

Vejez, desigualdades sociales y acceso a medicamentos en contexto de crisis socioeconómica.

Eduardo Rafael Bacca Contreras y Lupe Marin.

Cita:

Eduardo Rafael Bacca Contreras y Lupe Marin (2019). *Vejez, desigualdades sociales y acceso a medicamentos en contexto de crisis socioeconómica. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/519>

Vejez, desigualdades sociales y acceso a medicamentos en contexto de crisis socioeconómica.

Marín, Lupe.
Doctoranda en Ciencias
sociales. Becaria Doctoral CIC
(UNLP)

Bacca Contreras, Eduardo
Rafael. Maestrando en ciencias
sociales (UNLP)

Eje 5: Estado y políticas públicas. Mesa 88 | Políticas, proyectos y acciones en salud.

Contacto: Lupemmarin@gmail.com

Resumen:

Las desigualdades sociales, que inciden en el desenvolvimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención, repercuten en forma particular en la vejez como periodo de la vida donde las funciones biológicas tienden a deteriorarse. La crisis socioeconómica que afecta a Argentina impacta sobre dicho segmento de modos específicos.

Desde nuestra propuesta con una perspectiva de clases sociales, comprendemos que las desigualdades sociales en salud no sólo se reproducen, sino que se incrementan con la vejez. En donde procesos de desmercantilización, familiarización y comunitarización intervienen de formas específicas en el ejercicio de derechos sanitarios. En una coyuntura en que se profundiza la discontinuidad o suspensión de tratamientos farmacológicos, problematizamos particularmente el acceso a medicamentos de estos grupos sociales atravesados por la desigualdad en contextos de deterioro generalizado de la calidad de vida en años recientes.

La propuesta metodológica recupera para el análisis datos estadísticos para el periodo 2015-2019 y relatos de adultos mayores y farmacéutica/os de la Provincia y ciudad de Buenos Aires. Estos relatos provienen tanto de entrevistas en medios televisivos y prensa escrita. Reconociendo que estos se presentan como una denuncia de carácter público, poniéndose en juego enunciados de principios de biolegitimidad y justicia sanitaria.

Palabras clave: Adultos mayores. Desmercantilización. Medicamentos. Salud.

A modo de introducción: de la ética y el papel del medicamento. Entre el Estado y el mercado.

El reconocimiento estatal del derecho a la salud como parte del sistema de necesidades sociales supone la desmercantilización de ciertos umbrales de bienes y servicios, que implican el despliegue de acciones estatales para garantizarlos. Dicho proceso supone la identificación de una necesidad cuya satisfacción es llevada al lugar de derecho social, atribuyéndose responsabilidades para garantizarlas, que acarrear prácticas concretas.

Ahora bien, cuando el Estado no interviene la relación entre la persona y satisfactores desde un rol desmercantilizador, afloran desigualdades propias de las sociedades de mercado vinculadas al arraigo de posiciones, posibilidades y estrategias para su provisión, y cuyo alcance presenta una potencia moral particular.

Para el caso de los reconocimientos estatales y extra-estatales del acceso a la salud, se evidencia en forma concreta un arraigo profundo anclado en la biolegitimidad. De acuerdo con Fassin, el pensamiento mismo de los derechos humanos se fundamenta en el derecho a la vida humana, que se ha posicionado progresivamente como bien supremo -desplazando a segundo plano los derechos económicos y sociales-. Aunque a lo largo de los últimos años su invocación se ha visto reducida a una mera reivindicación del acceso a los tratamientos, y más particularmente a los medicamentos, que se erigen como el principal ámbito de aplicación de este derecho a la vida (2010).

Desde el plano de la cotidianidad de los actores, el desarrollo mismo de sus prácticas de autoatención, como modo de hacer frente a los padecimientos en el marco de las relaciones salud-enfermedad, supone acciones orientadas al acceso y usos de bienes y servicios determinados. Este se desarrolla en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina, que sitúa el uso de medicamentos en un papel central, legitimado desde el modelo médico hegemónico (Menendez, 1992) en su orientación a la cura o gestión de padecimientos.

El segmento etario de adultos mayores, presenta la particularidad de situarse como el de mayor uso de medicamentos para sus tratamientos médicos, en el marco de sus prácticas de autoatención en un momento de vida singular marcado por la vejez, periodo de la vida donde las funciones biológicas tienden a deteriorarse, y suelen acrecentarse vulnerabilidades de dichas funciones.

En esta línea, el medicamento no se reduce a una mercancía como cualquier otra, sino que, por su anclaje en una comunidad ética, atada a su función en la íntima relación de bienestar, malestar, vida y muerte de las personas, es decir, por su decisivo valor de uso, es considerado

un bien social (Vernengo, 1996). Y donde la dificultad en el acceso a este recurso posee repercusiones directas en la calidad de vida de la población (Spinelli, 2015), movilizándolo sentidos que lo vinculan con experiencias de in-dignidad, in-justicias para el desarrollo, desde espacios de mayor y menor autonomía, de las prácticas de autoatención.

Ante la liberación de los valores de los medicamentos que opera profundizando las barreras selectivas para su acceso, el Estado asume ciertas responsabilidades específicas atadas a la política social, por la provisión y la compensación a las personas, siendo la naturaleza de tales acciones desmercantilizadoras central para determinados grupos sociales, y para la configuración de sus estrategias de disposición para el despliegue de prácticas de autocuidado. Ahora bien, en la práctica, profundizándose por un periodo de deterioro generalizado de la calidad de vida, que afecta fuertemente sobre los adultos mayores, se presentan amplios contrastes o brechas entre su consideración como bien social, y las tendencias en su operación como bien de mercado, esto es, mero objeto de comercialización atado a la posibilidad del pago de bolsillo.

Notas de contexto: adultos mayores, política estatal y acceso a medicamentos.

