



INVESTIGACIÓN

Procesos judiciales para obtener medicamentos en Ribeirão Preto

Lauro César da Silva Maduro¹, Leonardo Régis Leira Pereira¹

1. Programa de Ciências Farmacêuticas, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Resumen

El objetivo de este trabajo es caracterizar las demandas judiciales para reclamar medicamentos en Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Para ello, se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó todos los procesos de este tipo en el municipio entre enero de 1999 y junio del 2014. En la mayoría de las veces, agentes públicos fueron responsables de la representación legal (el 81,8% de los casos), la mayor parte de las prescripciones se originó del sistema privado (50,10%), y solo el 3% de los prescriptores concentraban casi el 30% de los procesos. Las enfermedades prevalentes fueron la diabetes y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad; y los fármacos más requeridos fueron las insulinas análogas y el metilfenidato. Se concluye que, alrededor del 30% del presupuesto de la ciudad destinado a la compra de fármacos se gasta con medicamentos obtenidos por vía judicial.

Palabras clave: Judicialización de la salud. Política de salud. Asistencia farmacéutica.

Resumo

Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto

O objetivo do trabalho é caracterizar ações judiciais pleiteando medicamentos em Ribeirão Preto/SP. Para isso, foi realizado estudo descritivo e transversal, que incluiu todos os processos desse tipo no município entre janeiro de 1999 e junho de 2014. Na maioria das vezes, agentes públicos foram responsáveis pela representação legal (81,8% dos casos), a maior parte das prescrições veio do sistema privado (50,10%) e apenas 3% dos prescritores concentraram quase 30% dos processos. As doenças prevalentes foram diabetes e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; insulinas análogas e o metilfenidato foram os fármacos mais requeridos. Conclui-se que, em média, 30% do orçamento da cidade destinado à compra de remédios é gasto com medicamentos obtidos por via judicial.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Política de saúde. Assistência farmacéutica.

Abstract

Legal proceedings to obtain medicines in Ribeirão Preto

This study aims to characterize lawsuits pleading for medicines in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. A descriptive and cross-sectional study was carried out, which included all such judicial processes in the municipality between January 1999 and June 2014. Most of the time, public agents were responsible for legal representation (81.8% of cases), most of the prescriptions came from the private system (50.10%), and only 3% of prescribers concentrated nearly 30% of the cases. Diabetes and attention deficit hyperactivity disorder were the most prevalent diseases; with analogous insulins and methylphenidate being the most required drugs. It is concluded that, on average, 30% of the city's budget for the purchase of medicines is spent on medicines obtained through the courts.

Keywords: Health's judicialization. Health policy. Pharmaceutical services.

Aprobación CEP-FCFRP/USP 2.598.720

Los autores declaran no haber conflicto de interés.

Al definir que el Estado debe garantizar el derecho a la salud, la Constitución da al ciudadano instrumentos para reivindicar el acceso a tratamientos o insumos necesarios, proceso relacionado con la propia participación de la sociedad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS)¹. Sin embargo, esta reivindicación puede generar la judicialización de la salud² cuando confiere destaque al Poder Judicial, convirtiéndolo en parte integrante del itinerario terapéutico.

Esta judicialización de la salud es muy criticada, una vez que compromete la planificación de la compra de medicamentos –la obligatoriedad de cumplir la demanda judicial en corto plazo termina por demandar una estructura paralela de compras, por medio del comercio minorista, por ejemplo. Lo que acarrea consecuencias negativas, como el aumento de gastos y necesidad de desplazar recursos de otras áreas, facilitando esquemas de corrupción³.

La contraargumentación utiliza el propio entendimiento de la Constitución brasileña: una vez que la salud es un derecho social, la judicialización confirmaría el deber estatal de garantizar procedimientos y bienes terapéuticos a la población. Es decir, la vía judicial sería el arma del ciudadano para combatir la ineficiencia de la gestión pública, una vez que la incorporación de tecnologías de la salud es defectuosa, y los tratamientos importantes no están disponibles⁴.

