La mayoría de la población que reside en las áreas programáticas posee un solo empleo (90%). Entre las categorías ocupacionales principales de la población ocupada se identifica que el 32% se desempeña como empleado – obrero del sector privado. En segundo lugar, se identifican las categorías ocupacionales relacionadas con el trabajo no asalariado: trabajador por cuenta propia sin personal a cargo (23%) y trabajos esporádicos o changas (16%). Con un similar porcentaje (15%) se destacan los empleados y obreros del sector público y en quinto lugar se ubica el servicio doméstico (9%).

**Gráfico 43:** Categorías ocupacionales de la población ocupada de las áreas de referencia.



**Fuente:** Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque Individuos - Población ocupada (n: 1.135 casos)

El grupo de trabajadores u obreros del sector privado se intensificó entre los hombres (37%) por sobre las mujeres (23%).

También la condición asalariada se intensificó en el grupo de trabajadores que no utilizan primariamente a los Centros de Salud a la hora de realizar alguna consulta médica (36%).

Resultó interesante destacar la existencia de una asociación entre la condición de asalariado privado y la edad de las personas ocupadas. En este sentido, la proporción de trabajo asalariado resultó mayor entre los rangos etarios más jóvenes. Mientras que las personas en edades más jóvenes poseen un 40% de trabajadores en relación de dependencia en el sector privado, los ocupados de edades más avanzadas alcanzan porcentajes menores al 18% para esta condición.

A la inversa, el cuentapropismo sin personal a cargo aumentó a medida que se incrementaba la edad de los ocupados. Así, 3 de cada 10 ocupados de entre 40 y 60 años se ubicó en este tipo de clasificación. De la población que superaba los 65 años y aún permanecía activa, la mitad se desempeñaba como independiente, cuenta propia (48%).

La precarización del trabajo de este grupo de personas ocupadas podría medirse por la proporción de personas sin trabajo fijo o que realiza changas. Como ya se mencionó oportunamente, este grupo alcanzó al 16% del total de los trabajadores, intensificándose entre los hombres (20%); entre la población más joven y, entre el grupo de los residentes que utilizan a los CAPS con mayor frecuencia a la hora de realizar alguna consulta de salud (19%).

La incidencia de la subocupación horaria, es decir, la subocupación demandante, se incrementó especialmente entre estos trabajadores, en el sentido de que manifestaron abiertamente querer trabajar más horas. Lo mismo ocurrió para los trabajadores que se desempeñaban en el servicio doméstico.

Los asalariados del sector público, si bien representaron una proporción menor en el total, se intensificaron entre las mujeres por sobre los hombres (18% vs. 14%) y entre los rangos etarios de entre 40 a 64 años.

### 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.

## 5. INGRESOS DE LOS HOGARES QUE RESIDEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD

A partir de la información relevada, se analizó el nivel de ingresos corrientes percibidos por las personas que residían en las áreas programáticas de los Centros de Salud, contemplando tres aspectos diferenciales:

- 1) Los ingresos individuales percibidos por cada miembro del hogar;
- 2) Los ingresos totales familiares<sup>33</sup>, clasificados de acuerdo a los deciles de ingreso de la Encuesta Permanente de Hogares, del mes de noviembre de 2011;
- 3) El ingreso per cápita, consistente en dividir el ingreso total familiar según la cantidad de miembros de éstos.

<sup>33</sup> Entre los que se incluyen, además de los aportes individuales, otros tipos de ingreso tales como rentas, asignaciones familiares, etc.

1) Los ingresos individuales percibidos por cada miembro del hogar (refieren a los ingresos que recibía cada miembro de los hogares relevados en concepto de remuneraciones producto del trabajo).

En este sentido, del total de personas que residían en hogares situados en las áreas programáticas de los Centros, el 41% declaró haber realizado aportes en dinero al hogar ya sea producto de un trabajo fijo, temporario, jubilación o pasantía.

Entre ellos, el ingreso promedio del último mes fue de \$1.624, con un rango que abarcó desde un mínimo percibido de 50 pesos a un máximo de \$11.000. Frente a esta dispersión, se estimó la mediana, la cual fue de 1.300 pesos (un poco menor que el promedio, afectado por los ingresos más elevados).

2) Los ingresos totales familiares (en los que se incluyen, además de los aportes individuales, otros tipos de ingreso tales como rentas, asignaciones familiares, etc.)

A partir de la información obtenida se calcularon los deciles de ingreso de los hogares encuestados tomando la distribución en deciles de ingreso de los hogares y *per cápita* 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.

## Análisis de los hogares

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 (Tabla 2), 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 2: 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
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100.0</b>
NSNC Ingreso	146	
Total hogares relevados	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.

### 3) El ingreso familiar per cápita

#### Distribución de los hogares según decil de ingresos por miembro del hogar

Con el objetivo de relativizar el decil de ingresos del hogar respecto de la cantidad de miembros, se realizó el análisis de la distribución de los hogares encuestados según decil de ingresos per capita. La distribución de ese cruce fue la siguiente:

**Tabla 3:** Distribución de los hogares según decil de ingreso per capita de la EPH.

Decil de la EPH al que pertenece el hogar	Absoluto	%
Decil PC 1	206	34.1
Decil PC 2	128	21.2
Decil PC 3	77	12.7
Decil PC 4	64	10.6
Decil PC 5	45	7.5
Decil PC 6	35	5.8
Decil PC 7	18	3.0
Decil PC 8	18	3.0
Decil PC 9	7	1.2
Decil PC 0	6	1.0
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>100.0</b>
NSNC Ingreso	146	
Total hogares relevados	750	

A partir de la distribución anterior se observó que la cantidad de hogares cuyos ingresos per capita se encontraban comprendidos en los primeros cuatro deciles fue del 79%. Cabe resaltar que esta proporción fue 12% mayor que la proporción de hogares comprendidos en los deciles 1 y 4 presentada en la Tabla 2. Esta diferencia se relacionó con un mayor índice de dependencia potencial entre los hogares relevados, que fue de 69 personas potencialmente inactivas por cada 100 personas potencialmente activas, respecto del índice de dependencia potencial que surge del Censo 2010<sup>34</sup>, que fue de 55.6.

<sup>34</sup> INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

### Capacidad redistributiva del Programa Remediador 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 Remediador, el monto promedio en pesos de la transferencia por receta cubierta por Remediador en el PNA, es decir \$31,73<sup>35</sup>. 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 Remediador.

Del total de hogares de consultantes, la proporción de hogares a los que se les prescribió un medicamento provisto por Remediador 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 Remediador, se comprobó que el 6% de los hogares experimentó una modificación en el decil de ingresos al que pertenecía, es decir que pasaron a posicionarse en un decil de ingresos más bajo del que ubicaban originalmente.

De esta forma, se comprobó que el acceso a Medicamentos Remediador tuvo un cierto impacto 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% del total a los que se le prescribió medicamentos de esta muestra. Se corroboró así que los hogares con más bajos ingresos son más sensibles al cambio de decil de ingreso en caso de incurrir en gastos extras e inelásticos como lo son los medicamentos.



<sup>35</sup> 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.

## 6. OTRAS ESTRATEGIAS DEL HOGAR RESPECTO DEL ACCESO AL INGRESO

Además de los ingresos individuales que pueden aportar las personas de forma individual, producto de su trabajo, cada hogar podría recibir ingresos de otras fuentes, tales como pensiones, indemnizaciones, becas de estudio o subsidios estatales, entre otros. En este apartado se analizan la participación de estas variantes en los ingresos de los hogares.

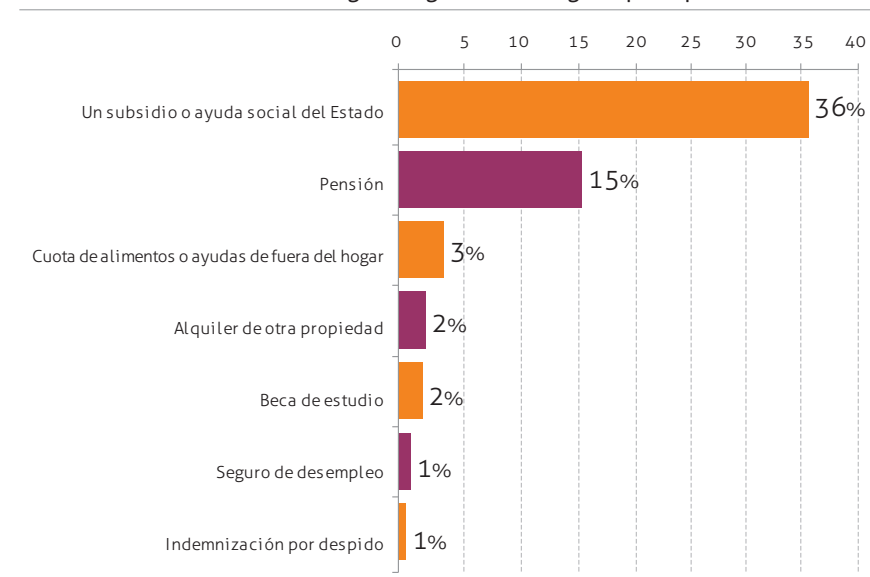
Las principales estrategias identificadas en los hogares de referencia fueron los subsidios o ayuda social por parte del Estado (36%) y, las pensiones con un 15%.

En menor proporción, el 3% de los hogares recibió cuota de alimentos o ayudas de personas fuera del hogar. Las becas de estudio, seguro de desempleo, y la indemnización por despido representaron una mínima participación entre los ingresos de estos hogares; siendo de 2%; 1%; 1% respectivamente.

La proporción de hogares que recibieron ingresos de subsidios por parte del Estado se incrementó entre los hogares que no eran unipersonales y sobre todo en hogares con presencia de un solo cónyuge (hogares monoparentales).

Asimismo, la proporción de los hogares que recibían subsidios por parte del Estado aumentó entre aquellos que utilizan los CAPS como lugar de atención; en este sentido, se destacaron sobre todo los consultantes y aquellas familias cuya totalidad de miembros utiliza principalmente a los Centros de Salud para atenderse.

**Gráfico 44:** Distribución de los hogares según decil de ingreso per capita de la EPH.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque hogares (n: 750)

En total, las transferencias a los hogares en concepto de subsidios o ayuda social del Estado alcanzaron, en promedio, los 488.21 pesos por hogar. Las pensiones significaron una transferencia en promedio por hogar de 1.264 pesos. En tercer lugar, el dinero proveniente de la cuota alimentaria u ayuda por parte de terceros generó un ingreso de \$636.47, en promedio por hogar.

Del total de los subsidios por parte del Estado recibidos por cada hogar, el 82% correspondió a la Asignación Universal por Hijo. El resto de los planes identificados tuvo una incidencia mucho menor: solamente el Plan Argentina Trabaja alcanzó al 3% de los hogares. Para el resto de los subsidios no se identificaron porcentajes significativos<sup>36</sup>.