El último informe del Centro de Economía Política Argentina (CEPA), el Centro de Estudios Políticos para Personas Mayores (CEPPEMA) y la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC), registra un aumento de haberes de la jubilación mínima que se sitúa muy por debajo del incremento del nivel de precios para el promedio de 2015 y junio de 2019 (\$11.525), mostrando una merma del poder adquisitivo de 18,3% para el periodo (Roqué, De Marziani, Letcher y Strada, J., 2019b)¹.

Por su parte, la variación de la jubilación mínima para el periodo que va entre el mes de mayo de 2015, y mayo de 2019 se ha situado en 172%. Mientras que, para el mismo periodo, la inflación de los precios de los medicamentos registra un 314% de aumento. Tales incrementos se registran con mayor profundidad para el segmento de medicamentos esenciales consumidos con frecuencia por las personas mayores (Ibid.).

Ello expresa un impacto importante sobre jubilados y pensionados (Pensiones No Contributivas y Pensión Universal para Adultos Mayores que se ubican en un rango del 70 a

¹ De acuerdo con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, la provincial de Bs. As registra un total de 410.861 adultos mayores que cobran solo pensión no contributiva; 248.608 Sólo pensión; 1.394.311 sólo jubilación y 291.218 jubilación y pensión. Por su parte, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registra un total de 31.039 adultos mayores que cobran solo pensión no contributiva; 54.707 Sólo pensión; 359.836 sólo jubilación y 88.328 jubilación y pensión (INDEC. Redatam + Sp, CEPAL/CELADE).

80%, debajo de la jubilación mínima), y que afecta notablemente la capacidad de compra de bienes de consumo básicos para estos sectores y, de allí, sus condiciones de vida. Tornándose más acuciante, considerando que la Defensoría de la Tercera Edad estipula que actualmente alrededor de 2.500.000 jubilados y pensionados perciben una remuneración mínima, mientras aproximadamente 1.300.000 de personas perciben pensiones (Abril 2019). Considerando datos de ANSES de 2016, el 52% de las personas de 60 años y más cobra una jubilación o pensión menor o igual a la mínima (Roqué, De Marziani, Letcher y Strada, J. 2019a).

Se exhibe como contracara asimismo, un fenómeno de baja generalizada en la compra de medicamentos que afecta a un gran caudal de adultos mayores². De acuerdo al Observatorio SMS – COFA (mayo, 2019a), la comparación MAT (Total Año Movable) para describir la evolución del mercado farmacéutico en las dispensas en unidades entre abril 2018 y 2019, evidencian una retracción en todos los mercados (medicamentos de venta bajo receta/ medicamentos de venta libre) llegando al -7,63% en el mercado total, -6,01% en el mercado ético y -12,13% en el mercado popular. Por su parte, el comparativo MAT de valores en pesos para el mismo periodo observa un importante crecimiento que alcanza el 39,43% para el mercado total, reflejando el aumento de precios. (Observatorio SMS – COFA. Abril, 2019)

El observatorio ha registrado, durante marzo de 2019, la dispensa de 6.551.899 unidades menos que en el mismo mes del 2018. La caída entre ambos meses alcanza -5,44%, que representa alrededor de 218.400 unidades menos cada día (Observatorio SMS – COFA, mayo, 2019b), caída que afecta fuertemente a grupos que incluyen fármacos para patologías crónicas.

El grupo etario de adultos mayores presenta una composición de gastos particular, que suele encarecer la canasta de consumo. Dicho segmento es el mayor consumidor de medicamentos, y el potencialmente más afectado por sus variaciones de precios. Se estima que el promedio de los mayores de 60 años requiere entre 4 y 8 (Roqué, De Marziani, Letcher y Strada, J., 2019b). La variable medicamentos posee un peso considerable en su canasta de consumo, destinándose gran parte de los ingresos a cubrirlos para cumplimentar los respectivos tratamientos médicos (Ibid., 2019b). Rubro que, de acuerdo al informe de medición de la canasta básica del jubilado, alcanza el 20% del total de gastos de la canasta Básica de los jubilados (Defensoría de la Tercera Edad. Abril 2019).

Las cifras relevadas en los últimos años se asocian a discontinuidades o suspensiones potenciales de tratamientos farmacológicos, que pueden devenir en un aumento de morbi-

² Tomamos la delimitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que desde 1994 ha definido como adultos mayores a las personas de 60 años o más (Molina,2006).

mortalidad. Relatos trabajados han subrayado tendencias en este sentido en pos de generar un ahorro económico³. “...Uno hace lo que puede y lo que estoy pidiendo es que rebajen los remedios. Para que podamos todos tener. No soy solo yo. No soy solo yo, hay mucha gente, mucha gente. La farmacia de la esquina de casa, me decía los otros días, que... Claro, yo no les compro más. Porque a mí me los regalan. Pero la chica me decía, ‘vienen los abuelos con la receta y dicen: ¿me pueden vender la mitad? Y yo no puedo venderles la mitad’. A veces, les da una tableta, una tableta. Pero... ¿vos te imaginás lo que estamos hablando? ¿que el abuelo que se tiene que llevar el remedio para 30 días, se lleve una tableta, y lo fraccione, lo corte? Y no es lo mismo, no es lo mismo si tenés que tomar una pastilla para la presión, no es lo mismo que te tomes un cuarto.” (Relato Jubilada. 4. C5N); Marcelo Peretta titular de SAFyB señala que “Es común que los jubilados vayan deambulando de farmacia en farmacia preguntando precios y que terminen comprando uno de los tres remedios recetados” (Diario Popular. 20/6/2019)