Independientemente de los aspectos positivos y negativos, la realidad pide atención y prudencia de los agentes involucrados (poder público, judicial y sociedad). Las implicaciones de la judicialización deben ser ponderadas para equilibrar el derecho del paciente y la sustentabilidad de la gestión pública. En los estados y municipios, se debe profundizar la investigación sobre el fenómeno, dada su heterogeneidad: dependiendo de la localidad, las demandas son diversas y, por tanto, exigen estrategias administrativas distintas⁵.

El gran número de demandas judiciales para requerir medicamentos no es ignorado por secretarías municipales y estatales, así como por el Ministerio de la Salud. Sin embargo, la cantidad de estudios y sondeos sobre el tema aún es escasa. Así, se hace relevante analizar procesos judiciales de forma más detallada, en busca de conductas administrativas apropiadas a las tres esferas de gobierno, sobre todo a los municipios.

Este trabajo pretende describir y caracterizar el fenómeno de la judicialización (más específicamente la demanda de medicamentos) en el municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, con base en procesos impetrados entre enero de 1999 y el 1.º de julio del 2014. Entre los “medicamentos”, optamos por los insumos necesarios a la aplicación de la insulina.

Método

Este es un estudio descriptivo con diseño transversal que incluyó todos los procesos judiciales cuyo bien demandado eran medicamentos o insumos para la aplicación de insulina (bomba de infusión, catéteres, reservorios, sensores, tiras de glucometría y agujas descartables) impetrados contra la ciudad de Ribeirão Preto, entre enero de 1999 y el 1.º de julio del 2014 (fecha en que se inició la recopilación de datos). Los procesos que el estado de São Paulo asumió solamente para que el cumplimiento de la demanda no generara costos al ayuntamiento – a pesar de aprobados en conjunto contra estado y municipio – no se incluyeron en el análisis.

Los datos se organizaron en una plantilla de Microsoft Office Excel 2007 con las siguientes variables: número del proceso, año en que se impetró, situación (activo o inactivo, es decir, si aún estaba en vigor en el momento de la recolección de datos), existencia o no de pedido de liminar, tribunal responsable del juicio, plazo para el cumplimiento de la demanda, valor de la multa en caso de retraso, fármacos aprobados y rechazados, datos de los usuarios solicitantes (edad, sexo, dirección, diagnóstico y representante legal), fármacos demandados y disponibilidad en la Relación Municipal de Medicamentos Esenciales (Remume) o en el Componente Especializado de la Asistencia Farmacéutica (Ceaf), y especialidad médica del prescriptor. La recopilación de los datos fue realizada en el sector de procesos judiciales de la división de farmacia de Ribeirão Preto, donde se almacenan los procesos.

También se identificó el gasto total anual del ayuntamiento con la compra de medicamentos, entre el 2003 y el 2014, así como el gasto solamente con fármacos obtenidos por vía judicial en el mismo período, para efecto de comparación. Dichos importes fueron proveídos por la Secretaría Municipal de Salud y se corrigieron para el 2014 mediante la fórmula de ajuste de costo de acuerdo con la inflación: $\text{costo} \times (1 + \text{tasa del año}) \times (1 + \text{tasa del año siguiente})$, y la tasa del año es el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Las variables se presentaron en valores absolutos y porcentuales, se calcularon las medias para las variables “plazo de compra de medicamento”, “representante legal” y “tribunal”.

Resultados

Se identificaron 3.417 procesos judiciales que tenían al ayuntamiento municipal como reo de la demanda, y 1.861 atendieron los criterios de

inclusión. Todas las demandas incluidas tuvieron liminar concedida por el juez. De los demandantes, el 50,3% eran mujeres; y el 48,7%, hombres. En el 1% de los procesos no fue posible identificar el sexo del demandante debido a la ausencia de la información.

