



07 de Julio del 2009

Ref.: Documento Institucional

Secretaría de Planificación en Salud – Médicos del Mundo Argentina

## **Epidemia de Gripe A h1n1-ETI– IRAS en Argentina:**

Mitos y Realidades en Sistema de Salud, Información  
Epidemiológica y Determinantes socio-económicos

### **Breve Reseña - ANTECEDENTES**

La epidemia de Influenza (Gripe A-H1N1 y Gripe estacional) e Infecciones Respiratorias Agudas-IRAS (Bronquitis, Bronquiolitis, Neumonías, etc) que claramente desborda en demanda a los servicios públicos de salud, al subsector privado y de seguridad social, resulta ser una amenaza a la Salud Colectiva. A su vez, se generó un caos des-informativo, se potenció la descoordinación y fragmentación imperante en los criterios de intervención en el sistema de salud debido a la ausencia de rectoría del Estado nacional, entre otros problemas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el ingreso a la Fase 6 de Influenza A (H1N1) instalando la máxima alerta epidemiológica a nivel internacional y activando las medidas, protocolos y acciones pertinentes frente a este estadio de la enfermedad. A nivel nacional en nuestro país el Ministerio de Salud de la Nación llevó adelante los protocolos internacionales de la OMS y las medidas que se tenían establecidas para la potencial pandemia de Gripe Aviar (que nunca ocurrió), dio por terminada así la fase de contención cuando comenzaron los contagios de persona-persona en nuestro territorio y se encuentra en la etapa de mitigación con lo se aplicará principal atención a los grupos vulnerables y en riesgo, se recomendó auto-aislamiento en caso de tener los síntomas de gripe, el cierre de escuelas-universidades, la no realización de eventos u actividades masivas donde exista presencia de personas en lugares cerrados, y la no asistencia de Hospitales-Unidades sanitarias si no se tiene síntomas de la enfermedad, la universalización del tratamiento de profilaxis con el antiviral (oseltamivir – zanamivir) en los casos sospechosos de Gripe A, entre otras medidas.

La situación epidemiológica y sanitaria en Argentina actualmente se ubica como el 7to país con más casos de Influenza A (H1N1) en el mundo -segundo en América del Sur- con 2409 casos confirmados por el Instituto Malbrán, donde hasta el momento hubo 60 muertes en diferentes puntos de la Ciudad, Provincia de Buenos Aires, Sante Fe, San Juan, Neuquén y Misiones por dicha influenza A (H1N1).

Aunque la cantidad real de enfermos puede llegar a más de 100.000 según propias inferencias del Ministerio de Salud de la Nación ya que solo se reporta con prueba diagnóstica por laboratorio los casos severos y mortales, mientras que los leves se tratan directamente como sospechosos sin confirmación por laboratorio. Esta estimación se basa en el supuesto que hubo hasta el momento por lo menos 110.000 casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registrados por demanda a los servicios de salud y teniendo en cuenta que se estima que “el 85 o 90 por ciento del virus que circula es A – H1N1 (según centros centinelas), se tomó esta proporción para inferir dicha cifra que justamente daría 100.000.

**Como se reconoce en esta época del año, en nuestro país se producen 3200 muertes ligadas a la Gripe Estacional obviamente afectando a aquellos con patologías de base o en situación de vulnerabilidad social. Las Infecciones Respiratorias Agudas-IRAS (Neumonías/ Bronquiolitis) la sufren cientos de miles de chicos-adultos-adultos mayor, donde anualmente mueren 19.000 personas y 566 chicos menores de 5 año por dicha situación.**

**En Argentina durante el 2008** se notificó un total de 1.186.997 casos de **Enfermedad Tipo Influenza (ETI)** en todo el país; mientras que el número de casos notificados de **Neumonía** en



2008 fue de 203.504. En 2008 se notificaron 262.285 casos de bronquiolitis en menores de 2 años, un 28% más que el año anterior.