Entre los beneficiarios de la Asignación Universal por Hijo se destacaron los hogares consultantes por sobre los de los vecinos, y los hogares cuyo total de miembros se atienden en los Centros de Salud.

<sup>36</sup> Se estima, no obstante, que la proporción de hogares que perciben la Asignación Universal por Hijo se encuentra subestimada en el presente estudio. En este sentido, no se preguntó directamente por la posesión o no de tal beneficio, sino que primero se consultó sobre si el hogar percibía algún subsidio por parte del Estado. A partir de la supervisión de campo realizada se pudo constatar que algunos hogares no asociaban la AUH como subsidio, con lo que manifestaron no recibir ningún beneficio cuando en realidad sí estaban percibiendo la asignación en cuestión

# 4

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL  
DE LOS RECURSOS HUMANOS  
QUE SE DESEMPEÑAN EN CAPS  
EFECTORES DEL PROGRAMA  
REMEDIAR +REDES.

Tal como se mencionó en la introducción, uno de los objetivos del Estudio ha sido caracterizar el perfil de los recursos humanos que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud, efectores del Programa Remediar + Redes. Para la consecución del mismo, en el presente capítulo se utilizó la información recolectada a partir del relevamiento a Directores o Responsables de los CAPS a quienes se les administró un cuestionario diseñado *ad hoc*. Ellos constituyeron la unidad de relevamiento del CAPS, es decir, respondieron las preguntas solicitadas sobre ellos mismos en su función de Director, como las correspondientes al resto del equipo de salud.

El equipo de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer, en cualquier ámbito a los pacientes y familias, la atención más integral de salud posible. El equipo de salud que se desempeña en los efectores de salud del Primer Nivel de Atención está integrado por enfermeros, agentes sanitarios/ promotores de salud, obstétricas, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, administrativas, médicos y otros.

La cantidad de Directores o Responsables de los Centros de Salud relevados fueron 300, esto en tanto que por cada efector incluido en la muestra inicial de CAPS se encuestó a un referente. A los fines del estudio se definió al Director o Responsable del CAPS como aquella persona que, al momento del relevamiento, se encontraba designada para cumplir esa función, es decir como aquellas personas que estaban a cargo del efector y que por lo tanto podían dar cuenta de los recursos humanos que integraban el equipo de salud, así como también de las actividades y prácticas que se desarrollaban en los respectivos CAPS.



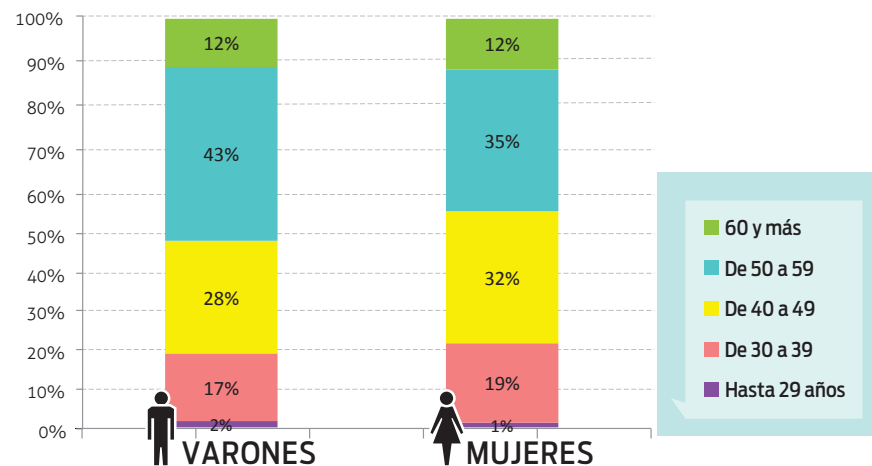
## 1. CARACTERIZACIÓN DE LOS DIRECTORES O RESPONSABLES DE CAPS

A partir de los datos obtenidos, se caracterizó a los directores de los Centros, según variables sociodemográficas. En primer lugar, entre las personas que se desempeñaban como directores se verificó una leve mayoría de mujeres (57%).

En cuanto a la edad de los directores, el promedio alcanzó los 49 años. Este promedio fue el resultante de la concentración de casos en los rangos de edad de 50 a 59 años (38%) y de 40 a 49 años (30%). Siguiéndoles en orden de importancia, se localizaron el grupo de 30 a 39 años (18%), el grupo de los mayores de 59 años (12%) y de forma marginal el grupo de los más jóvenes (menores de 29 años) con menos del 1%.

En el gráfico que se incluye a continuación es posible observar que la proporción de mujeres es mayor en todos los rangos de edad a excepción del que incluye a quienes poseen entre 50 y 59 años de edad.

Gráfico 45: Directores de CAPS por sexo según rangos de edad.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).

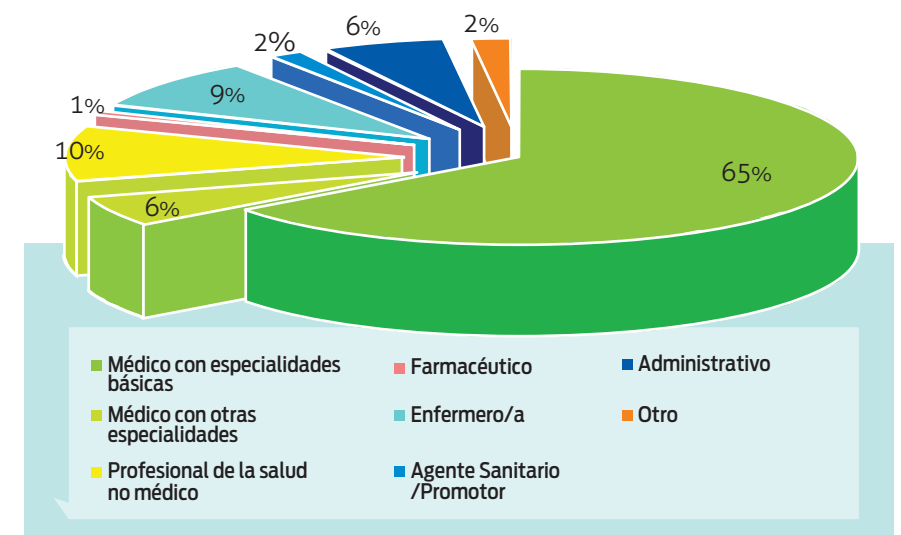
## PERFIL OCUPACIONAL DE LOS DIRECTORES DE CAPS

Con el fin de caracterizar a los distintos perfiles ocupacionales presentes en los equipos de salud se construyó la variable “perfil ocupacional” en la que se agrupó a las especialidades en las siguientes categorías: médico con especialidades básicas del PNA (generalista, de familia, clínico, pediatra, ginecólogo), médico con otras especialidades (cardiólogo, psiquiatra, oftalmólogo, gerontólogo, otras), profesional de la salud no médico (obstétrica-partera, odontólogo, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, trabajador social-asistente social, bioquímico, técnico en laboratorio, radiólogo), farmacéutico (farmacéutico, técnico en farmacia, idóneo), enfermero (profesional, auxiliar), agente sanitario (agente sanitario, promotor), administrativo y otras ocupaciones.

En relación a los perfiles ocupacionales de los directores de los CAPS relevados, fue posible afirmar que 7 de cada 10 son médicos. Específicamente, un 65% corresponde a médicos con especialidades básicas del PNA y el 6% a médicos con otras especialidades.

Por su parte, entre el resto de los perfiles ocupacionales ninguno registró un porcentaje mayor al 10% del total de los casos.

Gráfico 46: Distribución según perfil ocupacional de los directores de CAPS.



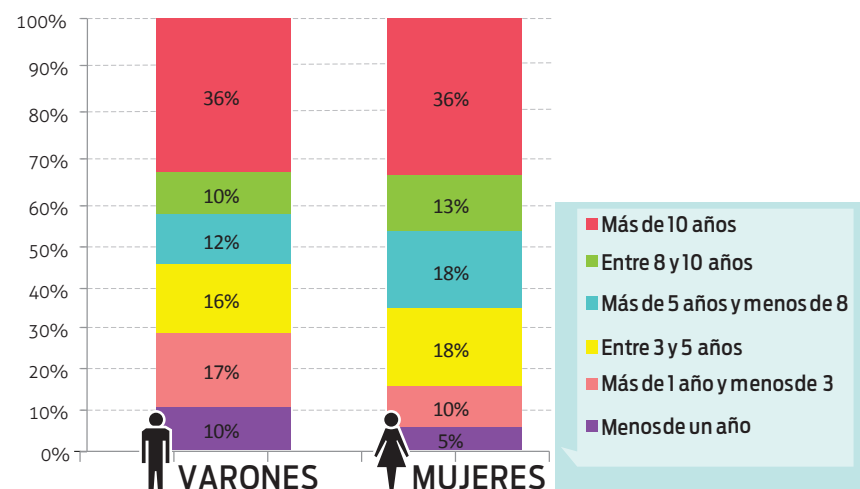
Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).

## ANTIGÜEDAD DE LOS DIRECTORES EN EL CAPS

Con el objetivo de relevar la antigüedad de los directores en el Centro se procedió a preguntarles la cantidad de años que hace que se desempeña en ese CAPS. De ellos el mayor porcentaje (35%) declaró que se desempeña en el mismo CAPS hace más de 10 años. En menor medida, el 17% afirmó que posee en el Centro una antigüedad de entre 3 y 5 años, el 14% entre 5 y 8 años, el 13% entre 1 y 3 años, el 12% entre 8 y 10 años y el 7% menos de 1 año.

Esta información segmentada según el sexo de los directores permite observar que entre los directores que se desempeñan hace menos de 3 años en el CAPS, los varones son mayoría. Por su parte entre quienes trabajan en el efector hace más de 3 años pero menos de 10 años la proporción de mujeres es mayor. Luego, entre los directores con mayor antigüedad no se observaron diferencias según sexo.

Gráfico 47: Directores de CAPS por sexo según antigüedad.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS

## DEDICACIÓN HORARIA DE LOS DIRECTORES EN EL CAPS

Cuando se indagó acerca de la cantidad de horas que trabajaban en los Centros de Salud, la mayoría de los directores afirmó dedicarle entre 36 y 40 horas semanales (33%), siguiendo en orden de importancia se ubicaron los que le dedicaban más de 41 horas semanales (29%), luego aquellos que trabajaban entre 20 y 35 horas (25%) y, por último el grupo hasta 20 horas semanales (13%).

Cuando se analizó esta información según sexo, se observó que en todos los rangos de más de 20 horas las mujeres presentaron porcentajes mayores y en el rango de hasta de 20 horas presentaron un porcentaje mayor los varones (28% vs 12%).

## ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑAN LOS DIRECTORES DE CAPS.

En este relevamiento se consultó a los directores, respecto de si trabajaban en otro establecimiento de salud además del CAPS por el cual fueron entrevistados. De esta consulta surge que casi 6 de cada 10 directores de CAPS trabajaban en algún otro establecimiento de salud. Al analizar esta razón según el sexo de los responsables de CAPS, ésta ascendía entre los varones a un 73% y, descendía entre las mujeres a un 49%. La mayor cantidad de varones directores de CAPS que se desempeñaban también en otro efector de salud, podría estar relacionada a la menor dedicación horaria de las personas de este sexo descrita en el párrafo anterior.

Por su parte, al tomar en cuenta la edad de los directores, se observó que el porcentaje de directores con trabajo en otros establecimientos aumentó para el grupo de entre 40 y 59 años, entre quienes alcanzó el 63%.

## PARTICIPACIÓN EN ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención, a través del Programa Remediar + Redes y el Programa de Médicos Comunitarios, el Ministerio de Salud de la Nación implementa procesos de formación de Recursos Humanos que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención tales como el Curso de Postgrado en Uso Racional de Medicamentos, los cursos de Terapéutica Razonada en el PNA, el Postgrado en Medicina Social y Salud Comunitaria y, el Posgrado de Metodología de la Investigación destinados a médicos prescriptores y, el Curso de Salud Social y Comunitaria orientado a integrantes del equipo de salud no médicos.

A los efectos de conocer el alcance de estas estrategias de formación de RRHH, se les consultó a los Directores si habían participado de alguna de ellas y, cual había sido la instancia de cumplimiento alcanzada.

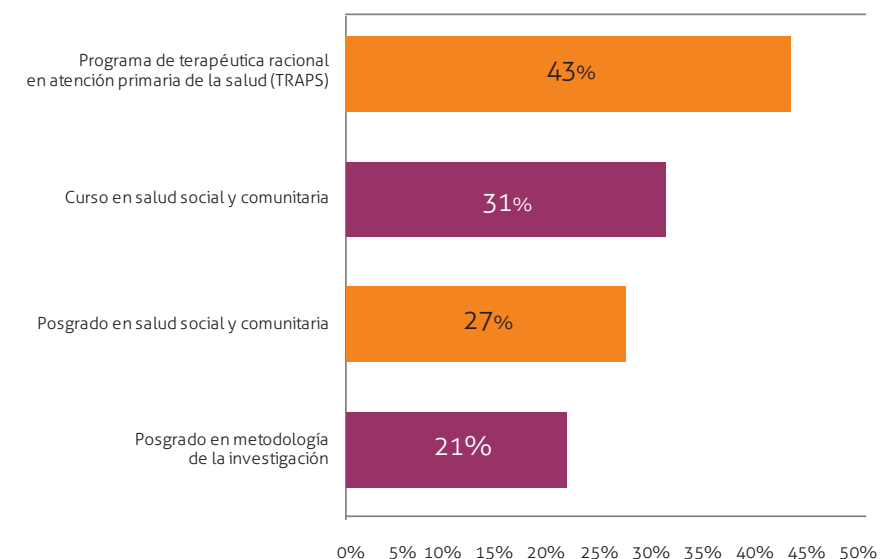
En función de ello se observó que gran proporción de los directores de CAPS afirmaron haber completado las siguientes estrategias de capacitación<sup>37</sup>:

- Programa de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS) organizada por Remediar + Redes: un 43% de los Directores refirió haber completado alguno de estos cursos;
- Curso de Salud Social y Comunitaria del Programa Médicos Comunitarios (PMC): 31% lo empezó y terminó;
- Posgrado de Salud Social y Comunitaria del PMC: el 27% se capacitó en esta estrategia;
- Posgrado de Metodología de la Investigación del PMC: el 21% lo completó.

A su vez, entre el 1% y 5% de los directores se encuentra actualmente cursando alguna de estas capacitaciones, mientras que entre 3% y 4% comenzaron alguno de los Cursos pero lo abandonaron.

<sup>37</sup> Cabe destacar que un porcentaje de Directores participó en más de una estrategia de capacitación.-

Gráfico 48: Estrategias de formación del MSAL cursadas por los Directores de CAPS.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE SE DESEMPEÑAN EN EL CAPS

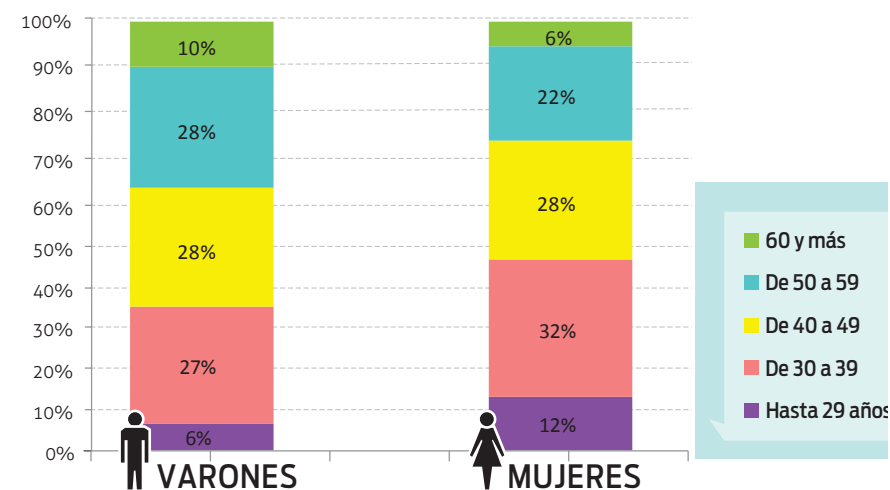
Tal como se mencionara anteriormente, los directores de CAPS respondieron también preguntas respecto al resto del equipo de salud que se desempeñaba en el efector al momento del relevamiento. Esto permitió la caracterización de los miembros de los equipos de salud que se presenta a continuación.

Debe señalarse que debido a las características del instrumento de recolección de datos, se relevó como máximo el perfil detallado de un total de 20 miembros de los equipos de salud de cada Centro. Por lo tanto, para la elaboración de este apartado se consideraron solamente los datos sobre los recursos humanos correspondientes a CAPS con equipos de salud de hasta 20 miembros. Es decir que, se excluyeron aquellos CAPS con 21 miembros o más dado que no se relevó la totalidad de los respectivos equipos de salud.

Los CAPS compuestos por hasta 20 miembros fueron 191, es decir el 65% de la muestra inicial de Centros. Estos adicionaron 2.310 personas, siendo esta la cantidad total de miembros relevados. El tamaño medio de los equipos de salud de los CAPS de hasta 20 miembros fue de 12 integrantes. La cantidad mínima de miembros relevados en un CAPS fue 2 miembros y la máxima 20 miembros.

Del total de miembros de los equipos de salud analizados, se observó que en su gran mayoría son mujeres, alcanzando un porcentaje del 72%. Su promedio de edad es de 43 años. La mayoría de los miembros de los equipos de salud tiene entre 30 y 49 años: el 31% se ubicó entre los 30 a 39 años y 28% entre los 40 a 49 años. Tal como sucedía entre los directores de los CAPS, los rangos de menor edad y los de mayor edad presentaron una menor incidencia. La baja incidencia de los casos de miembros menores de 30 podría estar relacionada con una dinámica propia de este sector que conlleva el ingreso al mismo a partir de cierta edad.

**Gráfico 49:** Integrantes de los equipos de salud por rangos etarios y sexo.



**Fuente:** Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Integrantes de equipos de salud menor de 20 miembros (n: 2.310).

A partir del gráfico anterior fue posible observar una mayor presencia de mujeres entre los dos grupos de edad más jóvenes. Luego en el tramo de 40 a 49 años ambos sexos presentaron la misma proporción. Mientras que entre los grupos de mayor edad los varones presentaron mayores porcentajes. Cabe destacar que en el grupo de 60 y más, la menor proporción de mujeres podría estar relacionada a que son los 60 años el inicio de su la edad jubilatoria.

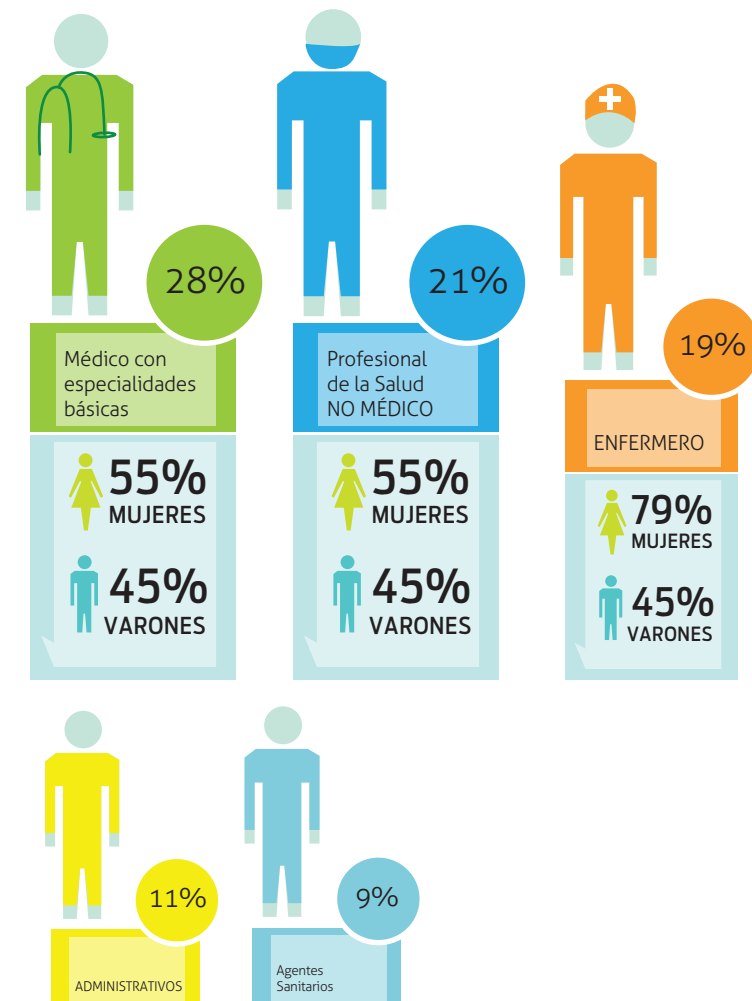
## PERFIL OCUPACIONAL DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD

A partir de la variable perfil ocupacional, definida en el apartado anterior, se analizaron las características ocupacionales de la muestra de los recursos humanos. En este sentido, se observó que el 28% de los miembros de los equipos de salud son médicos con especialidades básicas del PNA. Seguidamente en orden de representación, son profesionales de la salud no médicos (21%) y, enfermeros (19%). En menor medida, también integran los equipos de salud el personal administrativo (11%), agentes sanitarios (9%), otras ocupaciones (9%) y, farmacéuticos (1%). Cabe destacar que los médicos con otras especialidades representaron el 2% de los miembros de equipos de salud relevados.