De los procesos incluidos, el 95% correspondía al período de enero del 2004 a junio del 2014, y el 70,3% se reclamó en el tribunal fiscal. Un total de 39 magistrados juzgaron estas demandas y dieron, en el 99% de los casos, un plazo máximo de hasta 30 días para el cumplimiento de la liminar por parte del municipio; en el 66% de los casos, el plazo máximo era de 15 días. La defensa legal de las demandas se distribuyó en: Ministerio Público (71,7%), Defensoría Pública (10,2%), abogados particulares (16,4%) y consultorios de asesoría legal universitaria (1,7%).

Se encontraron 437 diagnósticos distintos, 12 de los cuales (2,75%) correspondientes a más del 50% de los procesos judiciales (Tabla 1). Para tratar estas enfermedades, se solicitaron 708 medicamentos distintos, además de insumos para insulina (Tabla 2), de los cuales el 67,3% se destinaron a problemas relacionados con el aparato digestivo y metabolismo, sistema nervioso y aparato cardiovascular. De los procesos que aún estaban activos en el momento de la recolección de datos, el 13% de los medicamentos constaban en la Remume y en el Ceaf. Teniendo en cuenta solamente los procesos inactivos durante el mismo período, este número subía a un 35,1%.

Tabla 1. Diagnósticos referidos en las acciones judiciales

Diagnóstico	Total	%
Trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	283	13,2
Diabetes tipo 1	208	9,6
Hipertensión arterial sistémica	101	4,7
Diabetes no definida	90	4,2
Diabetes tipo 2	87	4,1
Depresión	56	2,6
Accidente vascular cerebral	50	2,3
Enfermedad de Alzheimer	47	2,2
Epilepsia	43	2,0
Degeneración macular	38	1,9
Dislipidemia	38	1,9
Sida	27	1,3
Otros	1.068	50,0
Total	2.136*	100,0

* Equivale al total de procesos que contenían datos sobre el diagnóstico de los pacientes.

Tabla 2. Ítems solicitados en los procesos judiciales

Ítems	Total de procesos	%
Metilfenidato	302	9,9
Insulina glargina	213	7,0
Clopidogrel	102	3,4
Insulina aspart	102	3,4
Insulina humalog	67	2,3
Insulina detemir	49	1,7
Baclofeno	44	1,4
Diosmina + hesperidina	43	1,3
Insumos para insulina	39	1,2
Cilostazol	37	1,1
Memantina	27	0,9
Kaletra	23	0,8
Coenzima Q10	21	0,7
Tansulosina	21	0,7
Losartana	20	0,6
Ranitidina	20	0,6
Risperidona	20	0,6
Otros	1.943	62,4
Total	3.093*	100,0

* Equivale al total de procesos que contenían datos sobre el medicamento solicitado.

En el 50,1% de los procesos las prescripciones provenían de instituciones particulares de salud, en el 24,5% del sistema público, y en el 25,4% de hospitales universitarios. Los medicamentos fueron prescritos por 764 médicos distintos, de los cuales 706 tuvieron su número de registro en el Consejo Regional de Medicina (CRM) encontrado por los investigadores. De los 706 profesionales, el 3% concentraban casi el 30% del total de las prescripciones. Un médico estaba vinculado a 106 demandas, y otro, en segundo lugar, a 50. Las principales especialidades médicas encontradas fueron neurología (25%), endocrinología y metabología (21,5%), y cardiología (10,8%).

El mayor gasto absoluto con medicamentos obtenidos por vía judicial fue registrado en el 2009. En ese año, estos gastos también llegaron al mayor porcentaje respecto al presupuesto para la compra de fármacos por el municipio, considerando el período estudiado (Tabla 3). Entre el 2008 y el 2014, el promedio anual de los costos por proceso judicial fue de aproximadamente 24.000 reales.

