

¿Misión imposible? Trabajo Social y (corto)circuitos de acceso a medicación

Por Marina Balloni, Nicole Carda, Carla Delosanto, Camila Giménez, Micaela Magnoli, Yanice Moreno Milicich y Carolina María Volpi

Marina Balloni. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Nicole Carda. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Carla Delosanto. Licenciada en Trabajo Social. Residencia completa en Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Actualmente Trabajadora Social del Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Camila Giménez. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Micaela Magnoli. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Yanice Moreno Milicich. Licenciada en Trabajo Social. Jefa de Residentes de Trabajo Social en Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Carolina María Volpi. Licenciada en Trabajo Social, Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Docente de Planificación Social en la carrera de Trabajo Social UBA.

Introducción

El presente trabajo es parte de una producción realizada en el marco de la residencia de Trabajo Social en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires. El producto es fruto de reflexiones, indagaciones e intercambios con colegas y trabajadores del equipo de salud de nuestro Hospital, de otros sectores y también de otras jurisdicciones, frente a la sensación de una demanda creciente en el acceso a medicamentos por parte de la población y a los obstáculos que les usuaries encuentran.

Entendemos que esta sensación de aumento en las consultas puede relacionarse con diversas cuestiones. Por un lado, la reapertura de la atención de la salud de la población en los nosocomios más allá del COVID-19. También creemos que la profundización de la crisis socioeconómica hace que personas que antes accedían a medicación por otras vías y que tal vez lo resolvían a través del mercado o sus obras sociales, hoy requieran que el Estado las provea y garantice sus derechos. Ninguna de estas cuestiones es ajena a lo complejo de los mecanismos de acceso a algo que en definitiva entendemos como un derecho colectivo de la población.

Con la prescripción de un medicamento comienza el dificultoso camino de acceso al mismo, no sólo para las personas con cobertura pública exclusiva sino también para les afiliades a coberturas como Incluir Salud, PAMI, obras sociales y prepagas. Comienza el camino del rechazo: un camino en búsqueda de negativas, de organismos estatales que dirán que no; y allí, les Trabajadores Sociales, acompañando el derrotero.

Considerando el alcance de este trabajo, nos centramos en los circuitos de medicación destinados a usuaries que se atienden en el hospital de forma ambulatoria, es decir, aquellas personas que acompañamos en sus procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) en consultorios externos y que no se encuentran cursando una internación¹.

A partir de un análisis cualitativo y consideraciones teórico-metodológicas sobre observables de trayectorias de intervención, buscamos reflexionar, orientar y dotar de sentido, desde lo local y participativo, a nuestros procesos de trabajo como Trabajadoras Sociales en el subsector público de salud. Se trata entonces de una aproximación crítica a los procesos de acceso y accesibilidad a medicaciones y su atravesamiento en los PSEAC de la población.

A nivel metodológico, entendiendo que se trata de fenómenos multicausales y multidimensionales, recurrimos a diversas estrategias: una extensa investigación bibliográfica, lecturas de protocolos y manuales, recuperación de los registros de nuestra práctica cotidiana, llamados y entrevistas a diferentes actores pertinentes en los procesos de acceso a medicación.

Con respecto a la estructura del trabajo, en primer lugar realizamos una caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero (en adelante CMIFF), para poder adentrarnos en las complejidades de los diferentes actores que lo componen. Luego, posicionándonos desde una perspectiva de derechos, damos cuenta de los crecientes procesos de burocratización en el acceso a medicamentos y la necesidad –cada vez mayor– de judicialización de los PSEAC. Por último, reflexionamos acerca del lugar del Trabajo Social en los procesos de acceso a medicamentos, las preguntas que habitamos al hacerlo y los posicionamientos éticos-políticos detrás de esto.

Esperamos que este trabajo, además de haber potenciado nuestra experiencia de formación y reflexión, sea una posibilidad de diálogo para pensar y construir abordajes que superen la fragmentación y las posibilidades de respuesta individual ante una cuestión que entendemos como colectiva.

Neoliberalismo en Salud: el Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero

En un contexto de profundización de estrategias neoliberales y de priorización de capitales financieros, el ámbito de la salud no logra escapar de esos condicionantes. La mercantilización de la salud deriva en la complejización de los circuitos de acceso a la atención de la misma. Es así como el mercado se presenta como la última instancia para resolver de manera individual las dificultades en el acceso, logrando así la exclusión de gran parte de la población a determinados servicios y recursos.

