

Recuperando historia

Reflexiones en torno a prácticas institucionales desde la asistencia en salud Devenir entre dos paradigmas de la política social

María Candelaria Rodríguez*

Fecha de recepción: 5 de julio de 2019
Fecha de aceptación: 3 de noviembre de 2019
Correspondencia a: María Candelaria Rodríguez
Correo electrónico: rodriguezcande2552@gmail.com

*. Lic. En Trabajo Social (UBA). Maestranda en Intervención Social (UBA). Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Resumen:

El presente artículo tiene como propósito mostrar la experiencia de intervención social en la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales, dependiente del Ministerio Desarrollo Social de la Nación, durante el periodo 2012-2017, abarcando su desarrollo a lo largo del último gobierno kirchnerista y sus modificaciones en las prestaciones de salud acontecidas con el arribo del gobierno macrista a fines del 2015.

Este recorrido incluirá una introducción con los alcances de la asistencia en salud que realiza la institución y la sistemática articulación con otras instituciones sanitarias para la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

A partir de la introducción se desarrollan las modificaciones en términos cualitativos y cuantitativos de los subsidios de salud de la Dirección en los dos gobiernos mencionados y su concomitancia con las políticas sociales de asistencia en otras áreas sanitarias y sociales que conforman su red de articulación institucional.

Palabras clave: Asistencia - acceso a la salud - articulación institucional.

Summary

The purpose of the following article is to state the experience of social intervention in the Direction of Direct Assistance for Special Situations, under the Ministry of Social Development of the Nation, during the period of 2012-2017, covering its development throughout the last Kirchner's government and its changes in health benefits that occurred with the arrival of Macri's government at the end of 2015.

This article will include an introduction with the scope of health care carried out by the institution and the systematic articulation with other health institutions to satisfied the needs of the users.

From the beginning it develops the modifications that the two mentioned governments had in qualitative and quantitative terms of the health subsidies of the Direction and their concomitance with the social politics of assistance in other health and social areas that are part of its institutional articulation network.

Key words: Assistance - Access to Health - Institutional articulation.

Introducción

La Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales dependía hasta el año 2017 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, para luego formar parte del Ministerio de Salud de la Nación y por último, dada la pérdida de rango ministerial de éste, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Su objetivo es satisfacer la demanda de medicación de bajo y alto costo, elementos de tecnología biomédica, tratamientos médicos, subsidios económicos de salud, alojamiento y tickets alimentarios para personas que realizan tratamientos médicos en la CABA y habitan en otras provincias.

Las prestaciones sanitarias están destinadas a usuarios sin cobertura de obra social y que no se encuentren comprendidos dentro de otros programas de asistencia sanitaria, sean estos nacionales, provinciales o municipales. De esta forma, la articulación con otros Pro-

gramas de salud o áreas de intervención social es una herramienta primordial en el trabajo cotidiano dentro de la Dirección.

Las situaciones de salud con las que trabaja el área se caracterizan por complementar con programas de asistencia de medicamentos nacionales y provinciales, como el Programa Remediar, la Coordinación de Banco de Drogas Especiales, el Programa de Prevención de Diabetes (PRODIABA) o el Programa de Prevención de la Epilepsia (PROEPI), tanto en la entrega de medicación de bajo costo (establecida en un valor menor al 50% del salario mínimo vital y móvil) o de alto costo para enfermedades oncológicas o para patologías de baja incidencia.

Los ministerios de Salud provinciales y sus regiones sanitarias formaban parte de la red institucional para abordar la entrega de medicación, de elementos de tecnología biomédica, de alojamiento y subsidios per-

sonales. La sinergia institucional se presenta como un eslabón primario para poder resolver eficientemente las prestaciones de la DADSE, en los tiempos requeridos por los pacientes y sin exponer a éstos a trámites burocráticos que potencien su vulnerabilidad sociosanitaria.

En sintonía con estos propósitos, también se articula con distintas áreas sociales de los tres niveles estatales, desde donde se derivaban situaciones de alta vulnerabilidad social con escasa accesibilidad a continuar sus tratamientos médicos, siendo la intervención interinstitucional un generador de respuesta integral a problemáticas multicausales.

La evaluación y aprobación de los subsidios se realiza mediante la intervención de trabajadoras sociales en entrevistas en sede o por evaluación del Informe Social de derivación. Esta intervención permite eximir de algunos requisitos formales, tanto por el desabastecimiento de distintos programas como por la evaluación de la situación social de los usuarios.

El quehacer institucional en épocas de inclusión social

Durante los años 2012-2015 la dirección incrementa la cantidad de sus prestaciones, así como reduce los tiempos de otorgamiento de las mismas. En los cuatro años del periodo mencionado, los expedientes aprobados para la entrega de medicación de alto costo y elementos de tecnología biomédica crece un 25%, los subsidios económicos por situaciones de salud un 80%, la entrega de medicación de bajo costo crece un 25% y los subsidios de alojamiento un 40%. Para fines del año 2015, en atención al público en la sede de la calle Rivadavia, se entrevistaban un promedio de 450 personas por día, a las que se sumaban las solicitudes derivadas por ministerios provinciales y otras áreas intra e interministeriales.