Puntos básicos en Salud Pública a tener en cuenta son el desarrollo de una cultura de la prevención a nivel colectivo, promoción de la salud y *empoderamiento* de la población, construcción de ambientes saludables, generación de inteligencia en salud, adecuación de atención a las necesidades colectivas de salud, garantía de calidad de bienes, servicios, insumos y equipamiento, intervención sobre determinantes, riesgos y daños colectivos a la salud es decir preparación del sistema de salud frente a catástrofes para su mitigación.

Las propias condiciones de vida de millones de personas en Argentina que padecen malnutrición, falta de abrigo y precariedad de la vivienda, no acceso a agua potable e insumos de limpieza/higiene (jabón, detergentes, etc), pésimas condiciones de trabajo y sobre-explotación laboral (empleos precarios, talleres textiles clandestinos, ect), carencia de acceso a la salud y al cuidado sanitario, protección social, ... Un complejo espiral de determinantes sociales y económicos que claramente generan las condiciones de desigualdad social propicias para que sean los más afectados por estas enfermedades quienes tienen menos recursos a disposición para enfrentarla, justamente las víctimas de la inequidad social imperante en nuestros países.

### *Análisis de la situación en Salud*

Debe indicarse que los presupuestos que aquí se enumeran no agotan las dimensiones de análisis posible, sino que sólo buscan considerar ejes prioritarios y problemas coyunturales para pensar cuáles son los problemas estratégicos y las formas posibles de intervención frente tan acuciante escenario.

A partir de un sincero análisis en salud, innegablemente no se puede evitar expresar que la situación de la enfermedad de la Gripe A – Gripe Estacional –IRAS en Argentina es grave, que no esta controlado y sin duda ya mismo indica:

### **Eje 1 - Referencia a la Situación Epidemiológica:**

A- Que estamos frente a una **Epidemia**, y en ese escenario de la fase de mitigación debe generarse:

- Una Rectoría desde el Estado nacional clara, integral y con responsabilidad social sobre la información pública que se suministra. Dicha cuestión creemos que **fracasó** en esta Epidemia donde el Comité de Crisis y el Comité de Expertos del Ministerio de Salud de la Nación dieron medidas preventivas, información y llevaron adelante acciones contradictorias, ineficientes-ineficaces y con sesgos por las especialidades predominantes en dichas instancias operativas creadas.

Aunque se creó un Comité de Crisis nacional con participación de Expertos (preeminencia de Infectólogos y 1 Veterinario) que no se había realizado en el caso de la Epidemia del DENGUE, nuevamente se cometió el **ERROR** de no convocar intersectorialmente a representantes de las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud que son los que diariamente afrontan en los Hospitales-Centros de Salud-Unidades sanitarias esta epidemia y sus dificultades, a las Universidades Públicas, a las Organizaciones de la Sociedad Civil con trayectoria en la Salud



Colectiva, ni tampoco a especialistas en Salud Pública y Epidemiología que puedan aportar pensamiento en Salud en términos poblacionales y sociales.

Este “sesgo” como analizaremos en este documento, significó que las medidas tomadas tuvieran características individuales, clínicas y poco se puntualizó sobre la construcción de cuidado en salud, la protección social y la integralidad en la respuesta.

Además la falta de Rectoría político-institucional del Estado frente a esta emergencia evidenció y profundizó la fragmentación y descalabro operacional de nuestro Sistema de Salud, donde cada provincia-municipio-efector de salud (público o privado) tomó medidas según criterios propios, algunos incluso absolutamente innecesarias que generaron temor desmedido en el conjunto de la sociedad.