Tabla 3. Gasto total con compra de medicamentos y gasto con medicamentos obtenidos por vía judicial

Año	Gasto total (R\$)	Vía judicial (R\$)	%
2003	6.350.498,523	1.279.564,514	20,1
2004	6.832.744,492	1.340.759,586	19,6
2005	6.326.020,068	1.344.604,069	21,2
2006	5.937.232,579	1.350.895,891	22,8
2007	5.774.956,307	1.313.973,243	22,7
2008	11.421.686,73	2.366.519,856	20,7
2009	9.402.860,102	3.124.386,508	33,2
2010	10.214.943,11	2.154.407,646	21,1
2011	9.059.563,607	1.310.159,708	14,6
2012	10.199.875,43	1.441.110,698	14,1
2013	15.237.992,86	1.494.778,052	9,8
2014	8.666.911,587	1.405.278,427	16,2
Total	105.425.285,40	19.926.438,20	18,9

Fuente: datos obtenidos con la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto

Discusión

Este estudio tiene como objeto un municipio grande, según la clasificación del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)⁶. Algunos datos constatados aquí pueden extrapolarse a otras ciudades de tamaño aproximado, abarcando buena parte del país, una vez que más de la mitad de la población brasileña vive en ciudades con más de 100.000 habitantes, y el 30,2% en municipios con más de 500.000 habitantes⁶.

Sin embargo, la posibilidad de generalizar las principales características de la judicialización de la salud no invalida la necesidad de realizar estudios por región, una vez que las poblaciones tienen diferentes demandas y particularidades. En cuanto al sexo de los impetrantes, se percibe que el foco del estudio interfiere en dicha variable, si se evalúa la judicialización de manera general o con relación a comorbilidades específicas con epidemiología propia. Sin embargo, la literatura no ha señalado diferencias significativas entre hombres y mujeres².

Un aspecto realmente sensible es la compra de medicamentos. Según información proveída por la propia Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto, la principal modalidad de compra es la subasta a la baja electrónica, que tarda alrededor de 90 días, desde la elaboración del pliego de condiciones hasta la firma del contrato. Este plazo medio es tres veces mayor que el máximo (30 días) encontrado en el 99% de los procesos analizados, generalmente establecido por medidas cautelares.

La imposibilidad de prever valores, asociada a la exigencia de rapidez para cumplir la acción, compromete toda la planificación y, como consecuencia, el presupuesto de la salud⁷. La aprobación de

prácticamente todas las medidas cautelares ha sido común en los tribunales⁸⁻¹⁰, lo que da lugar a una jurisprudencia peligrosa, en que el magistrado considera solamente la prescripción médica para decretar la urgencia de la medida, sin tener en cuenta cualquier posibilidad de fallo en la prescripción o incluso influencia externa. Cuando por fin se juzga el mérito de la acción, aunque se concluya que determinada droga no es la más indicada, el paciente ya lleva tiempo tomando el medicamento¹¹.

El compromiso de los recursos públicos para atender estas demandas expone también a la Unión. Datos de la Abogacía General de la Unión muestran que, entre el 2008 y el 2015, los recursos utilizados para proveer medicamentos obtenidos judicialmente aumentaron más de diez veces, pasando de 103 millones de reales en el 2008, o el 1% del presupuesto total para medicamentos, a 1.100 millones de reales en el 2015, lo que equivale al 8% del presupuesto total para medicamentos¹². En Ribeirão Preto, este porcentaje es aún mayor si tenemos en cuenta el promedio de los años estudiados. En dicho período, las compras para cumplir demandas judiciales correspondieron a cerca del 20% del gasto con fármacos, tasa que llegó a su auge en el 2009, cuando comprometió el 33,2% del presupuesto total para medicamentos.

En la literatura, encontramos porcentajes variados de presupuesto destinado a la compra de medicación obtenida por vía judicial. En el estado de Santa Catarina, Brasil, Pereira y colaboradores¹³ señalan un porcentaje del 10%, mientras que en el estado del Paraná, Pereira y Pepe¹⁴ verificaron que tales gastos correspondieron al doble de los gastos generales con compra de medicamentos. De cualquier manera, hay un compromiso sustancial de recursos, destinados a un grupo restringido

de personas para comprar fármacos que no siempre resultan los más indicados. La situación se agrava con la necesidad de reasignar recursos por parte del Estado, lo que puede considerarse un privilegio del impetrante en detrimento de la población en general.