Durante el periodo de gestión del gobierno de Cambiemos, en estrechos lazos con organismos internacionales que han marcado rumbos en materia de política pública ligada a la reducción del déficit fiscal -como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial- (Costantino, 2017), se ha profundizado la creciente pauperización del segmento. El despliegue de un paquete de medidas del nivel nacional ha impactado directamente sobre los haberes y beneficios de amplios segmentos de adultos mayores, repercutiendo en su vínculo con el acceso a terapéuticas que involucran medicación. Entre ellas se destacan:

a) la ley de reforma previsional, que incluye la opción de extender la edad jubilatoria a 70 años, y de la reforma de la ley de movilidad jubilatoria que modifica la fórmula para actualizar los haberes de las jubilaciones, aprobada en diciembre de 2017, que ha configurado una clara estocada a los ingresos reales del sector⁴ (Minoldo, 2017b); b) La política de reemplazo de la moratoria previsional por la pensión universal de los adultos mayores (PUAM) implementada en octubre de 2016, donde el monto de esta pensión representa un 80% de la jubilación mínima, que se actualiza en forma trimestral por la Ley de Movilidad, asimismo, se plantea la incompatibilidad de la percepción de ingresos laborales con el cobro de la PUAM. Subyace a esta medida una brecha sustantiva entre quienes tienen acceso a un empleo formal, y quienes se encuentran en negro no cumplimentan los años de aportes requeridos. No solo en relación

³ Si bien aquí nos referimos a medicación-fármacos, debe destacarse la importancia de diferentes insumos médicos e higiénicos habitualmente utilizados por adultos mayores, necesarios para el desarrollo de sus actividades cotidianas, tales como adhesivos para dentaduras protectores para incontinencias urinarias, entre otros.

⁴ La fórmula de actualización por trimestre basada en un 70% en las variaciones del IPC Nacional elaborado por el INDEC y en un 30% por la variación salarial, medida por la Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables (RIPTE). La naturaleza de las actualizaciones es retroactiva, presentando un semestre de atraso.

al monto percibido en la vejez, sino también por la posibilidad de legar al conyugue un ingreso una vez acaecido el fallecimiento de la persona, apercibimiento que podría representar un mayor bienestar a la familia; c) a partir de la modificación de la Resolución número 005, el PAMI ha estipulado nuevos requisitos, de carácter sumamente restrictivo, para la adjudicación del subsidio del 100% de cobertura en medicamentos a los afiliados⁵. Repercutiendo en las posibilidades de acceso de los jubilados a tal prestación. La limitación en la entrega de medicamentos gratuitos por parte del programa Remediar –ahora CUS Medicamentos-, y desde el PAMI incide, desalentando potencialmente la prevención de la morbimortalidad de sectores de adultos mayores más desfavorecidos, y la profundización de su vulnerabilidad y dependencia; d) Más recientemente, en el mes de julio de 2019, se ha estipulado el vencimiento de los plazos para acogerse a la moratoria jubilatoria abierta durante la gestión de Cristina Fernández de Kirchner. Siguiendo pedidos del Fondo Monetario Internacional, la medida se suma a reforzar el aliento a la adopción de seguros de retiro privados. Dicha medida reproduce las desigualdades existentes en el mercado laboral, vetando a quienes no han podido realizar aportes correspondientes producto del trabajo informal del beneficio de una jubilación. El fin de la moratoria representa, asimismo un retroceso al reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado, realizado mayoritariamente por las mujeres de la familia, y por ello profundizando desigualdades de género; e) aumentos considerables de las tarifas de seguros de salud privados, prepagas cuyos incrementos deben ser autorizados por el poder ejecutivo, y profundización de la desregulación y liberación de precios del mercado de medicamentos, ambas acciones-inacciones integrando la política estatal en materia sanitaria; f) Recortes en alimentos en la canasta del programa ProBienestar.

⁵ Para acceder al subsidio social, los afiliados deben cumplir con los siguientes requisitos: tener un ingreso menor o igual a 1,5 haberes previsionales mínimos; no estar afiliados a un sistema de medicina prepaga; no ser propietario de más de un inmueble, ni poseer un auto de menos de 10 años, aeronaves o embarcaciones de lujo. Ahora bien, si el afiliado no cumple con dichos requisitos para acceder al subsidio social, pero gasta el 5% o más de sus ingresos en medicamentos, puede solicitar la vía de excepción en la Agencia o UGL, aprobación que requiere un informe social, escala de vulnerabilidad socio sanitaria y revalidación médica, excepción muy difícil de efectivizar en la práctica.

La cobertura de medicamentos para los afiliados a PAMI, se organiza de acuerdo a un vademécum. De acuerdo al cual, dependiendo de las drogas y las patologías, la entidad cubre un porcentaje, mientras que el restante es cubierto por pago de bolsillo del afiliado. PAMI fija un 50% al 60% de descuento para los medicamentos para patologías agudas; 50% al 80% de descuento para los medicamentos para patologías crónicas. A tono con la ley nacional se cubre el 100% de medicamentos de ciertas patologías, esto significa un 100% de descuento para hipoglucemiantes, insulina y tiras reactivas; 100% de descuento para medicamentos oncológicos, HIV y otros tratamientos especiales; 100% de descuento para medicamentos para afiliados con discapacidad.

Estas medidas han tendido a reforzar un sistema de seguridad social reactualizador de la compleja configuración de desigualdades que se acumulan a lo largo de toda la vida de las personas⁶ en sus relaciones con el mercado de trabajo, vinculadas a las oportunidades de acceso al mercado de trabajo formal, estable y bien remunerado, y a la naturaleza más desigual presente en la valoración de los diferentes esfuerzos laborales (Minoldo, 2015)

Sin embargo, se reproducen las desigualdades en la calidad de vida de estos grupos, más allá del monto de ingresos percibidos por pensiones o jubilaciones, contemplados por una perspectiva de desigualdades de clase y género, situando el foco en mecanismos de su reproducción y reactualización en el marco de procesos sociales que los exceden.

Intervienen fuertemente sobre estos procesos, las capacidades de ahorro que han permitido, la acumulación de recursos (no necesariamente monetarios, sino también materiales, tales como inmuebles, bienes, educativos –objetivados o no-, oportunidades a la descendencia) que repercuten en diferentes posiciones desde la cual se afronta la etapa de vejez, dado que, a futuro implican la reducción de ciertos gastos, y la posibilidad de aportar a la educación y recursos para posicionar mejor a sus hijos en el mercado de trabajo, pudiendo potencialmente recibir una ayuda familiar considerable. (Minoldo, 2015).