Es en el marco de estos procesos globales y sus interpretaciones nacionales y locales que se encuadra la propuesta de la Cobertura Universal de Salud (CUS) desde la Organización Mundial de la Salud (OMS). A simple vista, la CUS

pareciera referirse a una ampliación de derechos cuando en realidad se trata de una identificación y nominalización de los usuaries de los sistemas de salud para, en función de su caracterización, poder definir paquetes restringidos de atención (González y Nin, 2018). Sumado a esto, una mirada centrada en el individuo y en la atención de su salud biomédica desplaza las ideas de salud pública y colectiva, a la vez que obstaculiza el reclamo al Estado

¹ Esto se debe a que las personas que se encuentran cursando una internación no deben realizar trámites específicos dado que tienen la medicación garantizada dentro del hospital hasta el momento de la externación.

por la garantía amplia del derecho a la salud, como la vivienda, el empleo, la educación, la asistencia social, etc. (Cherry y Volpi, inédito).

Se trata de propuestas que

tienen un acento en la concepción biomédica de la salud y en la necesidad de fundamentar en la racionalidad la definición de problemas y políticas públicas como instancias basadas en evidencia, invisibilizando así el carácter inherentemente político de la gestión pública y la visión del mundo que acompaña cualquier diseño de Estado (Ibídem).

La creciente complejización de los circuitos de acceso a medicación se da en el marco de estos movimientos, imbricados en procesos mucho más amplios que poco tienen que ver con la garantía del derecho universal a la salud.

Tomando los aportes realizados por Angriman et al. (2019), definimos al Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero como el campo en el que se ponen en juego los intereses, diversos y yuxtapuestos de estos componentes: la salud como derecho, la industria privada, el mercado, los avances científicos y el capital financiero bajo una perspectiva biomédica.

A modo de ejemplo, siguiendo la investigación publicada por el Observatorio de Medicamentos y Salud Pública² en 2019 (Angriman et al., 2019), desde la década de 1990 y a nivel mundial, vivenciamos un proceso de expansión y concentración del mercado farmacéutico. Bajo un falso discurso de mejoramiento de la salud, las empresas del sector monopolizan el mercado con el único fin de aumentar su rentabilidad. Incluso el mismo estudio denuncia que, si bien se habla de los fuertes aumentos en la inversión en Investigación y Desarrollo dentro del CMIFF –que podría indicar la intención de las grandes farmacéuticas de priorizar la investigación para el desarrollo de nuevos medicamentos–, “en realidad el nivel de los gastos en I+D³ es sobreestimado en todos los estados financieros de las propias corporaciones de laboratorios: se evalúa que más de la mitad de este gasto proviene de gastos de administración y marketing” (Angriman et al., 2019: 19).

Es así que a pesar de las crisis económicas globales, las tasas de ganancia de la industria farmacéutica no sólo se sostienen si no que se incrementan. Esto se debe, por un lado, a las agresivas políticas de marketing de la industria (campañas de comunicación, publicidad y de marketing directo) y, por otro lado, a la reducción de fuentes de trabajo, la concentración económica del sector y la mercantilización del acceso a los medicamentos.

Dentro del CMIFF intervienen múltiples actores que participan en la cadena de producción y venta de medicamentos. Entre los principales, según Bisang, Luzuriaga y San Martín (2017), en nuestro país se destacan el Estado (dentro de éste la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica -ANMAT-), las farmacias, los seguros de salud y uno de los sectores que más peso tiene en esta área: los laboratorios. Estos últimos utilizan lo que González Pardo y Pérez Álvarez (2007) definen como “marketing farmacéutico”, que son las técnicas utilizadas para comercializar, satisfacer y estimular la demanda, desarrollándose incluso “a costa de convertir a potenciales clientes en pacientes. Puede, igualmente, llegar a promover, si no inventar, enfermedades a partir de problemas normales” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 40).

2 Producido por el Instituto de Estudios en Políticas de Salud (IEPS-AAPM) y el Grupo de Trabajo de Salud Internacional de CLACSO.