Otro debate recurrente acerca de la judicialización de la salud es el de que la vía judicial sería usada prioritariamente por personas de clases más privilegiadas. Se entiende que los ciudadanos que pueden pagar no deberían tener sus medicamentos subsidiados por procesos judiciales. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el Sistema Único de Salud (SUS) no está restringido a los menos favorecidos: todos sus principios convergen para la atención universal, a todos los brasileños, sea cual sea su situación financiera¹⁵.

Además, esta es una interpretación sin base sólida, sobre todo porque el análisis suele resaltar solo dos variables –asesoría jurídica y origen de las prescripciones–, lo que es poco para afirmar que la judicialización es privilegio de clase. En la mayoría de los estudios presentados, no fue posible indicar, con un buen nivel de seguridad, la clase social del solicitante. Para analizar tal cuestión, sería necesario conocer la renta de todos los solicitantes.

Toda demanda de medicamento por vía judicial se basa en enfermedades diagnosticadas. Como se observa en la Tabla 1, 12 diagnósticos (2,75%) acumulan más de la mitad de los procesos. Este tipo de información puede servir para planear estrategias y acciones relacionadas con la judicialización de la salud.

Aun sobre los diagnósticos, otro dato relevante es que, entre las enfermedades prevalentes, solo el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no es ofrecido por la gestión municipal. Algunos profesionales insisten en prescribir otros medicamentos, aun conociendo alternativas terapéuticas estandarizadas. En la presente investigación, solo el 3% de los prescriptores están asociados a prácticamente el 30% de las demandas, y un solo médico concentra un tercio de los procesos. Por tanto, queda claro que son pocos profesionales que causan gran impacto en el municipio.

En la investigación de Campos Neto y colaboradores¹⁶, en el 43% de los procesos que demandaban adalimumab –medicamento para artritis reumatoide –, un único médico era el prescriptor. La principal hipótesis de explicación para el hecho sería la influencia de la industria farmacéutica. En otro trabajo¹⁷, médicos relataron incentivos por parte de empresas para estimular la prescripción de medicamentos. Las prácticas incluían acoso a estudiantes de medicina, el apoyo a experiencias comunitarias para el acceso a la bomba de insulina y mucha propaganda para la población.

Con los datos presentados, no es posible comprobar la relación de médicos con la industria farmacéutica; sin embargo, muchos estudios sugieren tal asociación, lo que demanda una evaluación criteriosa. Entender la razón por la cual un mismo médico ha realizado tantas prescripciones judicializadas puede ayudar a desarrollar estrategias para reducir la cantidad de procesos. Muchas veces, el propio profesional es manipulado, una vez que el acoso de las empresas no se da de manera explícita. Por ejemplo, se puede distorsionar la información para inducir al prescriptor a optar por determinada línea de tratamiento^{16,17}.

Como en otros trabajos, las insulinas análogas del tipo glargina, aspart, lispro y detemir también figuran entre los fármacos más demandados. Sin embargo, en comparación con alternativas disponibles, la eficiencia de esta medicación no está garantizada. En el 2014, por medio de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el SUS (Conitec), el Ministerio de la Salud publicó dos informes acerca del uso de insulinas análogas para diabetes tipo 1 y 2. Los documentos, basados en la literatura especializada, concluyeron que no hay evidencias de que dichas insulinas proporcionen mejoras significativas en el control de la glicemia, cuando se comparan con aquellas que ya están disponibles en el SUS. Su incorporación, por tanto, fue inicialmente desaconsejada^{18,19}.

En el 2018, la Conitec revisó la decisión y optó por incorporar insulinas ultrarrápidas en el tratamiento de personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 1 que no lograban controlar la enfermedad con insulinas de primera línea proveídas por el SUS (regular y NPH). Además de las evidencias científicas, el dictamen probablemente se revisó debido a la gran cantidad de procesos judiciales en el país que demandaban versiones ultrarrápidas.