Estas reactualizaciones de las desigualdades adquieren especial relevancia en el proceso de afrontamiento del periodo de vejez, como periodo donde se expresan generalmente con más fuerza las desventajas acumuladas en materia de salud (Gil, Panisello, Lasaga, Amaia, & Accensi, 2007); esto es, el afrontamiento no solo comprende a los aspectos relacionados con el proceso fisiológico de envejecer, sino también, con los modos de vida asentados en condiciones que los posicionan diferencialmente en el espectro social, y desde donde despliegan estrategias de autoatención.

De modo tal, el objeto conduce a recuperar el concepto de modo de vida, en concordancia con Menéndez (1992), que habilita a la problematización de la base material desde la cual los sujetos despliegan sus prácticas cotidianas de autoatención, es decir las condiciones de vida de los sujetos. Planteando una distancia respecto al concepto de estilo de vida, que pivotea sobre el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, abstrayéndose del marco de posibilidad dado por la posición de los sujetos en el campo social.

Ahora bien, aun reconociendo que los procesos de deterioro de la de calidad de vida para estos segmentos se refleja en múltiples y diversos aspectos, ponderados desigualmente por los

⁶ Si bien, la base teórica de la seguridad social en general y del sistema jubilatorio en particular, idealmente descansa en una solidaridad entre clases y generacional, de hecho, en gran medida se presenta una transferencia de recursos, desde las clases más necesitadas a las más protegidas (Gil, Panisello, Lasaga, Amaia, & Accensi, 2007).

actores, se ha optado por profundizar sobre experiencias vinculadas a recortes presupuestales que los adultos mayores sobrellevan a través de sus relatos, enfatizando en los sentidos vinculados al acceso a medicamentos.

Vejez y medicamentos en los procesos de autoatención

Las prácticas que se despliegan en la cotidianeidad de los adultos mayores recuperadas de sus relatos en medios televisivos, prensa escrita y entrevistas, expresan dinámicas cuya singularidad atraviesa la multiplicidad de casos particulares, pero que son portadoras y reproductoras de prácticas sociales más amplias.

Asimismo, lejos de representar un *yo* que estrictamente expresa el sí mismo, el *yo* que se exhibe en los relatos es un *yo social* que aparece como un proceso en el que el individuo se experimenta a sí mismo como tal, en forma indirecta en función del *otro generalizado*, es decir, desde el punto de vista generalizado del grupo social al que pertenece (Mead, 1972).

Recuperando las experiencias relevadas -tanto aquellas entrevistas realizadas en el marco de la investigación, como aquellas con carácter de difusión pública en medios de comunicación- se reconoce en los relatos por momentos el resaltamiento de los propios padecimientos atravesados, así como la apelación explícita o implícita a un imaginario de un grupo “nosotros” vinculado a la vejez, que potencialmente atraviesa problemáticas comunes ligadas al cuidado de su salud.

De forma tal, el relato en torno a la experiencia particular detallada por la persona, inscritas en el padecimiento o dificultades que son puestas en el lugar de variantes concretas de otras más generales y espectrales, contribuyen a configurar operaciones críticas que comportan una denuncia de injusticia (Boltanski, 2000), ligada tanto al caso personal y tal como es vivenciado, pero también generalizando a las experiencias posibles y probables de integrantes del colectivo de referencia.

La operación crítica realizada por los sujetos expresa valores morales que medios -televisivos y de prensa escrita- captan activamente, interpelando componentes del acceso como problema sanitario y de carácter público. En el caso concreto, vinculado a la imposibilidad de un adulto mayor, no solo de no poder vivir con ciertas comodidades, sino de no poder alcanzar a cubrir cierto umbral de bienes y servicios necesarios para la reproducción de la vida, involucrando directamente al acceso a alimentación, medicación y servicios públicos.

Los adultos mayores se presentan mediatizados, como un grupo que atraviesa vulnerabilidades particulares profundizadas por la coyuntura que vivencian. M., un jubilado al ser interpelado por su condición actual y sus esperanzas a futuro sintetiza “...cuando un jubilado elige entre el

botiquín o la heladera, de una de las dos formas se muere” (Adulto Mayor. R9). La cuestión, por momentos pretende la no remisión a una petición o solicitud individual e individualizada, sino transparentar una problemática situación del grupo social de referencia por circunstancias atinentes a sus modos de vida, que incluye la apelación no solo a parámetros de justicia social en términos distributivos, sino a la misma dificultad de vivir bajo tales circunstancias.

Su potencia moral, se encuentra ligada al derecho a la vida, y se pone de manifiesto en su imposición como derecho humano en última instancia, contundencia que suele destacar por sobre la potencialidad de reivindicación y juego de pertinencia de derechos socio-económicos en la práctica concreta, que invocan un principio de justicia social (Fassin, 2010).

De modo tal, la invocación del derecho a la vida se constituye como mensaje de extrema eficacia y de amplio consenso, que abona a un redoblamiento de la carga emocional que se moviliza, resaltada por los adultos mayores y tratada por medios de comunicación. Por su función en la íntima relación de bienestar, malestar, vida y muerte de las personas, el acceso al medicamento se embebe de dicha carga, es dotado de sentidos que lo vinculan con experiencias de (in)dignidad, (in)justicias para el desarrollo, desde espacios de mayor y menor autonomía, de sus prácticas de autoatención.