Es interesante destacar que al analizar la distribución de los perfiles ocupacionales por sexo, el mayor peso de las mujeres se constató en la mayoría de los perfiles, con excepción del grupo de médicos con otras especialidades donde la proporción de mujeres fue del 37%. En el grupo de médicos con especialidades básicas las mujeres representaron el 55%. Es de destacar que en el resto de los grupos ocupacionales (excepto en “otras ocupaciones”), la proporción de mujeres fue mayor al 79%.

Por su parte, en relación a la distribución por edad, el grupo de profesionales médicos fue el que presentó el mayor promedio de edad: 46 años en promedio para el grupo de médicos con especialidades básicas y 48 años para el grupo de médicos con otras especialidades. Los médicos con especialidades básicas se distribuyeron mayoritariamente y, de forma pareja, en los intervalos de edad que van desde los 30 a los 59 años (de 30 a 39 años 28%, de 40 a 49 años 28%, de 50 a 59 años 31%). Los médicos con otras especialidades se distribuyeron mayoritariamente y, de forma pareja, en los intervalos de edad que van desde los 30 a los 59 años (de 30 a 39 años 25%, de 40 a 49 años 32%, de 50 a 59 años 25%). El resto de los perfiles ocupacionales presentaron distribuciones similares por edad, a excepción de los profesionales no médicos, los farmacéuticos y los agentes sanitarios entre los que se verificaron las mayores proporciones de jóvenes (60%, 56% y 47% respectivamente sumando los intervalos de menos de 40 años).

### INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD SEGÚN PERFIL OCUPACIONAL



## ANTIGÜEDAD DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Asimismo, se consultó a los directores acerca de la antigüedad de los miembros de los equipos de salud en los CAPS. Los resultados obtenidos indicaron que en promedio, los miembros cuentan con una antigüedad de 3 años, promedio que no presentó significativas variaciones según perfil ocupacional.

En efecto, se verificó que un 56% de los miembros se incorporaron a los Centros hace menos de 5 años, siendo del 16% la proporción de las incorporaciones más recientes (menos de 1 año). Los grupos con mayor concentración de casos fueron los que tienen entre 1 y 3 años de antigüedad en el CAPS, aquellos entre 3 y 5 años y los de más de 10 años (con un peso de alrededor del 20%). Los demás intervalos de antigüedad presentaron valores menores.

Estos resultados podrían estar indicando una dinámica de movilidad de los recursos humanos donde una gran parte permanece en los CAPS por un lapso de alrededor de 5 años y quedaría un grupo del 21% de forma más permanente.

## DEDICACIÓN HORARIA DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.

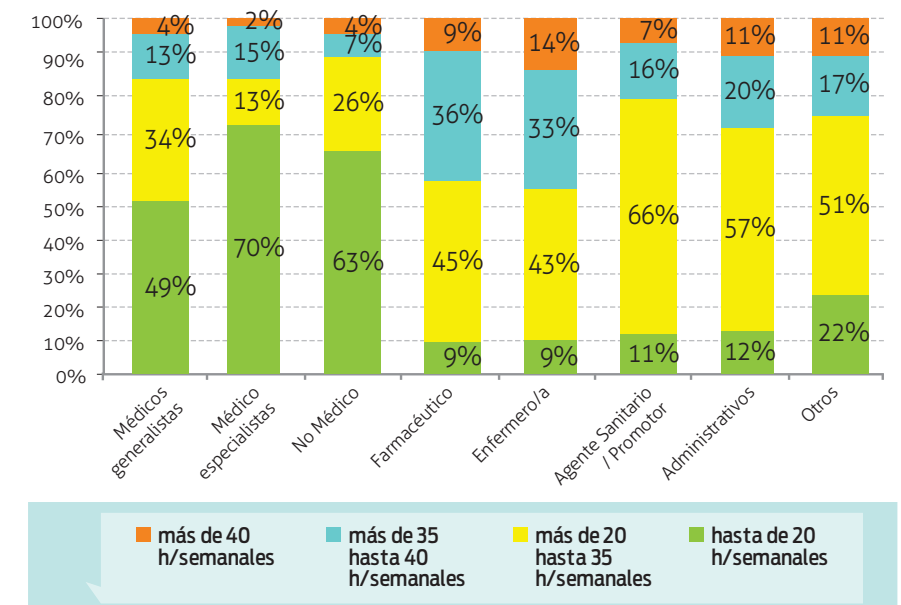
Considerando la información brindada por los directores acerca de la dedicación horaria de los distintos miembros de los equipos de salud relevados, se observó que en promedio los miembros de los equipos trabajan en el CAPS 26 horas semanales. Considerado este resultado según perfiles, se observó que los farmacéuticos, enfermeros, agentes sanitarios y administrativos trabajan más horas que el promedio. La dedicación horaria de los médicos con especialidades básicas, los médicos con otras especialidades y los profesionales de la salud no médicos resultó menor que el promedio.

Al analizar estos resultados a partir de intervalos de dedicación horaria semanal, consecuentemente con los promedios observados, se observó que el 75% de la muestra trabaja hasta 35 horas semanales, siendo el grupo mayoritario aquel que lo hace entre 20 y 35 horas semanales (41%). A estos grupos le

sigue el de hasta 20 horas semanales (35%), el que trabaja entre 35 y 40 horas semanales (17%), quedando por último un 8% de miembros con una dedicación superior a las 40 horas.

Discriminados por perfiles ocupacionales se constató que los médicos (particularmente los médicos con otras especialidades) y los profesionales de la salud no médicos son aquellos que obtuvieron las mayores porcentajes en los grupos de menor dedicación horaria. En este sentido, el 49% de los médicos con especialidades básicas trabaja en los CAPS relevados hasta 20 horas semanales, el 70% de los médicos con otras especialidades también y, los profesionales de la salud no médicos trabajan esa cantidad de horas en un 63%. Esta tendencia se reforzó al considerar el segmento inmediato siguiente (entre 20 y 35 horas semanales), con el que se pudo estimar que el 83% de los médicos (tanto con especialidades básicas como con otras especialidades) y el 89% de los profesionales de la salud no médicos tienen una dedicación horaria que no supera las 35 horas semanales. En cuanto a los enfermeros, los farmacéuticos, los agentes sanitarios y los administrativos, la mayoría de los casos se concentran en los rangos de 20 a 35 y de 35 a 40 horas semanales, alcanzando el 76%, 82%, 82% y 77% respectivamente.

Gráfico 50: Integrantes de los equipos de salud por perfil ocupacional, según dedicación horaria

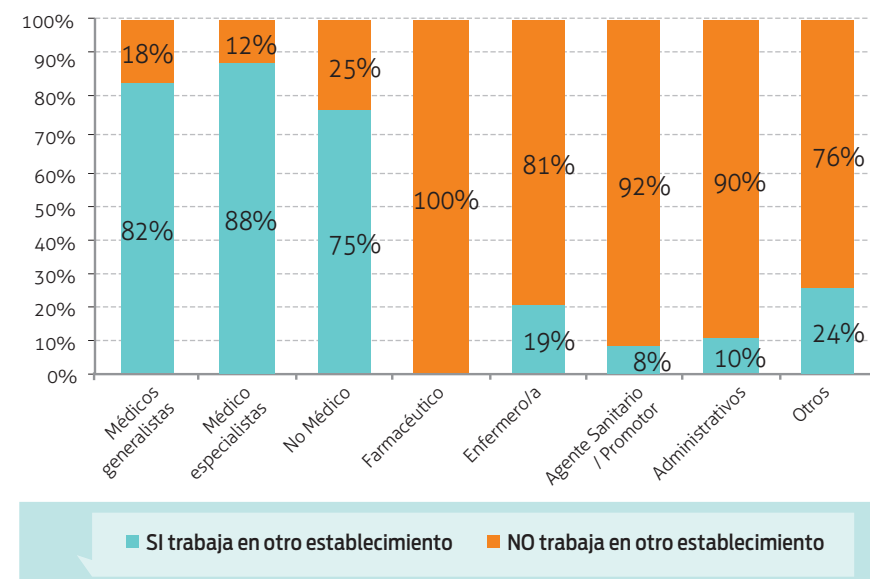


Por lo tanto, en términos generales, se observó que en todos los perfiles la mayor proporción de miembros trabaja menos de 35 horas semanales. Sin embargo, podría inferirse que estos niveles de dedicación horaria se encuentran asociados en gran parte al hecho de que muchos de los miembros de los equipos de salud trabajan en más de un establecimiento. Tal como mencionaremos a continuación los resultados obtenidos confirman que el 48% de los miembros relevados trabaja en más de un establecimiento de salud.

### ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE SE DESEMPEÑAN LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Coincidentemente con lo observado en relación a la dedicación horaria, el mayor peso relativo de aquellos que trabajan en otros establecimientos se correspondió con aquellos perfiles cuya dedicación horaria en el CAPS era menor. Así, el 82% de los médicos con especialidades básicas, el 88% de los médicos con otras especialidades y el 75% de los profesionales de la salud no médicos se desempeña en otros establecimientos. Por otra parte, en el resto de los perfiles ocupacionales, se observó que la dedicación exclusiva en sus respectivos CAPS presentó valores mayores al 76%.

**Gráfico 51:** Integrantes de los equipos de salud por perfil ocupacional según dedicación en el CAPS



Fuente: Programa Remediador+ Redes. Relevamiento 2011. Integrantes de equipos de salud con menos de 20 miembros (n: 2.310).

### 3. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD: TIPOLOGÍAS SEGÚN PERFILES OCUPACIONALES Y CANTIDAD DE INTEGRANTES

Con el objetivo de describir las posibles composiciones de los equipos de salud que se presentaron con mayor frecuencia en los Centros relevados, se procedió a analizar a los equipos a partir de dos variables: i) perfiles ocupacionales más frecuentes y ii) cantidad promedio de miembros de esos perfiles.

Al analizar las distintas combinaciones de perfiles que componen los equipos de salud, fue posible identificar 4 “tipos” de composición que se presentaron con mayor frecuencia. En total, el 44% de los CAPS relevados con menos de 20 integrantes presentó alguna de estas 4 composiciones (14% tipo 1, 14% tipo 2, 10% tipo 3 y 6% tipo 4).

A partir de la estimación del promedio de la cantidad de integrantes por cada perfil, se pudo considerar que los 4 tipos de equipos que se presentaron con mayor frecuencia fueron:

**Tipo 1:** 4 médicos con especialidades básicas, 3 profesionales no médicos, 2 enfermeros, 2 administrativos y 2 personas con “otro” perfil ocupacional.

**Tipo 2:** 3 médicos con especialidades básicas, 2 profesionales no médicos, 3 enfermeros, 3 agentes sanitarios, 2 administrativos y 3 personas con “otro” perfil ocupacional.

**Tipo 3:** 4 médicos con especialidades básicas, 4 profesionales no médicos, 2 enfermeros y 2 administrativos.

**Tipo 4:** 4 médicos con especialidades básicas, 3 profesionales no médicos, 2 enfermeros, 1 agente sanitario y 2 administrativos.