Teniendo en cuenta solamente los procesos activos en el momento de la recopilación, el 13% de los medicamentos solicitados constaban en la Remume y en el Ceaf, porcentaje reducido cuando se compara con el de otros trabajos, en que llega al 52%²⁰. Al menos en parte, el dato puede explicarse por el tipo de pedido del proceso, ya que muchas veces el abogado incluye en la solicitud toda la medicación que el paciente necesita, y no solo el objeto de la demanda. Por tanto, al aprobar totalmente la demanda, el magistrado judicializa también la provisión ya garantizada por la red.

Hay consenso en cuanto a las dificultades de gestión causadas por la judicialización de la salud y a la necesidad de solucionar este problema^{1,7,14}. Sin embargo, una vez que no es posible simplemente

terminar con las demandas, la cuestión es administrar mejor la situación. El primer paso es deconstruir la idea de la judicialización como fenómeno meramente jurídico. Tratar solamente de defenderse en las cortes se ha mostrado contraproducente, puesto que la mayoría de las demandas no es aprobada, aunque el argumento sea solamente la prescripción médica.

Complejo, el fenómeno de la judicialización tiene carácter administrativo que atraviesa diversas medidas y políticas. Y es exactamente en este punto que la discusión debería iniciarse. Es más fácil resolver el problema desde la gestión, donde se puede ejercer más control que en el medio jurídico.

Silva y Shuman¹ proponen este camino, usando la estrategia del diálogo y de la proximidad entre actores (gestores, médicos, farmacéuticos, pacientes, magistrados, abogados). Básicamente, sería un trabajo de construir acuerdos: antes de dar inicio a la demanda judicial, el Ministerio Público contacta con la Secretaría Municipal de Salud para que justifique la negativa del suministro y presente alternativas. La secretaria entonces contacta con el equipo de prescriptores para llegar a un consenso sobre posibles actualizaciones en la lista de medicamentos proveídos; y los magistrados, en lugar de simplemente acatar los pedidos de medida cautelar, se compromete a analizar un dictamen de un equipo técnico especializado.

El estudio de Silva y Shuman¹ señala elementos que trabajar, fragilidades y puntos en que el diálogo parece más deficiente, por ejemplo, cuando los médicos prescriben medicamentos ausentes en las listas, aun cuando hay alternativas terapéuticas; o cuando los magistrados aprueban medidas cautelares con plazo de cumplimiento por debajo del necesario, sin entender el problema administrativo que ello genera. Mejorar la comunicación ayudaría a contener la judicialización de la salud, que seguiría existiendo, pero con un impacto administrable.

Referencias

1. Silva AB, Shuman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2017 [acceso 8 nov 2018];25(2):290-300. DOI: 10.1590/1983-80422017252189
2. Diniz D, Machado TR, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acceso 8 nov 2018];19(2):591-8. DOI: 10.1590/1413-81232014192.23072012
3. Ramos RS, Gomes AM, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [acceso 8 nov 2018];24:e2797. DOI: 10.1590/1518-8345.1012.2689
4. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acceso 8 nov 2018];14(3):829-39. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300018
5. Leitão LCA, Simões MOS, Simões AEO, Alves BC, Barbosa IC, Pinto ME. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014 [acceso 8 nov 2018];16(3):360-70. DOI: 10.15446/rsap.v16n3.33795

La principal limitación de estudios sobre este tema, como enfatiza revisión sistemática de Gomes y Amador¹¹, ha sido el número reducido de procesos analizados. Teniendo en cuenta artículos que usaron el análisis de datos como método, los autores concluyeron que el 47% de los trabajos tenían muestra con menos de 500 procesos, y el 70% con menos de 1.500. Entre los trabajos con más de 2.000 procesos, ninguno tenía alcance municipal. Sin embargo, el presente estudio encontró 3.417 procesos, de los cuales se analizaron 1.861. La robustez de los datos permitió realizar un diagnóstico general de la judicialización de la salud en el municipio de Ribeirão Preto y señalar puntos en que la administración pública debe desarrollar estrategias e intervenir.