3 Investigación y Desarrollo.

Su objetivo principal, entonces, es dar forma a las opiniones, tanto del público como de los proveedores de salud, construyendo la necesidad de su consumo para vender más y aumentar sus ganancias. Para ello, los laboratorios utilizan varias estrategias. En primer lugar, de forma directa hacia los usuarios y organizaciones, promoviendo encuentros y charlas de pacientes y/o familiares con determinadas patologías, o incluso financiando indirectamente la creación de fundaciones. En segundo lugar, hacia los médicos, a través de los visitantes médicos y la entrega de muestras gratis de sus productos, pero también con la creación de guías de consenso, que no son más que acuerdos clínicos sobre qué recetar frente a determinados síntomas, patrocinados por los mismos laboratorios que producen los medicamentos. Por último, hacia la comunidad científica en general, creando líderes de opinión, apoyando económicamente a un grupo de profesionales para que utilicen los fármacos producidos por los laboratorios y publiquen estudios o hallazgos en relación a la medicación y patología a tratar, posicionándolos como “expertes” (Faraone et al., 2009).

Al mismo tiempo, nos parece importante conceptualizar al campo como “convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” (Spinelli, 2010: 3). De esta manera, categorizar a la salud como campo invita a tener en cuenta las acciones de los agentes (ya sea individuales y/o colectivos) en el entramado de actores, relaciones y posiciones que ocupan y los intereses particulares que persiguen en las diversas configuraciones (Spinelli, 2010). Dentro de este campo, intereses y capitales se ponen en juego -primordialmente el capital económico, social, cultural y simbólico- tejiendo relaciones de poder atravesadas por los fenómenos de medicalización y medicamentación.

Siguiendo a Faraone et al. (2009), la medicalización hace referencia a un proceso determinado y progresivo “mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc.” (2009: 1). Es decir, la medicalización aborda cuestiones intrínsecas de la vida cotidiana como padecimientos, síndromes o enfermedades. Foucault también define a este fenómeno como “medicalización indefinida”, en la que hay una imposición desde una autoridad profesional que hace mayor hincapié en la enfermedad que en la propia demanda de los individuos. De esta manera, la medicina toma como objeto de intervención ya no sólo a los procesos de enfermedad sino también a la salud en general (Ventrice et al., 2011).

Por otro lado, la medicamentación explica otro fenómeno en el que “la industria farmacéutica tiene un rol prioritario tanto en la construcción de las conocidas estrategias de configuración diagnóstica como en los abordajes terapéuticos, siempre centrado en el consumo de un fármaco” (Faraone et al., 2009: 2). De esta manera se construyen nuevos diagnósticos y nuevas representaciones sobre las formas de padecer que transforman ciertas situaciones o características en trastornos o enfermedades, cuyo tratamiento requeriría la toma de medicación como solución, dejando por fuera aspectos sociales, culturales, ambientales o económicos, entre otros.

En este contexto de medicalización, y por sobre todo de medicamentación, los diferentes campos y actores (médico, industrial, farmacéutico, financiero, estatal, entre otros), disfrazándose de salud, ponen a jugar sus capitales e intereses para imponer sus propias definiciones acerca de qué es una enfermedad, qué no y cómo abordarla.

Acceso a medicación: burocratización y judicialización del derecho a la salud

Entendemos a la salud desde una perspectiva integral, es decir como “una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos... es sobre todo una realidad social compleja, un proceso social y un proceso político” (Tejada de Rivero, 2003: 1). Habiendo marcado este punto de partida, en este apartado nos proponemos realizar un recorrido por el concepto de derecho a la salud, haciendo foco específicamente en el aspecto jurídico y legislativo que lo regula como tal.

El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales que corresponden a la persona humana por su condición de tal y por el solo hecho de serlo, es decir que son aquellos estrictamente relacionados con la dignidad humana, por lo que tanto su reconocimiento como su protección no sólo es responsabilidad de los Estados Nacionales sino también del ámbito internacional, estableciendo entonces a la salud como un derecho colectivo, público y social que incluye la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud (Donato, 2017).

Es importante mencionar que el derecho a la salud, en tanto concepto legislativo, se proclamó por primera vez en el año 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución OMS, 1946: 1). Posteriormente en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se instaló la categoría de salud como un derecho humano.

Como mencionamos anteriormente, son los Estados Nacionales los garantes de la salud de todos sus habitantes, lo que es regulado a través de sus Constituciones y los tratados internacionales. Sin embargo, es sabido que estos instrumentos no son suficientes para garantizar la accesibilidad, en este caso a los medicamentos. Pensar en el acceso a la salud en clave de derechos humanos - fundamentales- nos direcciona a reflexionar acerca de los crecientes procesos de burocratización y judicialización para su acceso.