Considerando que las características de los efectores de salud varían según la cantidad de consultas mensuales que realizan, se agrupó a los CAPS en 6 categorías ordenadas de menor a mayor según el volumen de consultas médicas y odontológicas;

:: CAPS que realizan mensualmente menos de 85 recetas del Programa Remediar;

:: CAPS que reciben menos de 400 consultas mensuales;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 400 y 700 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 701 y 1.350 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 1.351 y 3.000 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente más de 3.001 consultas.

Considerando estas 6 categorías definidas por el Programa, se pudo afirmar que:

:: El equipo de salud que se presentó con más frecuencia en la categoría de menos de 85 recetas mensuales fue el Tipo 1, es decir el integrado por 4 médicos con especialidades básicas, 3 profesionales no médicos, 2 enfermeros, 2 administrativos y 2 otros.

:: En la categoría de menos de 400 consultas mensuales el equipo de salud que se presentó en una mayor proporción fue el Tipo 3, que tal como refiriéramos anteriormente era el compuesto por 4 médicos con especialidades básicas, 4 profesionales no médicos, 2 enfermeros y 2 administrativos.

:: En la categoría de entre 400 y 700 consultas mensuales el equipo de salud más frecuente fue el Tipo 4, siendo su composición 3 médicos con especialidades básicas, 2 profesionales no médicos, 3 enfermeros, 3 agentes sanitarios, 2 administrativos y 3 otros.

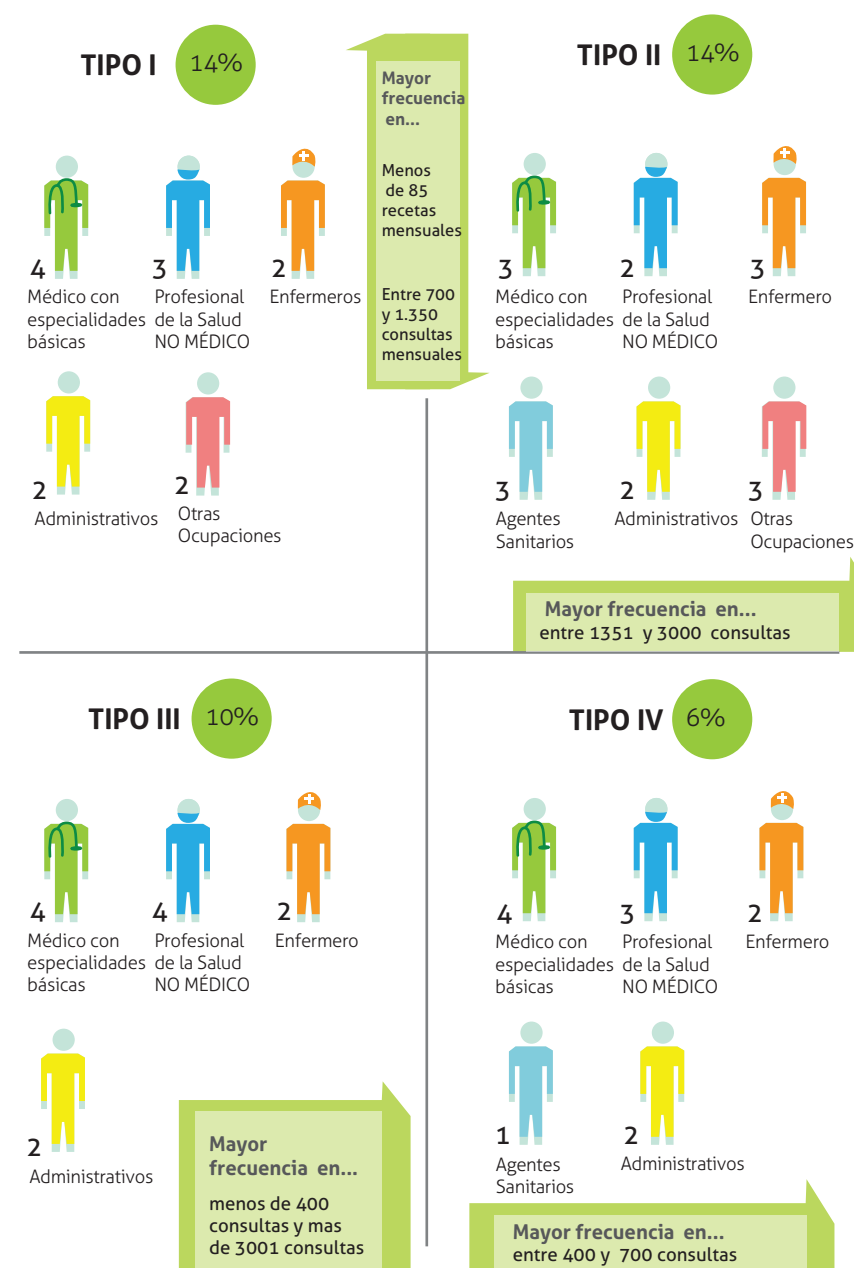


:: En la categoría de entre 700 y 1.350 consultas mensuales el equipo de salud más frecuente estuvo compuesto por 4 médicos con especialidades básicas, 3 profesionales no médicos, 2 enfermeros, 2 administrativos y 2 otros (Tipo 1).

:: En la categoría de entre 1.351 y 3.000 consultas mensuales el equipo de salud más frecuente fue el Tipo 2, compuesto por 3 médicos con especialidades básicas, 2 profesionales no médicos, 3 enfermeros, 3 agentes sanitarios, 2 administrativos y 3 otros (T2).

:: En la categoría de más de 3.001 consultas mensuales el más frecuente fue: 4 médicos con especialidades básicas, 4 profesionales no médicos, 2 enfermeros y 2 administrativos (Tipo 3).

### COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD



**5**  
**UNA EVALUACIÓN  
DEL PROGRAMA REMEDIAR  
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS  
DIRECTORES DE LOS CAPS**

En el cuestionario aplicado a los Directores o Responsables de los CAPS incluidos en la muestra inicial además de relevar información referida a los recursos humanos que se desempeñan en el PNA, se incluyó un módulo de preguntas para indagar acerca de la percepción de los directores sobre la provisión pública de medicamentos en general, particularizando luego en el Programa Remediar. Además se indagó sobre un conjunto de aspectos relacionados con la promoción del acceso a medicamentos esenciales que realizan los Centros. En especial, se relevaron variables que dan cuenta de las estrategias y/o herramientas que se impulsan desde el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el Primer Nivel de Atención.

De este modo, en el presente apartado se describen las características generales de los 300 efectores de salud relevados, las actividades que éstos desarrollan, así como también la evaluación que los directores realizan respecto de la evolución de la capacidad resolutive de los respectivos Centros.

Cabe destacar que debido a que las características de los efectores de salud varían considerablemente según la cantidad de consultas mensuales que realizan así como también en función del tamaño de los equipos de salud, la información que se presenta a continuación fue analizada a partir de dos variables de segmentación.

La primera de ellas refirió al volumen de consultas mensuales, ya utilizada en el Capítulo IV. En función de esa cantidad se procedió a agrupar a los CAPS en las siguientes 6 categorías ordenadas de menor a mayor por volumen de consultas<sup>38</sup>:

:: CAPS que realizan mensualmente menos de 85 recetas del Programa Remediar;

:: CAPS que reciben menos de 400 consultas mensuales;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 400 y 700 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 701 y 1.350 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente entre 1.351 y 3.000 consultas;

:: CAPS que reciben mensualmente más de 3.001 consultas;

La distribución de los 300 CAPS incluidos en la muestra de CAPS relevados en estas 6 categorías fue la siguiente:

:: CAPS que realizan mensualmente menos de 85 recetas del Programa Remediar: 15 CAPS (5%)

:: CAPS que reciben menos de 400 consultas mensuales: 55 CAPS (18%)

:: CAPS que reciben mensualmente entre 400 y 700 consultas: 61 CAPS (20%)

:: CAPS que reciben mensualmente entre 701 y 1.350 consultas: 93 CAPS (31%)

:: CAPS que reciben mensualmente entre 1.351 y 3.000 consultas: 53 CAPS (18%)

:: CAPS que reciben mensualmente más de 3.001 consultas: 23 CAPS (8%)

La segunda variable de segmentación utilizada fue un indicador de tamaño de los CAPS basado en la cantidad de miembros que componen sus equipos de salud. Al respecto para la variable “cantidad de miembros de los equipos de salud” las categorías construidas fueron:

- CAPS de hasta 16 miembros,
- CAPS de 17 a 25 miembros y
- CAPS de más de 25 miembros.

En la composición de la muestra se observó que el 50% de los equipos de salud no superan los 16 miembros, mientras que el 25% eran equipos de entre 17 y 25 personas y el 25% restante lo representaban equipos de más de 25 miembros.

<sup>38</sup> Estas 6 categorías reflejan aproximadamente la división en quintiles de consultas realizada a partir de la información informada por los efectores del Programa en el Formulario de Control Mensual de Stock. En el mismo se registra el total de consultas médicas y odontológicas realizadas en el centro de salud durante un mes calendario, es decir, desde el 1 hasta el último día hábil del mes que se informa. Estas incluyen todas las consultas del CAPS, independientemente de si en las mismas se prescribieron o no medicamentos de Remediar + Redes. El estrato adicional surge de separar del último quintil aquellos CAPS que realizan más de 3.000 consultas mensuales, en tanto que estos absorben aproximadamente el 30% del total de consultas. Luego, la primera categoría corresponde a los CAPS de baja utilización.

## 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CAPS

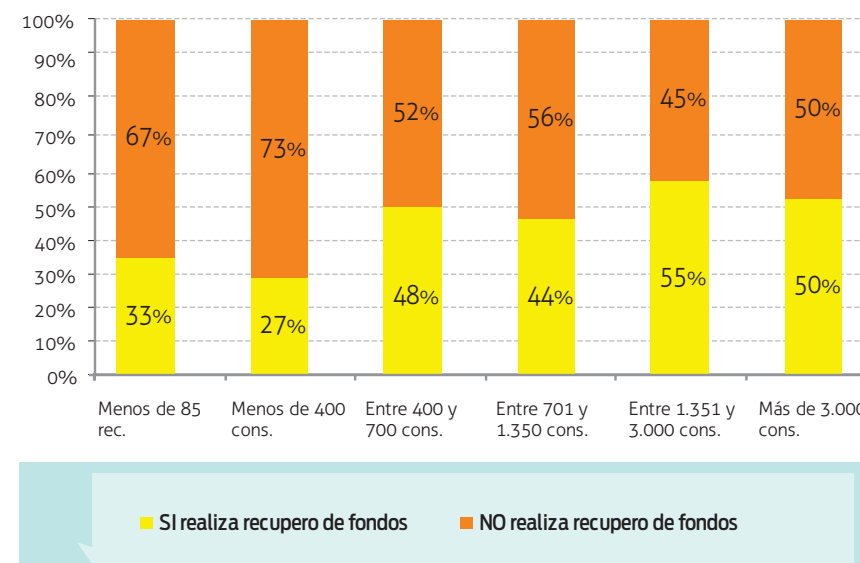
A partir del relevamiento a los directores de CAPS fue posible caracterizar a los Centros de Salud que integraron la muestra, según ciertos atributos.