Ahora bien, en la práctica se presentan contrastes o brechas entre su consideración como bien social, y las tendencias en su operación como bien de mercado, que supone problemáticas para conseguirlos diferenciales de acuerdo a la posición de las personas marcada por la clase y género. Esta cuestión es problematizada, en ciertos casos, por los sujetos que encuentran barreras para su uso en el marco de prácticas de autoatención. La jubilada S. expresa *“yo cobro la mínima, este... como dijo recién C. diez mil quinientos pesos, los remedios desgraciadamente no los puedo comprar. Tengo 2500 pesos de remedio, acá te traje para mostrar (señala un recibo) y tengo una doctora de cabecera, del PAMI, que verdaderamente se acuerda de mí y me los trae. De todas maneras, me los da. Pero es muy triste, muy triste, haber llegado a la edad que tengo, haber luchado en la vida, haber trabajado, haber, este... y uno tiene que estar mendigando remedios. Mendigando. Mendigando remedios, porque a mi si la doctora no me los da yo no los puedo tomar, y si no los puedo tomar ¿Qué hago? Me muero, porque es lo que necesita este gobierno, ¿no? Y nos tenemos que morir todos, porque así creo que estamos llegando. Es triste. El dolor que tengo es muy grande, es muy grande. Porque en realidad uno piensa, ¿qué miércoles estoy haciendo en esta vida? Uno piensa, ¿qué tiene que seguir haciendo?, o ¿cómo tomo los remedios? No se puede más... pero los remedios, este solo que tomo, que esta es una cajita que me da la doctora, que son muestras gratis, pero si tengo que comprar el de todo el mes, me sale mil doscientos pesos. ¿Cómo llego yo a ese número?, quiero que me lo expliquen.”* (Adulta mayor. R4)

En torno al despliegue de estrategias de autoatención, y haciendo eco de varias declaraciones de otras y otros adultos mayores, un jubilado relata que desde hace un tiempo para acá cuando va a la farmacia debe preguntar al encargado “¿Cuál de estos dos medicamentos es más importante?” (Adulto mayor. R10). Explicando que debido a que el dinero del cual dispone es bastante restringido y mes a mes se achica más, una de las soluciones es elegir entre medicamentos, elegir “el más importante”.

Así, los relatos de los adultos mayores, muestran actores con capacidades de juzgar desde una dimensión moral que les habilita a discernir lo justo y lo injusto, partiendo de la experiencia vivida por ellos mismos o por otros cercanos del grupo social con el que se identifican. Sin embargo, ello no siempre implica la identificación de agentes culpables por la situación.

El medicamento demuestra tener connotaciones e importancia particulares, ancladas en la legitimidad de la vida, o biolegitimidad, como derecho negado por la falta de acceso a los tratamientos médicos. De acuerdo con Fassin (2010), tendencialmente el argumento que apela al susodicho derecho a la vida prevalece sistemáticamente sobre el de la justicia socioeconómica. Si bien aquí, en ciertos relatos ambos puntos por momentos se amalgaman y retroalimentan, en las expresiones experienciales. De acuerdo con Fassin (2010), tendencialmente el argumento de la vida prevalece sistemáticamente sobre el de la justicia socioeconómica, si bien aquí, en ciertos relatos ambos puntos por momentos se amalgaman y retroalimentan, en las expresiones experienciales.

En suma, en un periodo en que políticas de gobierno han profundizado un deterioro del poder adquisitivo generalizado, así como acciones mercantilizadoras referidas al acceso a bienes y servicios sanitarios, en los relatos de los adultos mayores es posible observar impactos en la configuración de sus estrategias de disposición para el despliegue de prácticas de autocuidado. Donde se resaltan, personas que en su cotidianeidad buscan dar soluciones particulares en torno al acceso a los medicamentos, con el fin de enfrentar las condiciones en que se movilizan, y que elaboran operaciones críticas de acuerdo a principios morales.

(Des)mercantilización, individualización, familiarización y comunitarización

La no intervención, o intervención parcial del Estado en la relación entre la persona y satisfactores, por vía de la desmercantilización, deviene en que las condiciones de esta relación se sitúen en manos del mercado, la familia u organizaciones sociales. De este modo, sobre las estrategias desplegadas para garantizar el acceso a un satisfactor central como es el medicamento, intervienen diferencialmente mecanismos de desmercantilización, individualización, familiarización y comunitarización, mediadores entre las acciones de los adultos mayores en su singularidad y la estructura social.

Ahora bien, aquellos procesos situados por fuera de la desmercantilización, se presentan como esfera de reproducción de las desigualdades sociales –centrándonos aquí en sus componentes de clase y género-, no solo en lo atinente a los resultados en términos de morbilidad efectiva, sino en los modos en los que se experimenta e impacta el acceso a bienes y servicios concretos en la vida cotidiana.

Si bien existe en el periodo tratado un deterioro generalizado del poder adquisitivo de los adultos mayores, las repercusiones en los procesos de salud son desiguales, más allá de lugares comunes como la vejez, retiro laboral y/o enfermedades de tratamiento prolongado (Gil, Panisello, Lasaga, Amaia, & Accensi, 2007). Así, se ponen en evidencia en los relatos recopilados, situaciones de malestar extendido, y particularidades devenidas de diferentes posiciones y trayectorias de vida, laborales, familiares, educacionales, que permiten declinar, sostener estrategias para el acceso a tratamientos farmacológicos. Pero que fundamentalmente permiten acceder a prácticas diferenciales que no sólo aluden al monto percibido de haberes, sino también con las redes movilizadas, comunitarias barriales o las condiciones familiares convertidas en ayudas vitales para quienes no pueden cubrir cierto umbral de bienes y servicios necesarios para la reproducción de la vida y sus condiciones de salud (Roqué, De Marziani, Letcher, & Strada, 2019).

Cabe destacar acciones que pugnan por fortalecer la mayor intervención estatal para la desmercantilización de bienes y servicios con impacto en la calidad de vida del segmento. Una expresión clara de una búsqueda colectiva capaz de interpelar y posicionarse frente al Estado en pos de establecer demandas basadas en sus reivindicaciones desde la organización social, se manifiesta cabalmente en la creación reciente del Sindicato de Jubilados y Pensionados, presentado formalmente el 28 de diciembre de 2018 en Buenos Aires. El sindicato, que se suma a los heterogéneos centros de jubilados existentes, pretende representar los intereses legales, sociales y gremiales de los jubilados, pensionados, retirados o rentados en forma vitalicia de todo el país (Mundo Gremial, 27/12/18)⁷.