Entendemos a la burocratización como a aquellos “mecanismos que reglan y norman el acceso a recursos, a través de procesos velados de control social” (Collado, 2019: 111). Coincidimos con la autora en tanto sostenemos que las instituciones (en su totalidad, incluidas las de salud) forman parte de los procesos de burocratización, que a través de una fuerza abstracta y transversal se cristalizan en cada proceso de trabajo mediante saberes y prácticas que provienen de una cultura institucional como medio de organización social del trabajo; “la burocratización funciona como estructura material organizada a través de relaciones jerárquicas, centralizadas y disciplinarias, con niveles y nudos de decisión/ejecución, escalones de delegación y mecanismos de ocultamiento de información” (Collado, 2019: 110). Dicho ocultamiento es definido por Piva (2014) como secretismo, ya que estos procesos funcionan en el mayor de los secretos y opacidades.

Este fenómeno general de la burocratización se encrudece con la propia burocracia existente en el sistema de salud, y a su vez se incrementa con la burocracia establecida en cada institución. Las dinámicas institucionales del subsistema público de salud, a nuestro entender, profundizan aún más los procesos de burocratización.

En este sentido, cada trabajador se ocupa de su tarea, desconociendo cómo continúa luego el proceso y estableciéndose procedimientos estandarizados. Haciendo foco en las situaciones de solicitud de acceso a medicación, esto se traduce en no conocer los instrumentos, completar

planillas y formularios “por las dudas” e incluso no cuestionar cómo continúa el procedimiento para que las personas accedan a la medicación⁴.

Asimismo, por encima del acceso a tratamiento comienzan a imperar otros intereses sectoriales y corporativos de las diferentes disciplinas y poderes (con una fuerte hegemonía médica), como el giro cama y la obstaculización en el acceso a turnos, quedando al margen las propias demandas y necesidades de las personas que concurren al sistema de salud. En consecuencia, la burocratización aparece como un ente ordenador de sus propios intereses. De este modo, el acceso a derechos de la población se traduce en pasos rigurosos a seguir (muchas veces indescifrables), en una especie de rutinización del acceso a la vida, primando el control y no la accesibilidad del recurso, prevaleciendo una racionalización a los fines de la reproducción cotidiana de la vida hospitalaria y sus lógicas preponderantes.

Esta tendencia burocratizante que nos atraviesa en los circuitos de acceso a medicación, específicamente, y en nuestras intervenciones en salud en términos generales, sutil e inconsciente se sostiene mediante dichas relaciones jerárquicas basadas en la autoridad y la fragmentación de las tareas, lo que trae como consecuencia una barrera de accesibilidad a los medicamentos, impactando negativamente en la salud de los pacientes.

Como se ha venido desarrollando, si bien los circuitos de acceso a medicación se encuentran establecidos por las instituciones, se presenta por un lado la dificultad de acceder a esa información en general, pero también, encontrar los caminos para lograrlo en las particularidades de cada situación.

Ahora bien, dilucidados los pasos y habiendo cumplido con los requisitos, ¿qué sucede cuando se agotan todas las vías de acceso o éstas no garantizan que la persona obtenga la medicación? Entonces, la última instancia es la vía judicial a través de un recurso de amparo. Para Bidart Campos (1961), el amparo es “la pretensión formal que se interpone contra el Estado (o cualquier particular) para que por sus órganos jurisdiccionales se depare tutela a una pretensión material mediante vía sumaria y expeditiva” (Bidart Campos, citado en Maraniello, 2011: 2). Básicamente, se trata de una acción judicial para garantizar el ejercicio efectivo de nuestros derechos cuando son violados o sea inminente su violación, por acciones u omisiones del Estado, así como también de particulares.

Pero si consideramos al amparo como un derecho constitucional en sí mismo, presenta entonces una doble característica, siendo: por un lado, un derecho fundamental, pero por otro, una acción al servicio de otros derechos y garantías; la característica esencial entonces es que es un derecho constitucional utilizado para reclamar y defender otros derechos fundamentales, como por ejemplo y en este caso, el acceso a la salud y a la medicación.

Cuando nos referimos al amparo, hablamos entonces de un proceso de judicialización de la salud que consiste en el “pasaje de lo normal a la norma, de pautas consuetudinarias de resolución de conflictos sociales a pautas normativizadas y judiciales” (Nosetto, 2014: 96), y puntualmente hablando en el caso de acceso a medicación, nos referimos a la judicialización de los medicamentos.

4 De hecho, siendo 7 profesionales y habiendo dedicado alrededor de 10 jornadas de trabajo a este proceso de investigación, no logramos dilucidar con claridad y certeza los pasos a seguir para acceder a medicación para la población que concurre al hospital de acuerdo a sus lugares de residencia dentro del AMBA (Area Metropolitana de Buenos Aires) y a sus coberturas de salud.