En primer lugar se indagó acerca de la dependencia administrativa del CAPS. En este sentido, el 54% de los directores afirmó que el Centro en el que se desempeña es de dependencia provincial, mientras que el restante 45% aseveró depender del municipio<sup>39</sup>. En relación a la dependencia, o no, por parte de los CAPS de un Hospital de mayor complejidad, la mayoría de los directores respondieron que el efector de salud en el que se desempeña no dependía de un hospital (68%).

Por otro lado, se indagó acerca de si el CAPS realizaba gestiones para el recupero de fondos por la atención brindada a pacientes con cobertura de salud (obras sociales, mutual, prepaga). Si bien un promedio de 43% de los directores de CAPS afirmó realizar dichas gestiones, este porcentaje se incrementó a medida que aumentaban ambas variables de segmentación de los CAPS, es decir la cantidad de consultas que atiende el CAPS mensualmente y la cantidad de miembros de los equipos de salud. En este sentido, el recupero de fondos alcanzó respuestas positivas cercanas al 62% entre los CAPS con equipos de salud de más de 25 personas.

Por su parte, tal como se puede apreciar en el Grafico 523, se identificó que dichas gestiones se realizan en la mitad o más de los CAPS pertenecientes a los 2 segmentos con mayor nivel de consultas mensuales.

**Gráfico 52:** CAPS que realizan recupero de fondos por cantidad de consultas.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).

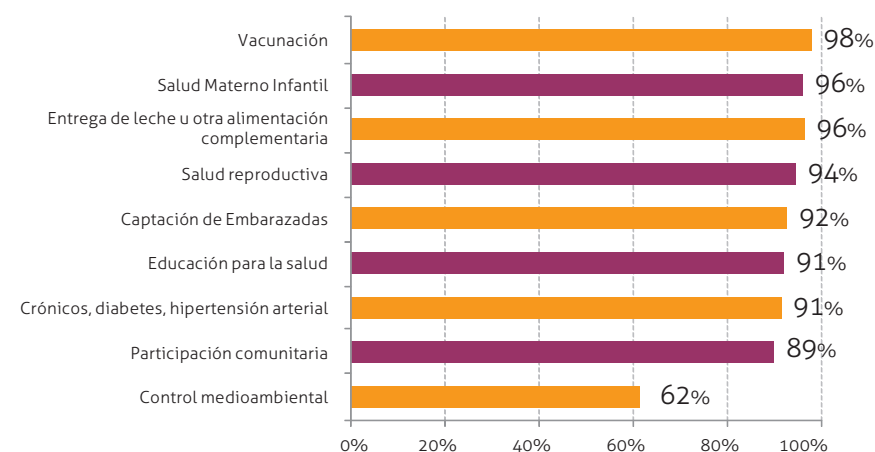
## ACTIVIDADES Y/O PROGRAMAS QUE IMPLEMENTAN LOS CAPS

A los fines de identificar las diversas actividades para la promoción de la salud que se realizan desde los Centros relevados, se les consultó a los directores si desde el CAPS llevaban a cabo una serie de actividades y/o programas. La mayoría de los directores indicó que su Centro lleva adelante programas vinculados a lo materno infantil, específicamente Programas de Vacunación (98%), Programas de Salud Materno-Infantil (96%), Programas de Salud Reproductiva (94%), Programas de Captación de Embarazadas (92%) y, Programas de Entrega de Leche u Otra Alimentación Complementaria (96%). La alta proporción de CAPS que implementan Programas orientados a la población materno-infantil estaría relacionada a la alta incidencia de los niños, niñas y mujeres en edad reproductiva que se encontró en la distribución de consultantes a CAPS presentadas en el Capítulo I de la publicación.

<sup>39</sup> El Catastro realizado por el Programa Remediador en el año 2005, arrojó porcentajes similares.-

Por otro lado, otro tipo de programas también presentaron altos valores, Diabetes e Hipertensión Arterial (91%), Programas de Educación para la Salud (91%), Programas de Participación Comunitaria (89%). Los Programas de Control Medioambiental fue la acción que resultó ser menos desarrollada por los Centros (62%).

**Gráfico 53:** Programas que lleva a cabo el CAPS



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).

## ÁREA PROGRAMÁTICA

Por otro lado, se indagó acerca del conocimiento que tenían los directores de la población y el territorio a cargo del CAPS. Se entiende que la asignación de las personas y su responsabilidad de atención a un efector del PNA es una herramienta para la planificación de los servicios de salud, que posibilita una mejor asignación de recursos al mismo tiempo que mejora la calidad de la atención de la población bajo su responsabilidad<sup>40</sup>.

En este sentido, el 86% de los directores aseguró que el CAPS tiene asignada un área programática, es decir un área geográficamente delimitada cuya población está bajo la responsabilidad del establecimiento. Considerando la cantidad de recetas mensuales, es de destacar que la proporción de efectores con área programática asignada disminuye en el grupo de CAPS con menos de 85 recetas (67%).

Luego, entre aquellos CAPS que refirieron contar con área programática (86%), se exploró en detalle sobre las acciones realizadas en torno a las mismas. Según las respuestas de los directores, un 95% afirmó que tiene identificada a sus poblaciones respectivas, un 89% que su área programática estaba identificada de forma cartográfica, un 82% que desde el CAPS realizaban actividades para la actualización del registro de la población (censos, rondas, visitas domiciliarias, etc.) y un 96% que tenían identificados grupos en situación de riesgo, es decir niños menores de 6 años, embarazadas, mujeres en edad fértil, ancianos, discapacitados y, enfermos crónicos. Por su parte, si bien el 86% de los directores sostuvo que cuentan con un área programática definida, solo un 75% de ellos afirmó saber cuántas personas viven en ella. Si se comparan los efectores que dependen de la provincia con aquellos que dependen del municipio, en todas las acciones los CAPS provinciales presentaron valores más altos, especialmente en el conocimiento sobre la cantidad de personas que viven dentro del área programática.

<sup>40</sup> Guía para la nominalización, clasificación y seguimiento de personas con riesgo cardiovascular global. Programa Remediador + Redes. 2012.

## SISTEMA DE TURNOS PROGRAMADOS.

Indagados respecto a la implementación de Sistemas de Turnos Programados<sup>41</sup>, la mayoría de los directores respondió que su Centro contaba con tal sistema para los casos de control de embarazadas en un 88%, control de niño sano un 89%, control de pacientes con patologías crónicas un 76% y, de otros controles un 47%.

Al segmentar esta información según cantidad de consultas, fue posible observar que los CAPS que integran el segmento de mayor cantidad de consultas (más de 3.000 consultas mensuales) fueron los que mayores proporciones arrojaron en cada uno de los tipos de turnos programados, con excepción en el de control de embarazadas (86%).

Al contrastar las respuestas de los directores de CAPS acerca de la implementación de sistema de turnos programados respecto de consultantes a CAPS encuestados, cabe destacar que solo el 17% de ellos refirió haber llegado a la consulta con un turno programado. En función de ello, es posible que la implementación de esta modalidad de consultas esté presente en los CAPS, pero que no se encuentre organizada para una gran proporción de consultas a las que los CAPS le dan respuesta cotidianamente<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> Se entiende por Sistema de Turnos Programados al mecanismo mediante el cual desde un CAPS se otorga, de forma programada (a distancia o en el lugar), una fracción de tiempo para una consulta médica u odontológica. La fracción de tiempo asignada no debe corresponder a la misma jornada en la que fue solicitada.

<sup>42</sup> Para mayor información referirse al Capítulo I.

## EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS CAPS, SEGÚN LOS DIRECTORES

La capacidad resolutive de los CAPS en el Primer Nivel de Atención refiere a la posibilidad que poseen estos efectores de resolver aquellos motivos de consultas propios del PNA. Asimismo, la capacidad resolutive implica el potencial de resolver o reducir el impacto de eventos de salud-enfermedad con anterioridad a su aparición o manifestación.

Es necesario tener en cuenta que, en el contexto de una red de servicios de salud, las múltiples y variadas necesidades y demandas de la población no siempre pueden ser resueltas por un solo establecimiento de salud. En este sentido, la dotación de recursos en cada uno de los efectores de salud puede ser diferenciada y en concordancia con el rol asignado a cada sector-nivel. Esto presupone procesos de derivación de pacientes de un nivel hacia otro, la cual deberá ser fluida y atender las necesidades de cada nivel.

Con el objeto de evaluar la percepción de los directores acerca de la evolución de la capacidad resolutive de los CAPS se utilizaron dos estrategias. La primera consistió en preguntarles, ya sea en base a su experiencia o bien por comentarios del resto del equipo de salud, en qué medida consideraban ellos que en los últimos 10 años la capacidad resolutive del CAPS en el que se desempeñaba había incrementado. Para ello, se les solicitó que respondieran utilizando una escala del 1 al 10, en la que 1 significaba que la capacidad resolutive no se había incrementado nada y 10 que se había incrementado sustancialmente.

A partir de ese procedimiento, los resultados de los puntajes asignados respecto del incremento de la capacidad resolutive de los CAPS arrojaron un promedio cercano a los 8 puntos. Esta evaluación positiva estaría dando cuenta de la percepción de mejoras en la capacidad resolutive durante el período de referencia. No se presentaron variaciones significativas según la cantidad de consultas que recibe el Centro así como tampoco respecto del tamaño de los equipos de salud. Por lo tanto, resulta relevante destacar que 8 de cada 10 directores consideran que en los últimos 10 años se ha incrementado la capacidad resolutive del CAPS.

La segunda estrategia implementada para que los directores de los efectores de salud relevados evaluarán el incremento de la capacidad resolutoria consistió en solicitarles que distribuyeran 100 puntos (imaginando que éstos representaban el incremento de la capacidad resolutoria) entre 5 aspectos específicos: i) la provisión gratuita de medicamentos, ii) la capacitación de recursos humanos, iii) el sistema de seguro materno infantil, iv) las acciones de participación comunitaria, y v) la reorganización del trabajo en el CAPS y/o en la Red de Servicios de Salud.

Los resultados indicaron notoriamente que el aspecto que recibió más puntos fue la “Provisión gratuita de medicamentos e insumos”, que en promedio recibió 37 puntos. Los restantes aspectos evaluados - “Capacitación de recursos humanos”, “Sistema de seguro materno-infantil”, “Acciones de participación y promoción comunitaria” y “Reorganización del trabajo en el CAPS y/o en la Red de Servicios de Salud” - recibieron puntajes promedio que oscilaron entre 15 y 17 puntos.