**B- Que es necesario declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (incluso considerando la situación de Dengue - Chagas – TBC, etc) para darle un marco institucional sanitario adecuado de respuesta frente a la Epidemia de Gripe-IRAS, conformar un Comité Operativo de Emergencias nacional basado en un criterio interdisciplinar/colectivo que evite nombramientos arbitrarios, que sea operativo y de acción; y a su vez crear un Fondo Especial para el combate de la enfermedad agilizando los mecanismos burocrático-administrativos en compras, equipamientos, insumos, tecnología, etc. A su vez, fortalecer la posibilidad de Cooperación internacional tanto técnica como financiera (OPS, OMS, Agencias de Cooperación, etc).**

Es válido aclarar que la Ley de Emergencia Sanitaria (Decreto 486/02) existente desde el año 2002 que el propio Ministro de Salud de la Nación Juan Manzur citó en sus recientes declaraciones fue elaborada simplemente para la **condonación de deudas y giro de subsidios cruzados** al Sector Privado (Clínicas/Sanatorios) y a las Obras Sociales de la CGT.

Eso fue denunciado públicamente por diferentes actores de la salud pública durante todos estos años, ya que solamente sirvió para consolidar los NEGOCIOS de la Salud sin responder a las necesidades colectivas sanitarias de nuestro país. **Nunca fue un mecanismo para fortalecer la Salud Pública ni la mejora del Sistema de Salud en Argentina.** Sus principales autores intelectuales y políticos fueron justamente el ex Ministro Dr. Ginés González García (*referente político del actual Ministro Juan Manzur*) y el Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación el diputado Carlos Sylvestre Begnis.

Desde Médicos del Mundo Argentina planteamos la derogación del Decreto 448/02, y la promulgación de una Ley integral de Emergencia Sanitaria abocada a la Salud pública.



**C- Dimensión del Problema:** La cantidad de casos confirmados, más el subregistro imperante en nuestro sistema de información epidemiológica indica que:

- 1- Al menos **hacemos una estimación de más de 100.000 casos de Gripe A** en todo el país, ya que se estima por lo menos en 110.000 las ETI (Enfermedad Tipo Influenza) que desde mayo recibieron los servicios de salud y que el virus circulante en un 90% es el A H1N1.
- 2- Oficialmente hasta el momento se tiene **2485 casos confirmados por Laboratorio** de referencia (Instituto Malbrán, ahora se sumaron Hospital Posadas y Hospital Abete de Malvinas Argentinas). Es importante resaltar que en la etapa de mitigación sólo se hace prueba diagnóstica en los casos graves, o bien, mortales; con lo cual el resto de casos sospechosos se resuelve por nexo epidemiológico.

### 3- A quienes afecta?

La incidencia de la Gripe A (H1N1) según los registros de la Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Nación (*al 3 de julio*) afecta más justamente a los grupos etáreos de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. El 43% se concentra en personas de edad escolar (5 a 18 años).

En un 54% a Mujeres, y en un 46% a los Varones.

En cuanto a la geo-referencia de los casos, conocemos que el lugar más afectado es sin duda la Provincia de Buenos Aires, principalmente el Conurbano Bonaerense. Luego le siguen Santa Fe (Rosario) y Ciudad de Buenos Aires.

No contamos con información actualmente Oficial sobre clase social, ni nivel de ingreso, etc.

- 4- **LETALIDAD:** Que las **73 muertes por Gripe A**, aunque no deja de ser grave, **no implica que esta Influenza A H1N1 sea más LETAL** que la gripe estacional.

Pero si se pone en duda teniendo en cuenta la dimensión/diseminación de la enfermedad que sólo existan 73 casos mortales.

En un escenario de los más realistas debemos hablar por lo menos de 3 veces esa cifra, que estaría cercana a las 200 muertes por Gripe A H1N1. Vale aclarar que sin embargo la Gripe A seguiría teniendo baja letalidad comparativa.