No hay muchos datos históricos vinculados a la cantidad y resolución de amparos en relación a acceso a medicamentos que se han llevado a cabo en nuestro país. Recién en abril de 2020 (pandemia iniciada) es que el Ministerio de Salud de Nación creó la Dirección de Coberturas de Medicamentos de Alto Precio (DCAP) mediante Decisión Administrativa 457/2020. Desde este organismo se creó el Registro de Amparos de Medicamentos de Alto Precio mediante el cual se lleva el seguimiento de todos los procedimientos judicializados y con su georreferenciación. Los únicos informes que se encuentran disponibles en esta institución corresponden a los 12 meses de 2020 y al primer semestre de 2021, y sólo se tienen en cuenta los expedientes actualmente “activos”, es decir aquellos que han tenido movimientos en los últimos 12 meses.

Si bien estos datos resultan sumamente interesantes, los mismos son parciales, ya que sólo se cuenta con información de un lapso muy breve y de la época en que nos encontrábamos atravesando la pandemia de COVID-19, lo cual deducimos que probablemente haya afectado los resultados. Lo que se puede apreciar en estos informes, entre otras cosas, es que el dictamen conseguido vía judicial para todas las personas que han iniciado un amparo por medicación de alto costo, fue favorable. Ahora bien, esto no se traslada a un acceso inmediato a la misma y mucho menos a la sostenibilidad en el tiempo. Es decir que en el caso de que una persona necesite una medicación de manera crónica, deberá iniciar el proceso de solicitud de medicación desde cero cada vez que necesite renovar su stock, lo que incluye tanto las vías administrativas como los reclamos judiciales. Si bien el amparo garantiza el acceso a la medicación, no garantiza la sostenibilidad de la entrega en tiempo y forma para dar continuidad de tratamiento sin interrupciones en perjuicio de la salud de las personas.

Nos parece interesante destacar que muchos autores sostienen que en caso de enfermedades poco frecuentes, con medicaciones de alto costo, “la industria farmacéutica se interesó por promocionar el acceso a los medicamentos a través de la justicia porque de ese modo podrían lograr la inclusión en los formularios públicos” (Homedes y Ugalde, 2016: 318). Y entonces es cuando se abre una nueva línea de análisis, porque más allá de tener en cuenta la financiación, en términos netamente económicos, se pone incluso en juego la evidencia del éxito (o no) del tratamiento en términos de eficacia para la salud de las personas y su costo-beneficio. Siguiendo a Bianchi (2017):

sólo las evidencias científicas permitirán fundamentar una selección racional y evitar confrontaciones con el sistema judicial y con los pacientes, y habilitarán al Estado o a las aseguradoras no solo a pagar por productos que realmente tengan suficientes efectos terapéuticos positivos, sino además a resguardar a la población de los riesgos asociados con fármacos de reciente aparición. (p. 27).

Por último, los reclamos por acceso individual contienen planteamientos de cuestiones que involucran muchas veces aspectos colectivos, es decir que hay una individualización de una demanda en detrimento de la planificación y gestión de los problemas en salud en su dimensión colectiva.

Intervención profesional del Trabajo Social

Creemos que uno de los aspectos centrales de este trabajo es la reflexión en torno al papel que cumple el Trabajo Social dentro de los circuitos de acceso a medicación de usuaries. Nuestra participación en dinámicas de acceso a recursos de este estilo tiene algo de dilemática. Por un lado, sosteniendo una mirada crítica sobre los procesos de medicalización y medicamentación,

entendemos el potencial bagaje que acarrea cualquier prescripción medicamentosa: los intereses del CMIFF, de los laboratorios, de le profesional médique, la cantidad de “negativas” que la gente obtendrá y en qué condiciones para acceder al recurso, entre tantas otras cosas. Por otro lado, entendemos el acceso a medicamentos como parte del proceso de atención de los PSEAC de la población, y esto a la vez como el cumplimiento de un derecho conquistado, con lo cual lejos estamos de posicionarnos de cualquier manera que pueda ser obstaculizadora del acceso a un recurso.

Sin embargo, más allá de nuestro posicionamiento como pequeño colectivo de Trabajadoras Sociales trabajando en salud, vale aclarar que existen diversas discusiones y debates que se dan al interior del colectivo profesional y con otras disciplinas del ámbito de la salud en lo que respecta a nuestro involucramiento en los circuitos de acceso a medicación. La participación de los Servicios Sociales en los mismos no es homogénea; a su vez, revisando los manuales de procedimientos de acceso a medicación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y sus flujogramas, observamos que los Trabajadores Sociales no participamos en todos ellos, esto es, en todas las diferentes tipificaciones que el GCBA hace de medicación de acuerdo a sus costos, finalidades, etc⁵.