En cuanto al tiempo de tramitación de las prestaciones se promediaba de 15 a 30 días para el pago de subsidios económicos y para la entrega de prestaciones por expedientes de alto costo, dependiendo de la urgencia de la solicitud médica ingresada y la disponibilidad hospitalaria para las situaciones que requerían intervención quirúrgica. La entrega de medicación de bajo costo y el ingreso en los hoteles licitados era inmediata, al igual que la emisión de los tickets alimentarios para quienes allí se hospedaban.

El constante crecimiento en las prestaciones tenía su correlato en los trabajadores del área. En consonancia con el aumento de las prestaciones el personal de la dirección se incrementó un 30% entre administrativos, trabajadoras sociales y médicos.

El crecimiento de la demanda fue consecuencia de las políticas sociales de inclusión, federalización y territorialización direccionadas por el Ministerio y por el Poder Ejecutivo Nacional. Desde distintas áreas como los Centros de Referencia, los Centro Integradores Comunitarios, la Dirección Nacional de Asistencia Crítica, el Tren Social y Sanitario y el Plan Ahí, se derivaban situaciones de demanda urgente que no habían podido resolverse localmente.

En estas situaciones, la Dirección brindaba herramientas de asistencia a los trabajadores que estaban en territorio e intervenían en situaciones de complejidad extrema, colaborando en la satisfacción de las necesidades de los usuarios de manera integral. En muchos pueblos, parajes y barrios de difícil accesibilidad, la política territorial del ministerio era una puerta de ingreso para la materialización de los derechos.

Si bien la Dirección fue creada con anterioridad al año 2003, su creciente injerencia en la satisfacción de demandas de salud es concomitante con el lineamiento de inclusión desde la asistencia y la promoción en el diseño de políticas sociales del gobierno kirchnerista.

Las políticas sociales rompen con los criterios de focalización, comienzan a expandirse por el territorio nacional y en un espiral virtuoso de demandas frente a la respuesta de los organismos estatales, éstos responden ampliando su planta de trabajadores, creando nuevas representaciones territoriales y desarrollando planes de acción conjunta interministeriales, como el Plan Ahí, que llega a contar con más de nueve ministerios trabajando en conjunto en localidades de todo el país.

Las situaciones especiales se evaluaban integralmente, contemplándose la situación sanitaria, social, económica y de accesibilidad. Especialmente las trabajadoras sociales en los territorios encontraban herramientas de intervención eficaces, acorde a la problemática sobre la que abordaban territorialmente.

Las situaciones de vulnerabilidad social multicausales se trabajaban institucionalmente en forma complementaria.

taria y subsidiaria. Para una misma situación de salud intervenían distintos agentes del Estado para dar una respuesta a la demanda urgente y a mediano plazo.

La articulación y resolución de las problemáticas se trabajaba también con Programas como Incluir Salud (ex Profe), PAMI, Obras Sociales, Defensoría del Pueblo, movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil, en comunicación y evaluación conjunta de acuerdo a la posibilidad institucional de poder suplir deficiencias transitorias en otras áreas de asistencia.

Del mismo modo que la dirección recibía derivaciones, las emitía hacia otros organismos, no solo de Salud sino de Desarrollo Social. A partir de las entrevistas en sede surgían otras problemáticas sociales que ameritaban la intervención de otras áreas como Pensiones Asistenciales, el equipo de abordaje territorial, la ANSES, Emprendimientos Productivos, el Programa Argentina Trabaja y Ellas Hacen, entre otros.

El abordaje integral estaba sustentado en las respuestas que brindaban los programas a las demandas de los usuarios.

La contracción de las políticas sociales

El comienzo del actual gobierno suscitó dudas acerca del rumbo que tomarían las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular. Desde la dirección estas dudas fueron despejadas prematuramente. La nueva gestión comenzó con una evaluación exhaustiva de las líneas de subsidios del área con el supuesto objetivo de mejorar su funcionamiento administrativo y financiero. El resultado fue la paulatina ralentización de los otorgamientos de medicamentos e insumos, incorporando tiempos de resolución de los expedientes cada vez más escindidos de los tiempos clínicos de los usuarios.

A la demora en las evaluaciones de los expedientes se adicionaron nuevas normativas internas que mermaban la autonomía de decisión de los profesionales para la aprobación de subsidios atendiendo a la situación social de los usuarios y a la disposición de materiales de otras instituciones o programas.

Si la Dirección había basado su capacidad de mejorar la salud y el bienestar de las personas en la posibilidad de dar respuestas ante la derivación de otras instituciones de salud y de asistencia social, la nueva normativa

imponía restricciones al ingreso de trámites, volviendo los usuarios a las áreas donde se había originado la derivación.