La **Letalidad** de la gripe A H1N1 en el mundo ronda en 0,2% en Australia/Gran Bretaña, el 0,3% Canadá, el 0,5% en Estados Unidos, entre otros. En foco de la Epidemia justamente en México llegó al 1,16% de letalidad,

Para hablar de este punto debemos tener en cuenta el contexto climático (*Argentina esta en plena etapa invernal, en EE.UU-México-Canadá se dio casi a finales del invierno ya inicios de la primavera el pico de la Epidemia*), el tipo de Sistema de Salud y Servicios



de Salud disponible analizando capacidad de respuesta y construcción de cuidado (**ver abajo Sistema de Salud**) y los determinantes socio-económicos (ver abajo).

La Letalidad de una enfermedad es calculada mediante

$$\frac{\text{Total de Muertes por Enfermedad X}}{\text{Total de Enfermos X}}$$

Para hablar de la **Letalidad de la Gripe A en Argentina** podríamos inferir 3 Hipótesis:

## HIPÓTESIS 1

Si se toman sólo los casos confirmados por Laboratorio (2485) del Ministerio de Salud de la Nación y las muertes confirmadas por las mismas fuentes ministeriales nos da una Letalidad muy por encima de la media internacional.

$$\frac{73 \text{ muertes por Gripe A}}{2485 \text{ Enfermos de Gripe A}} = 0,02939 \times 100 = 2,93 \%$$

Sería una letalidad casi 6 veces más que EE.UU., más de 9 veces mayor a la de Gran Bretaña, y duplicaría la de México.

Esta hipótesis pareciera ser la menos probable porque como lo pautan los protocolos de la Organización Mundial de la Salud, y lo hizo por ejemplo el CDC de Estados Unidos, una vez comenzado el contagio de persona-persona en el país ya no se realizan más pruebas diagnósticas por laboratorio a TODOS los casos de Tipo Influenza sino sólo a los graves y mortales. Por razones de costo-beneficio: de tipo técnico-sanitaria (no se puede perder tiempo en diagnóstico) y por razones económicas.

## HIPÓTESIS 2

Esta hipótesis se basa en la inferencia que hay 100.000 casos de gripe A en nuestro país (*es un calculo bajo el presupuesto que el 90% del virus circulante de Gripe es A H1N1 y Argentina tuvo ya más de 110.000 casos de Tipo Influenza en los servicios de Salud*) y las muertes se mantienen en 73 notificaciones como hasta el momento fueron notificadas por el Ministerio de Salud de la Nación y Ministerios provinciales.

$$\frac{73 \text{ muertes por Gripe A}}{100.000 \text{ Enfermos de Gripe A}} = 0,00073 \times 100 = 0,073 \%$$

En esta **hipótesis de letalidad** estaría muy por debajo de la media internacional (0,3% al 0,5%), lo cual pareciera ser poco probable porque justamente en Argentina el pico de la Epidemia se da en la estación invernal con la incidencia de IRAS, Gripe estacional, un sistema de salud inoperante, etc.



### HIPÓTESIS 3

Esta hipótesis se continúa basando en la inferencia que hay 100.000 casos de gripe A en nuestro país (*es un calculo bajo el presupuesto que el 90% del virus circulante de Gripe es A H1N1 y Argentina tuvo ya más de 110.000 casos de Tipo Influenza en los servicios de Salud*) y se aplica la Letalidad más baja del 0,2%, las muertes en Argentina estarían por lo menos en 200 casos.

$$\frac{\text{X (200) muertes por Gripe A}}{100.000 Enfermos de Gripe A} = 0,002 \times 100 = 0,2 \%$$

Desde **Médicos del Mundo Argentina** consideramos esta hipótesis resulta la más probable en nuestro país conociendo la situación de base de la diseminación de la Gripe A, las malas condiciones de vida de millones (Ver Determinantes), que anualmente tenemos 3200 muertes por Gripe estacional, 19.000 por IRAS por ejemplo, entre otras consideraciones que aborda este documento de base.

A pesar de tener un número de muertes mayor al reconocido oficialmente, como quedan demostrados en las 3 hipótesis si utilizamos la media de letalidad internacional (0,2%), la LETALIDAD de esta Gripe A seguiría siendo baja y mucho menor a la de la Gripe Estacional.