Asimismo, esos manuales de procedimiento no son siempre accesibles en tanto pueden no ser comunicados por vías formales a los Servicios Sociales y además, son realizados sin convocarnos ni incluirnos en el armado de los mismos como profesionales involucrados (a nosotres como Trabajadores Sociales pero tampoco a otros profesionales de la salud involucrados en los flujogramas propuestos). Aquí podemos ver claramente la transformación concreta de los procesos de burocratización en dinámicas institucionales.

Como no podría ser de otra manera, nos surgen preguntas frente a este escenario: cuando se convoca a los Servicios Sociales, ¿desde qué lugar se hace?, ¿el de “acreditación de pobreza” para el acceso a un recurso que debería cubrir el Estado en todas sus jurisdicciones?, ¿qué podemos hacer en este lugar profesional que no sea meramente instrumental?, ¿estamos haciendo de más cuando aparte de completar el informe social necesario explicamos circuitos, intentamos averiguar los lugares adonde tiene que acercarse cada persona, la cantidad de “negativas” que deben coleccionar? Todo esto lo hacemos en medio de una burocracia indescifrable que la vuelve muchas veces infranqueable y que por supuesto angustia, no sólo a les usuaries sino también a nosotras como profesionales y trabajadoras.

A sabiendas de lo siniestro y sinuoso del camino, desde el Trabajo Social intentamos acompañar el viaje, tránsito finalista o un tránsito que parece atacar a la cuestión social sólo en sus refracciones, en sus secuelas aprehendidas como problemáticas, con respuestas estandarizadas que poco hablan del propio acervo profesional (Netto en Sánchez, 2015). La práctica profesional se burocratiza y ya podemos prever el camino según qué tipo de medicación se requiera.

En el proceso de acceso a medicación, cada servicio, cada actor, sabe o supone saber lo que le toca hacer, o hace más o menos lo que mejor le parece. Todo está compartimentado en saberes estancos que terminan siendo una barrera en la accesibilidad al derecho a la salud. Sin considerar la complejidad de lo social, esta fragmentación y compartimentalización nos hace perder de vista la salud en términos de integralidad. Finalmente, es en muchas ocasiones desde Trabajo Social que se intentan sostener perspectivas y abordajes desde la accesibilidad y la integralidad.

⁵ En el marco del GCBA (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) existen protocolos de acceso a medicación oncológica de alto costo, reumatológica y de alto costo (anticuerpos monoclonales) para enfermedad inflamatoria intestinal. Puede que haya más circulando que desconocemos.

En el ámbito de la salud, como dice Merhy (2006), suele suceder que los profesionales nos movemos con maletines, primando el que llevamos con los saberes bien estructurados como la clínica, la oncología, y trabajo social, por nombrar algunos. Estos resultan en una configuración que el autor denomina tecnologías blanda-duras, en perjuicio de la maleta vinculada al espacio relacional que podemos construir entre el equipo de salud y los usuarios –la de las tecnologías blandas–, que refiere a las relaciones que se producen en ese encuentro y que sólo obtienen materialidad en actos en salud.

El acompañamiento en el acceso a la medicación en general comienza de manera mecánica y estandarizada a partir del diagnóstico inicial de la persona. Esto puede llevarnos a priorizar la acción sobre la reflexión. Como si el encuentro fuese con una patología y allí recurriéramos a nuestro maletín más rígido, el de las tecnologías blandas-duras, con sus formularios y negativas.

Entendemos que es necesario sostener y construir actos en salud, incluso en procesos tan instrumentales como el acompañamiento en circuitos de acceso a medicación, sostener la integralidad como trinchera desde la cual abrir la posibilidad y permitirnos la ocasión para repensar el ejercicio profesional.

Reflexiones finales

En este trabajo intentamos problematizar la orientación de las políticas sanitarias de acceso a medicamentos y las funciones que las mismas asignan a la intervención profesional del Trabajo Social. También apuntamos a la necesidad de realizar reflexiones analíticas en los procesos a fin de encontrar direccionalidades posibles y superadoras.

Entendemos que una mirada crítica nos permite establecer mediaciones entre las particularidades de las situaciones que se presentan en nuestro cotidiano profesional y los procesos macro que configuran la sociedad en la que vivimos y el campo de la salud, sobre el cual intervenimos.