Si bien, como se ha señalado, los adultos mayores pueden valerse de ciertos apoyos institucionales en el marco de la seguridad social o cobertura de ciertos bienes y servicios sanitarios, el no contar con recursos personales o sociales para efectivizarlos no ser considerados como objeto de dichos apoyos, o simplemente ser estos insuficientes, ven en ciertos casos incrementar o reactualizar su vulnerabilidad socio-sanitaria. De este modo, se

⁷ El sindicato ha realizado una concentración frente a la oficina del PAMI central, el 28 de marzo de 2019 una jornada de la que participaron alrededor de 4.000 personas, presentando un petitorio con demandas, entre las que destacan la restitución de la cobertura de los medicamentos al 100 por ciento, el no cierre de las delegaciones de PAMI, así como integrar el directorio del organismo (Página 12. 28/03/19).

reproduce la desigualdad en la calidad de vida de los grupos, más allá de los ingresos percibidos, expresándose en la limitación de las opciones para afrontar el acceso a bienes y servicios concretos.

Así, ante la creciente pérdida de poder adquisitivo y las inseguridades propias del aumento de la desprotección estatal, ciertos adultos mayores han referido desarrollar estrategias que implican el refugio en cierta ayuda familiar. Los lazos familiares offician en ciertos casos como elemento sustitutivo de la pérdida del poder adquisitivo y las condiciones desfavorables. Un entrevistador cuenta sobre un adulto mayor presente a su lado, un jubilado que “...*Trabajó más de 20 años en una empresa. A veces come mate cocido y pan y manteca. Es diabético, antes les daban la cintita para controlar la sangre dos por mes, ahora dos por año. Le enviaron para controlar el colesterol malo, la pastilla no la cubría el sistema de salud, le costaba 780, no pudo comprarla. El hijo le ayuda a terminar el mes. El agua no la paga directamente. Quitó el cable.*” (Adulto Mayor. R11); “*Entrevistadora (E): ¿Usted toma el transporte público habitualmente? Jubilada (J): Sí. Todos los días estoy viajando, y trabajando con 71 años, porque no me alcanza el sueldo. Todos los días hija, sí. (...)* E: *¿De que trabaja? J: casa de familia, querida. Si, 46 años trabajé, desde los 16 años. Con 36 años de aporte, para cobrar una miseria. Y pago de remedios 2.700 pesos, 1200 de gas... dije que no voy a pagar porque no me alcanza. (...)* Cobro 7600 y a veces gasto 2900 de medicación, y bueno, ¿con quién voy a ir? (Adulta Mayor. R3); Un entrevistador, comenta la situación del jubilado con el que se encuentra; “...*Un jubilado (de Los Hornos) que sigue trabajando para alcanzar a lo mínimo. La esposa hace lo mismo. Aun así, han hecho muchos recortes en ocio. Él con otros amigos le pagan los medicamentos a otro jubilado con una enfermedad terminal, se los sacaron de la nada.*”

De allí, se evidencia en estos casos una continuidad de adultos mayores en la venta de su fuerza de trabajo en el mercado para contribuir a solventar gastos, lo que posee una importante carga simbólica, buscando acortar o cerrar la brecha entre sus ingresos percibidos como pasivos y su nivel de gastos. Asimismo, en algunos relatos se evidencian auxilios ligado a redes familiares, de amistades, que conviven como estrategias para hacer frente a estas condiciones.

La acción de salida al mercado, para obtener ingresos que permitan solventar la elevación del coste de vida, se presenta asimismo en otros casos, aún más precarios: “*Yo soy jubilada y cobro la mínima, soy sola. Pero no me alcanza, no me alcanza, no quiero andar pidiendo, pero no me alcanza. Pago la luz, pago el gas, expensas, cinco mil de remedios, y no me alcanza la mínima. Y me pongo muy mal, que pagué, que toda la vida aporté para tener una vejez tranquila. Y estoy viviendo unos momentos tan difíciles. Es muy difícil para mí vivir así. Me pongo a mirar en mi casa, abro la heladera, y la encuentro a la heladera vacía. Tan vacía como mi estómago... tengo hambre. No sé qué hacer. Como buscar, a quien recurrir. Decidí salir, y vender tortas fritas, con mi bastón, con mi canastito... a vender a Palermo. No puedo caminar más porque estoy enferma. Pero hice un esfuerzo...*” (Adulta Mayor.

R1). La periodista, al fin de la nota muestra la boleta y los medicamentos que consume la mujer entrevistada, enfatizando en los elevados valores que debe costear⁸, sumándose a una operación crítica, con pretensiones generalizadoras del caso.

Aquellos adultos mayores que poseen dificultades para afrontar sus gastos, en algunos casos encuentran la posibilidad de ser ayudados por su familia, expresando en forma explícita la posibilidad de apelar a esa instancia, en la que algunos refieren un privilegio. Una jubilada, explicando que su hijo, por suerte posee un buen pasar, y es médico de profesión refiere que “...por suerte mi hijo puede darme una mano con los remedios, así no tengo que pagarlos yo. Él tiene un amigo que se los consigue y me los da todos los meses. Sino para mí es un gasto enorme.” (Adulta Mayor. R7); En otro relato, en el marco de una entrevista televisiva, esta aparece experimentada como falta. “Adulta mayor (AM): No me alcanza y lo peor que no tengo los hijos que me tiren nada. Entrevistadora (E): ¿Nada?, ¿nadie la puede ayudar? AM: Nadie mi amor... E: ahora, ¿cómo hace para llegar a fin de mes? ¿malabares? AM: no querida, como una vez por día... mirá, tomo así de leche [hace un gesto con las manos], y lo demás agua.” (Adulta Mayor. R2)⁹