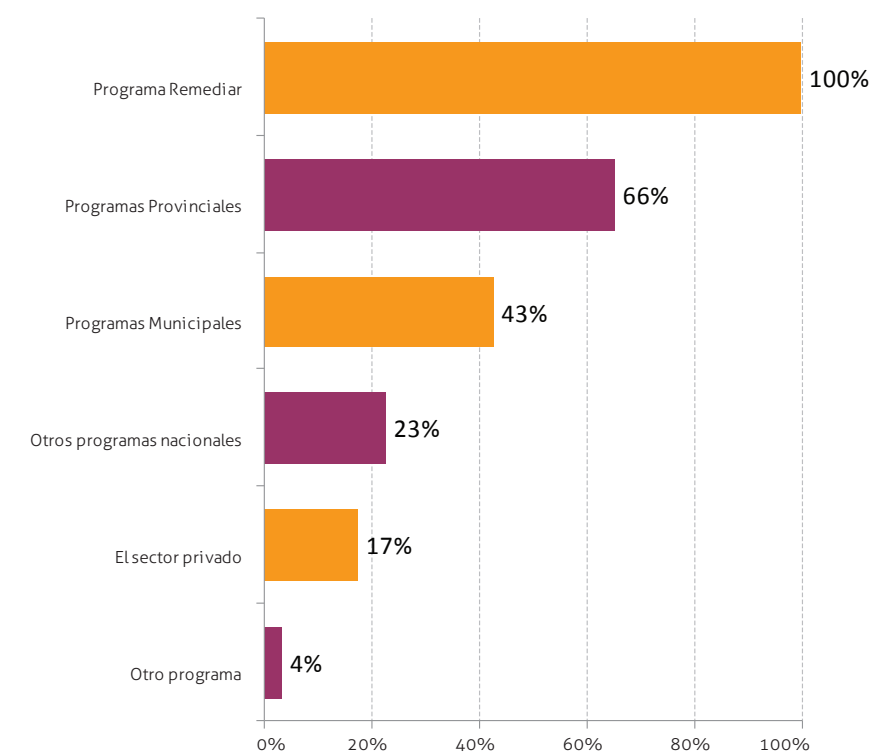
El aspecto que presentó mayores variaciones según la cantidad de consultas que atiende el efector mensualmente fue la “Provisión gratuita de medicamentos e insumos”. En los efectores de menos de 400 consultas y en aquellos que atienden entre 400 y 700 consultas mensuales, la importancia asignada a ese aspecto resultó mayor ascendiendo a 44 puntos respecto del promedio de 37 puntos.

Al analizar la evaluación anterior pero segmentada por el tamaño de los equipos de salud, pudo observarse que la percepción sobre la importancia de la mejora en la “Provisión gratuita de medicamentos e insumos” fue más elevada entre los CAPS con equipos pequeños (hasta 16 personas) donde se registró un promedio de 41 puntos, mientras que a medida que aumentaba el tamaño de los equipos este promedio comenzaba a disminuir, pasando a 36 puntos entre los CAPS con 17 a 25 personas y decreciendo a 31 para los de más de 25 personas. En los restantes aspectos evaluados, los CAPS con equipos de salud de menor tamaño le asignaron una menor puntuación que el promedio.

## FUENTES DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Con el objetivo de conocer las fuentes de provisión de medicamentos esenciales que regularmente reciben los CAPS, se consultó respecto de ello a los directores. En este sentido, el 66% de los directores refirió que además de los medicamentos esenciales distribuidos por el Programa Remediador, también recibían provisión de medicamentos de programas provinciales. Por su parte aquellos que indicaron que desde programas municipales les proveían medicamentos fueron el 43% de los efectores. El 23% de los CAPS indicaron que recibían medicamentos de otros programas nacionales y un 17% medicamentos provenientes del sector privado. Podríamos pensar que estos últimos corresponden a donaciones de muestras gratis que el sector privado realiza.

Gráfico 54: Provisión de medicamentos de los CAPS relevados según fuente.



Fuente: Programa Remediador + Redes. Relevamiento 2011. Directores de CAPS (n: 300).



Si se analiza la proporción de efectores que cuentan con provisión de los programas provinciales (66%) en relación a las variables de segmentación, se puede observar que los valores aumentaron a medida que se incrementa tanto la cantidad de consultas que recibe el CAPS como la cantidad de miembros del equipo de salud que en el se desempeña. En efecto, considerando los segmentos basados en la cantidad de consultas, se observó que la importancia de esta fuente de provisión de medicamentos aumentó de forma gradual desde un 47% en el segmento más pequeño (menos de 85 recetas) hasta un 74% en el de mayor cantidad de consultas (más de 3.000). La importancia de esta fuente fue del 58% y 64% para los grupos de CAPS con equipos de salud más pequeños (hasta 16 miembros y de 17 a 25 miembros, respectivamente), mientras que entre los CAPS con equipos de más de 25 personas, esta incidencia fue del 81%.

Luego, respecto de los efectores de salud que refirieron recibir medicamentos desde programas municipales (43%) se evidenciaron algunas diferencias según la cantidad de consultas que atiende el efector. En particular, en el segmento de menor cantidad de recetas y en aquel con más cantidad de consultas se verificaron los porcentajes más elevados (53% y 52% respectivamente). Considerando el tamaño de los CAPS en función de la cantidad de personas de su equipo de salud, el grupo en donde se verificó la mayor incidencia de este tipo de provisión fue el grupo intermedio, es decir de 17 a 25 miembros, donde la proporción de CAPS que refirieron recibir esa fuente fue del 53%. Le siguieron los más pequeños con una incidencia del 44%, mientras que en el grupo de los de mayor tamaño este porcentaje apenas se acercó al 29% de los CAPS.

En relación a la proporción de CAPS que refirieron recibir medicamentos provistos por otros programas nacionales (23%), su incidencia aumentó a medida que se incrementaba el tamaño de los equipos de salud. El segmento que presentó una mayor cantidad de CAPS que recibían medicamentos de esta fuente fue el de mayor cantidad de consultas (52%).

La escasa incidencia de la provisión originada desde el sector privado (17%) dificulta la precisión de estas estimaciones. Sin embargo, es interesante destacar que el valor de este tipo de provisión aumentó a un 39% en el grupo de mayor cantidad de consultas y, que su incidencia fue mayor al promedio en los CAPS con equipos de salud de más de 25 personas (23%).

En resumen, al analizar los porcentajes de los Centros según cantidad de consultas y según el tamaño de los equipos se observó que los CAPS con más cantidad de consultas y los que tienen los equipos de salud más grandes recibían medicamentos de las distintas fuentes de provisión existentes.

Tal como era de esperarse, al analizar la información según la dependencia administrativa del CAPS, se destaca que la provisión de medicamentos por parte de los programas provinciales fue mayor en los centros de dependencia provincial, alcanzando un 85%, contra un 43% relevado en los municipales. De modo más pronunciado, los efectores de dependencia municipal presentaron un porcentaje ampliamente mayor en la provisión de programas municipales (84% contra 7%). En cuanto a los otros programas nacionales, esta provisión fue mayor en los efectores de dependencia municipal (32% contra 13% de los efectores de dependencia provincial).

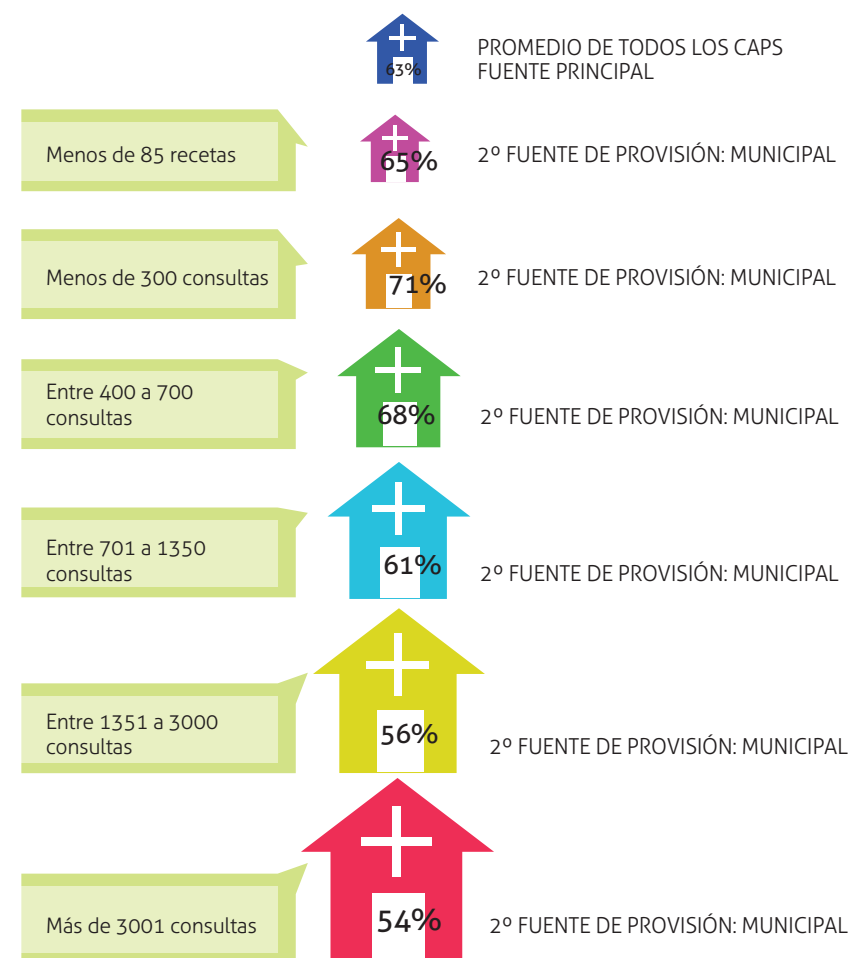
## PARTICIPACIÓN DE CADA UNA DE LAS FUENTES

Luego, una vez que se identificaron las fuentes de provisión de medicamentos que cada efector recibe regularmente, se procedió a consultarles respecto del aporte que cada una de esas fuentes representaba respecto del total de medicamentos esenciales recibidos. Con esto se buscó dimensionar la contribución que cada una de las fuentes de provisión posee sobre la masa total de medicamentos que el efector recibe de forma regular. Al respecto, cabe destacar que según la percepción de los directores, en promedio, los medicamentos provistos por el Programa Remediar significan el 63% de los medicamentos que reciben. Le seguían la provisión por parte de los programas municipales con un 30% y los provinciales representando el 29% de los medicamentos que los CAPS reciben, siendo residuales los promedios que resultaban de la provisión de otros programas nacionales y del sector privado.