Como conocen los equipos de profesionales de la salud en terreno, hay muchísimos casos de muertes por IRAS (Bronquiolitis – Neumonías – etc) que anualmente ni siquiera llegan a ser atendidos o registrados en nuestro Sistema de Salud público. A su vez, el sector Privado y de Seguridad Social de Salud tienen una notificación de morbi-mortalidad casi nula a las Estadísticas oficiales de Salud de nuestro país. Esto habla de la inexistencia incluso de la integración de la información epidemiológica en Salud de los 3 subsectores (Público – Privado – Seguridad Social) en la República Argentina.

Es decir, lo grave de un análisis integral de la situación en Salud sobre la Gripe A no es justamente su LETALIDAD sino:

- El poder de **propagación/diseminación** que tiene el virus, teniendo en cuenta que Argentina se encuentra en plena etapa estacional invernal donde se registran anualmente las condiciones de epidemia de enfermedades respiratorias agudas.
- Que en realidad lo grave es que apareció **una nueva enfermedad con un patrón de morbi-mortalidad nuevo** que no teníamos en el ya grave contexto de epidemias de IRAS, Gripe Estacional, etc, preexistente.
- Que no sólo esta afectando a los Grupos Etáreos en Riesgo (Menores de 5 años y Ancianos) sino también a otros grupos etáreos que no son considerados en esa categoría de análisis (Ej: Adultos jóvenes, etc).



- 5- Argentina debe darse un trabajo para dar calidad y crear un verdadero **Sistema de Información Epidemiológica en Salud y un Sistema de Estadísticas en Salud** (hoy inexistentes) confiable, riguroso científicamente accesible y de calidad.

La flaqueza en la calidad y carencia de Información Epidemiológica fiable en Argentina hace que quienes gestionan el Estado (nacional – provincias- local) tomen decisiones sobre la base de la IMPROVISACIÓN, el INSTINTO y las INFERENCIAS ya que no se dispone de análisis en salud e información epidemiológica de calidad que justamente debiera ser la base de la TOMA de DECISIONES en Salud.

Los ejemplos están a simple vista: *El COFESA se reunió tarde para definir criterios de rectoría nacional para enfrentar la Epidemia, cada municipio u provincia dispuso medidas propias sin pautas sanitarias de ningún tipo en algunos casos, el Comité de Crisis y de Expertos generó un proceso de comunicación errónea, dispar, etc.*

Como sabemos en Argentina existe -comprobado por múltiples actores sociales en el propio terreno- una flagrante manipulación, ocultamiento y opacidad en el suministro de información epidemiológica en cada una de las provincias donde cotidianamente no se informan fehacientemente la situación en salud de nuestra población.

## **Eje 2- Sistema de Salud en Argentina - Rol del Estado y Servicios de Salud:**

Una vez más quedó evidenciado que el Estado (tanto nacional – provincial – municipal) carece de políticas públicas de salud integrales y activas, sumiendo sus acciones bajo el manto de la fragmentación, descoordinación, improvisación, desfinanciamiento y desfuncionalización del Sector Público de Salud (y *la discrecionalidad, heterogeneidad y arbitrariedad del accionar del Sector Privado y Seguridad Social*). Esto implica en el combate a la Epidemia de Gripe A – IRAS – ETI:

- a- En una rápida evaluación de nuestro Sistema de Salud (que es Mixto ya que cuenta con 3 subsectores: Público –Privado-Seguridad Social) y las acciones del Estado para generar protección social consideramos que:
  - Que este Sistema de Salud permanentemente trabaja al límite de su capacidad de respuesta, por eso fácilmente es desbordado y colapsado como sucedió actualmente. Esto tiene que ver con la falta de oferta de Servicios de Salud - Infraestructura – Cantidad/Calidad de Recurso Humano - Inversión acorde a la demanda y necesidades colectivas en salud que tiene el 48% de nuestra población, que cuenta como única opción el Sector Público de Salud.
  - Que nuestro **Sistema de Salud no construye ni CUIDADO ni Salud**, sino sólo piensa y reproduce ENFERMEDAD.