Sin embargo, en otros entrevistados se hace explícita la presencia de un fuerte componente de carga y malestar frente a la posibilidad misma de efectivizar un pedido de ayuda a sus lazos familiares o cercanos. Ante la pregunta de una entrevistadora sobre “¿cómo es su realidad familiar?, tiene hijos?, ¿alguno que la pueda ayudar?” la jubilada S. contesta “Si... tengo dos hijos. Tengo dos hijos. Pero lo que pasa es que cada uno de ellos tiene su problema. Tiene su problema, que es lo que estamos viviendo ¿no?, no tengo ninguno de los dos acá. Los dos están afuera, y si de esto se enterarían, obviamente que sería un sufrimiento de la familia. Pero yo tengo que hacer esto en silencio. Y esto lo pido, lo pido acá, delante de ustedes. Porque en realidad, para que ellos se enteren, con tantos kilómetros de distancia, sería un dolor muy grande. Y la verdad que no pensé llegar a esta edad, para depender de nadie. Yo luché mi vida para llegar a ser lo que quise ser, y no me dejan, no me dejan. No me dejan porque lo único que consiguen es tenerme triste, amargada, y sin poder realizar lo que yo quiero hacer para mí.” (Adulta Mayor. R4); “Entrevistador (E): ...Tenés una batería de remedios, uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis remedios (...) Jubilada (J): y me tuvieron que dar otros remedios más, que son estos, de tantos los remedios que tomo, esto, y ahora esto (muestra los medicamentos), que tengo que tomar todos los meses. Hasta el día 17 que voy de vuelta, sino me manda dos por mes... E-

⁸ La boleta mostrada, arrojaba un monto de 4.412,29 para medicamentos, casi la mitad del monto total de la jubilación mínima –de 10.400 para el momento-, que la mujer gasta por mes.

⁹ En esta línea, no podemos dejar afuera otro hecho significativo que permite entrever situaciones de angustia por parte de una adulta mayor y su relevancia mediática. El 16 de abril de 2019, se propagó la noticia de un intento de suicidio de una adulta mayor, acontecido alrededor de las 12.40 en la Línea C del subterráneo de la ciudad de Bs. As., trascendió que la mujer al ser rescatada había explicado a los empleados que “no puede comprar medicamentos para su enfermedad y no le alcanza para comer”.

¿C. podés comprarlos [los remedios]? J: No. No los puedo comprar, a veces me los consiguen...”
(Adulta Mayor. R8)

La inclusión sobre el refuerzo de la familia o redes, que se potencian en estos contextos de crisis entreverando una degradación de sus expectativas, implica una realidad castradora del ideal de un jubilado sosegado al que algunos relatos aluden; donde parte de las responsabilidades por sus condiciones de vida son delegadas y asumidas por la familia y redes sociales, estas relaciones aparecen imbuidas de afectividades, que se movilizan y expresan develando sentidos en torno a las experiencias de acceso a bienes y servicios estipulados como necesarios por los actores.

Asimismo, en este sentido se destaca el rol de profesionales de la salud o trabajadores en farmacias, que adquiere un valor central en diferentes experiencias, poniéndolos en el lugar de actores no solo intermediarios pasivos para el acceso a los mismos, sino como interventores activos que contribuyen a emparchar o solucionar ciertos problemas inmediatos para proveerlos de medicación necesaria para dar continuidad a sus tratamientos. Ante la pregunta de un entrevistador de un medio televisivo *“Vos utilizaste un verbo que es mendigar. Vos sentías que estas mendigando los remedios, ¿te imaginaste que en tu jubilación ibas a estar en esta situación?”* a lo que S responde *“No, de ninguna manera. No, nunca pensé. Nunca pensé que llegábamos a esto. Tengo 75, y uno dice, tenés que llegar bien, disfrutar tus nietos, no, no, eso ya no existe. Porque me tengo que fijar, entre comprar los remedios, poder poner algo en la heladera, eso también, y por el otro lado vos decís: ¿y cuál es mi final? ¿cuál es mi final? La palabra que vos recién me volviste a preguntar, de andar mendigando, yo la siento así. Siento que estoy mendigando los remedios. Y la doctora lo hace de onda...”* (Adulta Mayor. R4). Si bien por el periodo, si bien no hay estadísticas oficiales, han proliferado anuncios de iniciativas en entidades tales como ONG's¹⁰ e iglesias, que se ocupan de coleccionar bolsones de medicamentos para entregar. La misma adulta mayor expresa que *“Hay una iglesia. La iglesia San Carlos, los sábados da medicamentos. Y bueno, las ollas populares, y todo eso que estamos viviendo... y si te parece que es lo que tenemos que hacer... recibir así, y ollas populares. Es muy triste muy triste. Perdóname que te tenga que decir todo esto.”* (Ibidem.)

Comentarios finales

El distanciamiento de la protección estatal, ha impactado fuertemente en las experiencias cotidianas del segmento de adultos mayores, conllevando a reforzar estrategias de acceso a bienes y servicios de incidencia sanitaria. Estas reproducen, reactualizan, intensifican las

¹⁰ A cuenta de ello, se mencionan el Banco Comunitario de Medicamentos de la Fundación Tzedaká; Banco de Medicamentos de Fundaler; Fundación el pobre de Asís; Parroquia San Carlos; Emaus; Parroquia San Saturnino, Banco de remedios, etc.

desigualdades sociales previamente establecidas como respuesta a periodos de crisis, en las que intervienen en forma desigual de acuerdo a las posiciones de los actores para el desarrollo de procesos de autoatención, movilizand o afectividades.

Ante la retracción de procesos desmercantilizadores o reguladores-limitantes de relaciones mercantilizadas de bienes y servicios en el actual contexto de crisis sociopolítica, se tornan esenciales los componentes de individuación, comunitarización y familiarización en las estrategias de efectivización del acceso a derechos de la salud, particularmente para el acceso a la medicación. De modo tal, el acceso a medicamentos dentro de procesos de reproducción del bienestar de los adultos mayores se realiza en la generalidad de casos sobre el refuerzo de esfuerzos personales, la familia, las redes, o el asociacionismo librando a la reproducción de desigualdades sociales que devienen del desentendimiento estatal.