Consideraciones finales

Este estudio describe el fenómeno de la judicialización de la salud para la obtención de medicamentos en Ribeirão Preto, municipio que, aunque cuente con una amplia lista de fármacos estandarizados, responde muchos procesos judiciales. Los resultados mostraron que la mayor parte de las demandas están concentradas en pocos prescriptores, lo que confirma la importancia del diálogo, de la construcción de acuerdos y del esfuerzo por entender la opción por determinados tratamientos. La falta de comunicación queda aún más evidente cuando se confronta con otro resultado del estudio: hay alternativas terapéuticas para el tratamiento de varias de las enfermedades que están en el origen de los procesos.

Los datos presentados pueden ayudar a la gestión municipal a formular acciones para disminuir la cantidad de procesos judiciales cuyo objeto son medicamentos. El estudio no concluye las discusiones sobre el tema, pero, sumado a otros trabajos, ayuda a caracterizar la judicialización de la salud en el país, fenómeno que contrapone el individuo a la colectividad.

6. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. População anual até 2019 [Internet]. [s.d.] [acesso 3 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2SHocc2>
7. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestoras Bipartites. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 8 nov 2018];22(4):1097-108. DOI: 10.1590/1413-81232017224.03742017
8. Nunes CF, Ramos AN Jr. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso 8 nov 2018];24(2):192-9. DOI: 10.1590/1414-462X201600020070
9. Pinto CBS, Osorio-de-Castro CGS. Gestão da assistência farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso 8 nov 2018];39:171-83. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005152
10. Menicucci TM, Machado JA. Judicialization of health policy in the definition of access to public goods: individual rights versus collective rights. *Bras Political Sci Review* [Internet]. 2010 [acesso 8 nov 2018];4(1):33-68. Disponível: <https://bit.ly/2sTGGwM>
11. Gomes VS, Amador TA. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 8 nov 2018];31(3):451-62. DOI: 10.1590/0102-311X00219113
12. Advocacia-Geral da União. Lei de acesso à informação: informações sobre processos em que figura a União como parte. Brasília: AGU; 2016.
13. Pereira JR, Santos RI, Nascimento JM Jr, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 8 nov 2018];15(3):3551-60. DOI: 10.1590/S1413-81232010000900030
14. Pereira JG, Pepe VL. Acesso a medicamentos por via judicial no Paraná: aplicação de um modelo metodológico para análise e monitoramento das demandas judiciais. *Rev Direito Sanit* [Internet]. 2014 [acesso 8 nov 2018];15(2):30-45. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i2p30-45
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 20 set 1990 [acesso 7 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/36yzCEC>
16. Campos Neto OHC, Acurcio FA, Machado MAA, Ferre F, Barbosa FLV, Cherciglia ML, Andrade EIG. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 8 nov 2018];46(5):784-90. DOI: 10.1590/S0034-89102012000500004
17. Campos Neto OH, Gonçalves LAO, Andrade EIG. A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2018 [acesso 12 mar 2019];22(64):165-76. DOI: 10.1590/1807-57622016.0314
18. Brasil. Ministério da Saúde. Insulinas análogas para diabetes mellitus tipo 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 8 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2N1gBCL>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Insulinas análogas de longa ação para diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 8 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/39P96ZG>
20. Borges DCL, Uga MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso 8 nov 2018];26(1):59-69. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000100007

Participación de los autores

Lauro César da Silva Maduro ideó el trabajo y participó en todas sus etapas. Leonardo Régis Leira Pereira orientó la investigación y contribuyó a la elaboración del proyecto y revisión del artículo.


Correspondencia

Lauro César da Silva Maduro – Rua Israel Pinheiro, 2.676, apt. 703b, Centro CEP 35010-130. Governador Valadares/MG, Brasil.

Lauro César da Silva Maduro – Estudiante de doctorado – lauromaduro@usp.br

 0000-0002-7861-6628

Leonardo Régis Leira Pereira – Doctor – lpereira@fcrp.usp.br

 0000-0002-8609-1390