- Que la **capacidad de respuesta es NULA** desde el actual ineficiente-ineficaz modelo de organización, financiamiento y modelo de gestión del Sistema de Salud en Argentina y sus 3 subsectores.
  - Que la organización de este Sistema de Salud genera descontrol operacional que se visualiza en la falta de integración incluso de los 3 Sub-Sectores de Salud.
  - Que la **fragmentación del Sistema de Salud (SS) en Argentina** (3 subsectores) no produce equidad distributiva, sino que **profundiza la inequidad en salud, la descoordinación**, la multiplicidad de criterios de acción (*cada Provincia, cada Municipio, cada Subsector actúa como le parece y le resulte más rentable en algunos casos*) con lo cual nuestro SS no genera ni pisos de ciudadanía ni cumplimiento efectivo en el Derecho a la Salud.
  - Que el Estado sólo invierte el 1,9% de su PBI (sólo el 23% del Gasto total en Salud en Argentina) para responder a los problemas de salud-enfermedad-atención-cuidado de por lo menos entre 17 y 19 millones de ciudadanos y residentes. Esa política de desfinanciamiento permanente tiene su impacto directo en la Salud de nuestra población.
  - Que nuestro Sistema de Salud fue pensado hace más de 30 años ligando la Salud al Trabajo. Un modelo pensado para un país de pleno empleo donde la mayoría de la población accedía a Salud vía la Seguridad Social (Obras Sociales) porque tenía trabajo formal. Así el Sector público de Salud era pensando para la población pobre que en aquellos años estaba en menos de un 10% del total de habitantes. Más allá que esto dista mucho de un Sistema de Salud Universal gratuito y generador de ciudadanía; este modelo de organización del Sistema de Salud argentino ya no resulta acorde a una sociedad argentina donde como producto de los últimos 30 años de retroceso social-económico-NBI de millones de familias hoy el 50% de la población es pobre-indigente o bien si tiene empleo es precario/informal. Con lo cual de aquí la paradoja de pedirle respuesta a un Sistema de Salud Público pensando para el 10% de la población, que hoy debe darle respuesta al 50% de la misma. El desborde y colapso asistencial es indudable.
- b- La absoluta **carencia de políticas activas de prevención y promoción de la salud** colectiva a nivel poblacional basado en las mejoras de las condiciones de vida, en los principios de integralidad, universalidad, gratuidad y de calidad, con el necesario enfoque intercultural en las zonas donde sea menester hacerlo.

Es importante remarcar en este punto que **más allá de los loables discursos y narrativas** manifestadas desde las administraciones sanitarias tanto de los Estados provinciales como del Nacional en la necesidad de fortalecer las políticas públicas de prevención y promoción de la salud colectiva, **en la práctica la inversión pública de recursos directos es insignificante en estos ítems**. Se sufre desde los años '90 de una política de reducción de los planteles profesionales y de recursos disponibles para la especialidad de Prevención/Promoción de la Salud (*su importancia radica en el número, capacitación y entrenamiento del recurso humano, ya que es recurso humano dependiente*).