Los relatos tratados, y su abordaje mediático, permiten develar la carga emocional que se moviliza, resaltada por los adultos mayores y tratada por medios de comunicación, en torno al acceso a al medicamento, centrado en su íntima relación de bienestar, malestar, vida y muerte. Así, la invocación del derecho a la vida se muestra como mensaje de extrema eficacia y de amplio consenso, que moviliza sentidos que lo vinculan con experiencias de (in)dignidad, (in)justicias para el desarrollo, desde espacios de mayor y menor autonomía, de sus prácticas de autoatención.

De esta manera, en un periodo en que las políticas de gobierno han profundizado un deterioro del poder adquisitivo generalizado, es posible desentrañar en los relatos de los adultos mayores, configuraciones específicas de sus estrategias de disposición para el despliegue de prácticas cotidianas de autoatención, elaborando operaciones críticas de acuerdo a principios morales, y dotando de carga afectiva a su vínculo con procesos de (des)mercantilización, familiarización y comunitarización, atravesados por componentes de clase y género, pero que asimismo se muestran particulares y específicos de acuerdo a las experiencias concretas vivenciadas por los adultos mayores.

Bibliografía:

- Boltanski, L. (2000). *El amor y la justicia como competencias. Tres ensayos de sociología de la acción*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC. Redatam + Sp, CEPAL/CELADE (consultado el 20 junio 2019)
- Roqué, M., De Marziani, F., Letcher, H., & Strada, J. (2019a). Informe sobre la situación de las personas mayores. Febrero, 2019. Buenos Aires. Centro de Economía Política Argentina (CEPA). Disponible en: <https://centrocepa.com.ar/informes/140-informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-mayores-enero-2019.html>
- Roqué, M., De Marziani, F., Letcher, H., & Strada, J. (2019b). El impacto inflacionario en los medicamentos - Junio de 2019. Centro de Economía Política Argentina (CEPA). Disponible en: <https://centrocepa.com.ar/informes/218-el-impacto-inflacionario-en-los-medicamentos-junio-de-2019.html>
- Desesperante: Jubilada intentó suicidarse arrojándose a las vías del subte C porque "no le alcanza para comer". Argentinos Online. 16 de abril de 2019. Disponible en: https://www.argentinosonline.com/sociedad/desesperante--jubilada-intento-suicidarse-arrojandose-a-las-vias-del-subte-c-porque--no-le-alcanza-para-comer-_a5cb63b475393ea03622029a0
- Dispensaciones en unidades por Grupo Terapéutico durante el mes de marzo de 2019. Observatorio SMS – COFA. Mayo, 2019. Disponible en: <http://observatorio.cofa.org.ar/index.php/2019/05/10/dispensaciones-en-unidades-por-grupo-terapeutico-durante-el-mes-de-marzo-de-2019/>
- Evolución de las dispensas en el mes de abril de 2019. Observatorio SMS – COFA. mayo, 2019. Disponible en: <http://observatorio.cofa.org.ar/index.php/2019/05/31/evolucion-de-las-dispensas-en-el-mes-de-abril-de-2019/>
- Fassin, Didier El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social Revista de Antropología Social, vol. 19, 2010, pp. 191-204 Universidad Complutense de Madrid Madrid, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83817227008>
- Gil, M., Panisello, L., Lasaga, L., Amaia, M., & Accensi, B. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Gerokomos, 18(1), 30-33.
- Lema Spinelli, Sebastián. (2015). Acceso a los medicamentos: las patentes y los medicamentos genéricos: las consecuencias de considerar al medicamento como un bien de mercado y no social. Revista de Bioética y Derecho, (34), 81-89. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2015.34.12068>
- Los medicamentos aumentaron 36% y cerraron 61 farmacias en los últimos seis meses. Diario Popular 20 de junio de 2019. Entrevista a Marcelo Peretta, titular de SAFyB. Disponible en: <https://www.diariopopular.com.ar/economia/los-medicamentos-aumentaron-36-y-cerraron-61-farmacias-los-ultimos-seis-meses-n403092>
- Mead, G. H. (1972). In A. Strauss. *On social psychology: selected papers*.
- Medición canasta básica del jubilado. Abril 2019. Defensoría de la Tercera Edad. 15 de abril 2019. Disponible en: <http://www.gerontovida.org.ar/noticias/CANASTA/MEDICION%20CANASTA%20BASICA%20DEL%20JUBILADO%20ABRIL%202019/1195>
- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. Cuadernos médico sociales, 59, 3-18.
- Minoldo, S. M. T. (2015). La previsión social contributiva como un paradigma en crisis: reflexiones desde el caso argentino. Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico, 9(1).
- Molina, S. M. R. (2006). Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica. Dirección General de Epidemiología, 23(9), 1-3.
- Mundo Gremial. Qué dice el estatuto del sindicato de los jubilados. 27 diciembre, 2018. Disponible en: <https://mundogremial.com/que-dice-el-estatuto-del-sindicato-de-los-jubilados/>

- Protesta con banquitos en el PAMI. Página 12. 28 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/183833-protesta-con-banquitos-en-el-pami>
- Vernengo, M.J. Control oficial de medicamentos. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1996. cap. 2, p. 13-53

ANEXO. Relatos citados. Por fecha y medio:

| | | |
|-----------|------------|-----------------------------|
| Relato 1 | 25/5/2019 | Revolución Popular Noticias |
| Relato 2 | 9/4/2019 | Revolución Popular Noticias |
| Relato 3 | 26/4/2019 | Revolución Popular Noticias |
| Relato 4 | 22/6/2019 | C5N |
| Relato 5 | 25/3/2019 | Revolución Popular Noticias |
| Relato 6 | 10/9/2018 | Revolución Popular Noticias |
| Relato 7 | 13/4/2019 | C5N |
| Relato 8 | 22/06/2019 | C5N |
| Relato 9 | 31/3/2018 | CN5 |
| Relato 10 | 1/5/2019 | CN5 |
| Relato 11 | 31/3/2018 | CN5 |