A su vez, insistimos sobre la necesidad de construir interrogantes ante lo que no sabemos, lo que nos resulta caótico e infranqueable. En esa misma línea, esta producción es un llamamiento a la pregunta y a la reflexión frente a una parte de nuestro proceso de trabajo en salud que nos contraría.

No intentamos ser concluyentes porque la política de salud y de acceso a medicación es cambiante y la definición de quiénes administran, financian y dispensan también lo son. Sabemos que la dificultad en el acceso es una parte del problema de la atención en salud y que hablar de los procesos de burocratización, medicamentación y medicalización es un recorte necesario a los fines de este trabajo.

Por otra parte, y sin desestimar los avances y el desarrollo de la industria médico-farmacológica, que en muchos casos ha podido dar respuesta a tratamientos efectivos que mejoran la calidad de vida de las personas, es necesario reflexionar sobre sus poderes e intereses. La industria necesita quien la mueva y la haga funcionar. Impera la búsqueda del beneficio proporcionado por el acceso a medicación y la promesa de la cura.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que implican impensados beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que además de consolidarse como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la franca mayoría de las respuestas sanitarias, incluyendo en su lógica a distintas disciplinas venidas de otras tradiciones epistemológicas, que adoptan sus formatos de respuesta frente a la demanda (Cannellotto en Sánchez, 2015).

También los medios de comunicación y la penetración de la industria vestida de obsequios es publicidad directa, es miopía en los ojos: vende salud pero promociona nuevos diagnósticos. Todos llevamos la potencialidad de la etiqueta de riesgo de padecer esta o aquella enfermedad en un futuro más o menos cercano. Y para eso, les médicos nos dicen que hay una medicación. Medicación a la cual debemos acceder, pero ¿quiénes podrán acceder?, ¿y cómo?

Respecto a la judicialización, consideramos que es una vía de acceso a un sistema que debería estar garantizado, a un derecho fundamental que está vulnerado, el derecho universal a la salud. Por ello afirmamos que llegar a esta instancia judicial es una contradicción en sí misma. ¿Cuál es el sentido de negar el acceso a la medicación si luego de un proceso de judicialización el 99% de la población logra acceder a un amparo con sentencia o medida cautelar? Si bien se logra el acceso, dichas medidas tampoco son garantía de un acceso real. En la práctica, aun con patrocinio legal, tanto las obras sociales, prepagas y el Estado Nacional, demoran las entregas, lo cual genera interrupciones en los tratamientos, que terminan siendo perjudiciales para la salud y, en algunos casos, aún más perjudicial que no haberlo iniciado. Es por ello que sostenemos que los circuitos actuales, sea por vía administrativa o judicial, son perjudiciales para la salud y tienen un alto costo.

Estos acontecimientos y posicionamientos se vinculan con las respuestas burocratizadas y fragmentadas de la política pública. Es una dinámica perversa entre el aumento de la demanda, las respuestas burocratizadas y el padecimiento subjetivo de las personas que requieren acceder a medicación y que además solicitan nuestra intervención. Esta situación se nos presenta y nos confronta en el cotidiano con nuestro qué hacer y cómo hacerlo. No vamos a romper las cadenas burocráticas, pero si algo buscamos es que de esta construcción colectiva surja una potencialidad política que pueda transformar el recorrido en el acceso a los derechos de las personas que transitan el hospital.

Aunque el panorama parezca oscuro, la búsqueda bibliográfica, la indagación de actores claves, el proceso de escritura y debate entre nosotres, el intento de producir conocimiento desde el hacer, se configuró como una línea de fuga, un llamamiento a complejizar el universo de los problemas que atendemos y al mismo tiempo particularizar el objetivo de cada intervención. Como enuncia Sanchez (2015) en su tesis, debería trabajarse no por los derechos desde su dimensión genérica, sino para la reivindicación de los derechos de les usuaries cuando éstos afectan su situación de salud.

Dentro del campo de la salud, si bien tenemos capitales desiguales también tenemos agencia y poder de disputar ciertos modos de hacer y construir desde la micropolítica. Si desde el CMIFF no se acompañan esos procesos de salud, sino que se dan al ritmo de los laboratorios y las instituciones encargadas de adquirir medicamentos, creemos que nuestra intervención profesional debe ser la de acompañarlos de modo que respondan más a los deseos y necesidades de les usuaries que a los intereses del CMIFF.