En pocos meses la nueva conducción ministerial liderada por Carolina Stanley, a partir de la evaluación de las prestaciones de la DADSE, decidió dejar sin efecto el otorgamiento de los subsidios económicos por salud que eran una herramienta complementaria para los tratamientos médicos, tanto para traslados, compra de insumos asociados a las situaciones de salud y gastos eventuales que se relacionan directamente con los casos transitorios de enfermedad.

En paralelo, los subsidios de salud de alto costo seguían complejizando sus trabas burocráticas hasta demorar más de seis meses la entrega de medicación oncológica o de elementos de tecnología biomédica.

Uno de los factores lógicos asociados a la demora administrativo de los expedientes fue el desfase en la cadena de pagos a proveedores, que por esta causa comenzaron a dilatar la entrega de la medicación e insumos médicos, incrementando nuevamente los tiempos de otorgamiento y generando cancelaciones de tratamientos e intervenciones quirúrgicas de alto compromiso para la salud de los usuarios.

La medicación e insumos de bajo costo también sufrieron la falta de entrega de los proveedores y el recorte progresivos de los elementos otorgados. La misma reducción sufrió el área de Alojamiento, que paulatinamente mermó su capacidad de hospedaje hasta quedar sin ningún hotel que recibiera a los usuarios.

Ahora era la DADSE quien derivaba más situaciones de las que resolvía, pero el resto de los programas padecía las mismas políticas de ajuste. El plan Remediar redujo significativamente su vademécum, el Banco Nacional de Drogas Oncológicas sufrió constantes desabastecimientos, las farmacias de los hospitales no contaban con medicación continua y el Programa Incluir Salud enfrentaba las mismas dificultades que nuestra área.

En este escenario, la articulación con otras instituciones en pos de asegurar el acceso a los tratamientos médicos se convirtió en un derrotero con demoras que significaban riesgo de vida para las personas, sometiendo a los pacientes a innumerables trámites burocráticos y recorridos por las instituciones de salud que muchas veces quedaban sin resolución.

En términos cuantitativos, para fines del año 2017, el volumen de las prestaciones anuales para subsidios de alto y bajo costo se redujo en un 50% con respecto al año 2015, lo que tuvo como consecuencia que la atención al público y la derivación de expedientes por parte de otras áreas gubernamentales se achicaran en los mismos porcentajes.

Reflexiones finales

El Sistema Público Nacional de Salud en Argentina ha sido víctima de políticas neoliberales desde los últimos 25 años del siglo pasado. La descentralización de su estructura hacia las provincias ha sido para muchas regiones del país una carga que no han podido solventar financieramente. Este proceso trajo aparejado la fragmentación del sistema, la deficiente infraestructura hospitalaria, la falta de cobertura de medicamentos e insumos y el arancelamiento de algunos servicios y prácticas, favoreciendo el proceso de mercantilización de la salud.

Frente a este escenario, los gobiernos kirchneristas implementaron una serie de políticas sociales y sanitarias tendientes a disminuir algunos de los déficits antes mencionados. La construcción de hospitales, la inversión en infraestructura, los programas de prevención, materno infantiles y de entrega de medicamentos son algunos ejemplos de estas políticas.

En este marco, la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales incrementa sus subsidios de salud para acompañar la ampliación de la cobertura sanitaria, a través de estrategias tendientes a complementar el accionar de áreas de salud de los tres niveles estatales. La práctica profesional dentro de la Dirección se entramaba en una red de instituciones que forman parte del sistema, las políticas sociales funcionaban como garantías de los derechos de las personas y se obtenía satisfacción por el cumplimiento de la tarea.

El resurgir de las políticas neoliberales a partir de fines del 2015 nos devuelve a un Estado desmantelado que abandona el rol de cuidado de la salud de la población, favoreciendo el proceso de su mercantilización e incrementando las desigualdades sociales.

La omisión de respuesta por parte de las políticas sociales en la satisfacción de las necesidades de la población, la merma en la garantía de los derechos y la estricta normativa para poder solventar esta práctica, se transforman en la cotidianeidad institucional en una experiencia de desprofesionalización y frustración para el trabajo social.

El desafío, frente a un nuevo tiempo político, es formar parte de políticas sociales tendientes a recuperar los derechos fácticamente perdidos, recomponer un nivel mínimo de calidad de vida de la población y, de esta forma, mermar las desigualdades sociales.

Bibliografía

- Carballeda, A.J.M. (2013), *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Heinze, S. (2007), *Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo. Conjeturas sobre lo posible*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Kaes, R. (2004), Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos. En: *Revista Psicoanálisis APDeBA*, Vol. XXVI, N°3.
- Lewkowicz, I. (2004), *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós (Espacios del Saber), Buenos Aires.
- Murillo, S. (2000), Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina. 1871/1913. En: Domínguez Mon, A (Comp). *La salud en Crisis*. Dunken, Buenos Aires.
- Onocko Campos, R. (2004), Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Spinelli (Comp) *Salud Colectiva. Culturas, instituciones y subjetividad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Tobar, F. (2012), Breve historia del sistema argentino de salud. En: Garay, O (Coordinador) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. La Editorial La Ley, Buenos Aires.