La importancia del volumen de la provisión de medicamentos originada por el Programa Remediar se evaluó mayor que el promedio en las 3 categorías de CAPS con menor cantidad de consultas, es decir con menos de 700 consultas (65%, 71% y 68% respectivamente). El promedio de esta incidencia fue disminuyendo gradualmente a medida que aumentaba la cantidad de consultas recibidas por los CAPS, hasta llegar a representar el 54% de los medicamentos que reciben los efectores agrupados en el segmento de mayor cantidad de consultas. Considerando la información respecto del tamaño de los equipos de salud, se pudo apreciar que el aporte del Programa Remediar también iba disminuyendo a medida que aumentaba la cantidad de personas que allí se desempeñaban, pasando del 68% en el grupo de equipos de salud más reducidos al 54% en promedio en el grupo de los CAPS con equipos más grandes.

Por otro lado, la provisión derivada de Programas provinciales y municipales no se vio incidida significativamente por la variable de cantidad de consultas, ya que presentaron valores similares (alrededor del 30%) en todos los segmentos sin mostrar una tendencia clara, debido quizás a la escasa cantidad de casos.

## PESO DE LA PROVISIÓN DEL PROGRAMA REMEDIAR SEGÚN VOLUMEN DE CONSULTAS DEL CAPS



Conociendo la existencia de diversas fuentes por las que los CAPS recibían medicamentos se indagó respecto de si entre las mismas existía una suerte de complementariedad o bien una superposición. Al respecto, 9 de cada 10 directores consultados indicó que las fuentes de medicamentos que reciben en sus respectivos CAPS se complementan. Este resultado fue similar independientemente de la cantidad de consultas realizadas por el efector y de la cantidad de miembros del equipo de salud.

## 2. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA REMEDIAR

A los fines del presente estudio resultó de suma importancia conocer la evaluación que los directores de CAPS realizaban del Programa Remediar. Con una estrategia similar a la utilizada para dar cuenta del incremento de la capacidad resolutive en general, se indagó acerca de la percepción de los directores sobre la mejora en la capacidad resolutive de los CAPS a partir de la implementación del Programa Remediar. Para ello se les solicitó que contestaran utilizando una escala de 10 puntos siendo 1 que la capacidad resolutive a partir de la implementación del programa “no se incrementó nada” y 10 “se incremento sustancialmente”.

A partir de la escala anteriormente descrita, en promedio, los directores evalúan este aporte con un puntaje cercano a los 8 puntos (7,8). Cabe destacar que esta alta contribución al incremento de la capacidad resolutive de los CAPS percibida tras la implementación del Programa Remediar es independiente del tamaño de los CAPS analizados.

Luego, con el objeto de establecer en qué dimensiones se había identificado el incremento de la capacidad resolutive de los CAPS, los directores fueron indagados respecto de si a partir del Programa Remediar aumentó, se mantuvo igual o se redujo: “la cantidad de horas médico”, “los miembros del equipo de salud”, “el horario de atención”, “la cantidad de consultas programadas” y/o “la cantidad de consultas por demanda espontánea”.

En la mayoría de los casos se observó una coincidencia respecto de la opinión acerca del incremento de las consultas a partir de la implementación del Programa Remediar: 7 de cada 10 directores relevados opinaron que tanto las consultas por demanda espontánea como las programadas aumentaron a partir de la implementación del Programa. Específicamente el 75% mencionó que aumentaron las originadas por demanda espontánea y un 68% las programadas.

Asimismo, el 48% de los directores refirieron haber observado un incremento en la cantidad de miembros del equipo de salud, un 46% en la cantidad de horas médico y en menor medida, en los horarios de atención con un 33%.

Debe señalarse que fueron bajos los porcentajes de los casos en que los directores afirmaron que a partir de la implementación del Programa se redujeron la cantidad de miembros en el equipo de salud (7%), la cantidad de horas médico (4%), las consultas por demanda espontánea (3%), las consultas programadas (4%) y los horarios de atención (1%).

Pudo observarse que los grupos establecidos según las variables de estratificación consideradas (cantidad de consultas y cantidad de miembros de equipo de salud) no presentaron grandes diferencias con relación a las estimaciones totales.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD, VARIEDAD Y CANTIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Puestos a evaluar la calidad, la variedad y la cantidad de los medicamentos recibidos por parte del Programa Remediar, los directores de los CAPS manifestaron una clara evaluación positiva.

### Calidad de los medicamentos:

En cuanto a la calidad de los medicamentos, el 62% de los casos indicó que siempre confía en la calidad de los medicamentos; sumado al 30% que lo hace casi siempre, resulta que en el 92% de casos se verificó un alto nivel de confianza respecto de la calidad de los medicamentos provee Remediar. Estos elevados niveles de evaluación de la calidad de los medicamentos se verificaron para todos los tamaños de CAPS definidos en base a las dos variables de estratificación consideradas. Por lo tanto, debe destacarse que 9 de cada 10 directores confían en la calidad de los medicamentos. Cabe resaltar que estos altos niveles de confianza en los medicamentos que distribuye el Programa se relevaron también entre los consultantes quienes, tal como se refiriera en el Capítulo II, mencionaron que confían siempre o casi siempre en un 82%.

### Variedad de los medicamentos:

Respecto a la variedad de los medicamentos, se indagó en qué medida los directores consideraron que los medicamentos se adecúan a las demandas de salud de los consultantes. Si se suma el 9% que manifestó que “siempre” se adecúan, con el 56% que considera que la composición de los botiquines resulta adecuada “casi siempre”, resulta que en el 66% de los casos se observó una correcta adecuación a las demandas de salud de la población. Es decir, que aproximadamente 7 de cada 10 directores evalúan positivamente la variedad de los medicamentos del Programa Remediar. La adecuación fue apreciada mayormente en el grupo de CAPS con equipos de salud de menor tamaño (hasta 16 miembros, 71%); coincidentemente, considerando la estratificación en base a la cantidad de consultas, los mayores niveles de incidencia de esta respuesta (alrededor del 75%) se verificaron en los segmentos medios de cantidad de consultas (menos de 400 consultas y entre 400 y 700).

### Cantidad de los medicamentos:

Finalmente, consultados acerca de la cantidad de medicamentos que provee el Programa, los directores entrevistados estimaron que, por lo general, las cantidades provistas resultaron suficientes (alcanzando el 43% entre “siempre” y “casi siempre”) mostrando también una consideración positiva. Sin embargo, la cantidad de los medicamentos es la característica menos apreciada de las tres evaluadas en tanto se observa un número importante de directores que declaró que las cantidades provistas resultan suficientes sólo “a veces” (30%). Luego, si se analiza la información según el tamaño de los equipos, entre los CAPS con equipos de salud de tamaño medio (entre 17 a 25 personas) los que consideraron las cantidades provistas como suficientes presentaron valores mayores al promedio, ascendiendo entre ellos al 51%.



A modo de síntesis, pudo apreciarse que existe una evaluación general positiva respecto de la provisión de medicamentos realizada por el Programa Remediar entre los directores de los CAPS relevados. Según los resultados analizados se observó que la percepción de los aportes efectivos del Programa en el incremento de la capacidad resolutive de los CAPS está vinculada principalmente al incremento en la cantidad de consultas, tanto programadas como espontáneas. Adicionalmente, al ser evaluadas la calidad, la adecuación y la cantidad de los medicamentos provistos, las respuestas revelaron una evaluación general positiva de esta prestación, destacándose el reconocimiento respecto de la calidad de los medicamentos.



CONCLUSIONES

A modo de consideraciones finales incluimos una recapitulación de los principales resultados del estudio:

- De los consultantes a CAPS, el 72 % fueron mujeres y el 28 % varones. Asimismo el 14% del total fueron menores de 6 años. Esta composición según sexo y edad, da cuenta de las directrices, acciones y estrategias que desde la cartera sanitaria de nuestro país se promueven en pos del cuidado de la salud materno infantil.

- 7 de cada 10 consultantes que asistió a un CAPS posee cobertura pública exclusiva. Este porcentaje fue mayor que el porcentaje relevado entre el total de personas que residen en las áreas de referencia de los CAPS.

- En promedio, los consultantes residen a 12 cuadras del CAPS y, el 62% afirmó haber esperado menos de 30 minutos para ser atendido.

- Los principales motivos de consulta por los cuales los consultantes asistieron al CAPS refirieron a motivos de control y tratamiento, que representaron el 56%. El 31% refirió haberse acercado al CAPS por motivos de “cierta urgencia”. Las consultas para “control general, sin estar enfermo” se incrementaron especialmente entre los menores de 5 años y los mayores de 65 años.

- Del total de consultantes relevados, el 45% refirió que en la consulta de referencia le recetaron algún o algunos medicamentos. De ellos, casi 9 de cada 10 afirmó haberlo recibido en el CAPS de manera gratuita. Remediar dio cobertura al 85% de esas provisiones gratuitas.

- El Programa Remediar posee un importante impacto redistributivo. En este sentido, al analizar la distribución de los hogares que recibieron una prescripción medicamentosa en la consulta de referencia (33% de los hogares relevados) según decil de ingresos descontando el costo promedio del medicamento que fue cubierto por el Remediar, se comprobó que un 6% de los hogares relevados experimentó un desplazamiento a deciles de menores ingresos.

- A partir de la caracterización del total de la población que reside en las áreas programáticas de los CAPS, se observó que ésta resulta ser una población más joven comparada con el parámetro poblacional según datos del Censo 2010.

- De ellos, 6 de cada 10 afirmó utilizar a los Centros de Atención Primaria para realizar las consultas médicas. Un 19% sostuvo utilizar el hospital público y un 13% clínica o consultorios privados.

- En relación a los perfiles ocupacionales de los directores de los Centros de Atención Primaria de la Salud relevados, 7 de cada 10 fueron médicos. Un 65% corresponde a médicos con especialidades básicas del PNA y el 6% a médicos con otras especialidades. Un 35% de los directores relevados declaró que se desempeña en el mismo CAPS hace más de 10 años. Luego, casi 6 de cada 10 directores de CAPS trabajan en algún otro establecimiento de salud.

- Del total de miembros de los equipos de salud analizados un 72% son mujeres, y el promedio de edad total es de 43 años. Respecto a sus perfiles, se observó que el 28% son médicos con especialidades básicas del PNA, un 21% son profesionales de la salud no médicos y un 19% profesionales o auxiliares de enfermería. En menor medida, también integraban los equipos de salud el personal administrativo (11%), agentes sanitarios (9%) y, otras ocupaciones (9%).

- Respecto al Programa Remediar, los directores afirmaron que los medicamentos provistos por el Programa Remediar significan el 63% de los medicamentos que reciben para dar respuesta a los problemas de salud de la población. 7 de cada 10 directores relevados opinaron que tanto las consultas por demanda espontánea como las programadas aumentaron a partir de la implementación del Programa.







REMEDIAR+REDES - Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio, N° 1925 piso 8 -(C1073ABA)  
Buenos Aires - República Argentina  
0- 800-666-3300 - [www.remediar.gob.ar](http://www.remediar.gob.ar)

Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC - AR 1903