En relación a lo anterior, en cuanto Trabajadoras Sociales y trabajadoras del ámbito público, debemos tener un criterio y posicionamiento profesional más allá de la aplicación y reglamentación de una política social particular. Entendemos que debemos dejarnos interpelar, cuestionando este rol burocrático-administrativo en el que muchas veces somos colocadas (y/o nos colocamos), para dar lugar a abordajes con contenido teórico-político sobre nuestras intervenciones.

Bibliografía consultada

Angriman, Aalejandra; Basile, Gonzalo; Peidro, Ricardo y Rodríguez Cuevas, Eva (2019). Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero en siglo XXI: concentración de mercado, fusiones nacional-multinacional y su impacto en el acceso a medicamentos y en las fuentes de trabajo del Sector. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Buenos Aires, Argentina.

Bianchi, Mariela (2017). Judicialización de la salud en relación a medicamentos de una Obra Social de la provincia de Santa Fe. Tesis maestría en salud pública. Repositorio Hipermedial de la Universidad Nacional de Rosario. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Instituto de la salud Juan Lazarte. Rosario, Argentina.

Bisang, Roberto; Luzuriaga, Juan Pedro y San Martín, Mariano (2017). El Mercado de los Medicamentos en Argentina. Centro de Estudios para el Cambio Estructural. Buenos Aires, Argentina.

Cherry, Daniela y Volpi, Carolina María (Inédito). Atención Primaria de la Salud: movimientos neoliberales y política de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En proceso de publicación, Buenos Aires.

Collado, Irupé (2019). Burocracia y ejercicio profesional en los efectores de salud: un análisis desde la residencia de trabajo social. Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires “Salud Laboral y Condiciones de Trabajo”. Argentina.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). Tratado de Nueva York, EE.UU. Fecha de sanción 22/07/1946. Disponible en: <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constitución%20de%20la%20Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

Decisión administrativa 457/2020. Estructura organizativa. Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sancionada el 04/04/2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227457/20200405>

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Donato, Nora (2017). Derecho a la salud. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>

Faraone, Silvia; Barcala, Alejandra; Bianchi, Eugenia y Torricelli, Flavia (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. Revista Margen, Edición No 54. Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Argentina.

González Pardo, Héctor y Pérez Álvarez, Marino (2007). La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?. Alianza Editorial. Madrid, España.

Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2016). Ensayos clínicos en América Latina: implicancias para la sustentabilidad y seguridad de los mercados farmacéuticos y el bienestar de los sujetos. Salud colectiva, 12(3), pp. 317-345. Argentina.

Informe de Gestión (2020). Dirección de Coberturas de Alto Precio. Dirección Nacional de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias. Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica.

Ministerio de Salud. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/informe-de-gestion-2020-direccion-de-coberturas-de-alto-precio.pdf>

Informe de amparos (2021). Dirección de medicamentos especiales y alto precio. Dirección Nacional de Medicamentos y tecnología sanitarias. Ministerio de Salud. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/informe-amparos-2021.pdf>

Maraniello, Patricio (2011). El amparo en Argentina. Evolución, rasgos y características especiales. Revista del instituto de ciencias jurídicas de puebla, año v, no. 27 enero - junio 2011 , pp. 7-36. México.

Merhy, Emerson (2006). El médico y sus maletines tecnológicos: un ensayo sobre la reestructuración de la producción del cuidado. En E. Merhy, Salud: Cartografía del trabajo vivo. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

Nosetto, Luciano (2014). Reflexiones Teóricas Sobre la Judicialización de la Política Argentina. CONICET, Universidad de Buenos Aires, DAAPGE 23, pp. 93-123. Argentina.

Piva, Adrián (2014). Burocracia y teoría marxista del Estado. Revista Contra Tiempos No 1, pp. 111. Argentina.

Sánchez, Silvina (2015). La práctica del Trabajador Social en Salud: medicalización o reivindicación de derechos: El caso de siete hospitales públicos de la ciudad de La Plata. Tesis de doctorado, Universidad Nacional de La Plata. Argentina. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/48770>

Spinelli, Hugo (2010). Las dimensiones del campo de la salud. Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-293 Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Tejada de Rivero, David (2003). Alma Ata 25 años después. Perspectivas de Salud, OPS, Volumen 8 Número 2. Washington D.C., EEUU.

Ventrice, Evangelina; Sanjurjo, Eugenia; Sánchez, Jonatan y Balza, Sonia (2011). El entramado del mercado de medicamentos y el delito económico organizado. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://cdsa.a-academica.org/000-034/487.pdf>