C - Que a sabiendas que Argentina tiene condiciones estructurales de brotes epidémicos que en año 2008 reflejaron:

- Número de Muertes por IRAS: 19.000 muertes
- Número de casos de Neumonías 203.504



- Número de casos de Enfermedades Tipo Influenza (ETI) 1.186.997 casos
- Número de Muertes por ETI: 3200
- Número de casos de Bronquiolitis: 262.285- Nº de Muertes en Menores de 5 años: 566

#### **Hubo carencia de Planificación Estratégica en Salud:**

- **No se llevaron adelante políticas activas de instalación de una cultura de prevención y promoción sanitaria desde los Servicios Públicos de Salud con la participación en el diseño-ejecución-control de estas junto a la sociedad civil.**
- **No se realizaron mejoras en la cantidad-calidad de los profesionales/trabajadores de la salud con dedicación exclusiva en el Sector Público, ni mejora en sus condiciones de trabajo. Hoy se demuestra en la falta de insumos de bioseguridad para la atención en Hospitales y Unidades Sanitarias, precarización laboral extrema, carencia de profesionales, migración del sector público al privado, etc.**
- **No hubo políticas de Higiene y cuidado familiar por ejemplo con entrega de Kits de Limpieza (Jabón, Detergentes, etc) para aquellos conjuntos sociales que no tienen acceso a la compra de dicho insumos en el mercado.**
- **No se trabajó sobre el Hacinamiento domiciliario (NBI) que en su gran mayoría en Argentina va a de la mano de mala alimentación que potencia las condiciones para los problemas de salud-enfermedad respiratorios agudos como IRAS y ETI, incluso TBC, entre otras. En plena Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires en villas /asentamientos es inexistente políticas para este contexto-situación objetiva.**
- **No hubo obra pública (*debe ser una política activa y permanente*) para la mejora de viviendas, donde millones hoy sobreviven en nuestro país a la intemperie o en la calle, o bien, en casillas/ranchos/villas/asentamientos donde padecen falta de abrigo cotidiano en etapas invernales, sabiendo que la mejora en las condiciones de vida, tiene una relevancia significativa para logros de impacto en Salud.**
- **Los Ministerios de Salud provinciales no realizaron acción alguna sobre la problemática de brotes epidémicos de IRAS y ETI. Los niveles de inmunizaciones con la Vacuna Antigripal siguen siendo bajos.**
- **En cuanto al acceso a los insumos, elementos y fármacos recomendados para el cuidado de la salud/prevención como para la cura de la Gripe A (*Ej: alcohol en gel, barbijos, jabón o fármacos antivirales, etc*) para quienes estén en condiciones de hacerlo vía el consumo en el mercado, hasta el momento no se visualizaron políticas ni acciones tendientes al control de precios por parte del Estado garantizando el derecho a la salud e impidiendo comportamientos abusivos/especulaciones de mercado ante una Emergencia Sanitaria (*ni desde el Ministerio de Salud de la Nación ni tampoco desde la Secretaria de Comercio Interior de la Nación*)**



Las medidas de bloqueo y aislamiento social masivas en algunos casos fueron correctas-efectivas como el cierre de Escuelas, Universidades, etc. Pero resulta sorprendente que sólo se tomaran masivamente una vez pasadas las Elecciones legislativas nacionales. Esto se observó principalmente en el comportamiento de los Ministerios de Salud de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, donde claramente se especuló con la salud de la población.

La Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires resultaron ser las administraciones donde quedó más en evidencia ese pacto de “*minimización*” antes del 28 de Junio, y “*sobre-actuación*” incluso a partir del 29 de Junio. Deberá quedar en manos de los órganos públicos competentes de control ciudadano (Ej: Defensoría del Pueblo de la Nación) evaluar estos comportamientos y sus potenciales consecuencias jurídicas.

En definitiva, las acciones profundamente ineficientes-ineficaces de los Estados provinciales y sus gestiones en los Ministerios de Salud locales demuestran una política de abandono de la salud colectiva.

### **Eje 3- Impacto de los Determinantes Sociales, Económicos, Culturales de la enfermedad:**

En Argentina la desigualdad social y las condiciones de pobreza estructural reflejan y mejor expresan los determinantes sociales y económicos por los cuales las IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) – ETI (Enfermedades Tipo Influenza) y ahora la Gripe A pueden potenciarse, siendo más letales en los que menos tienen:

- Justamente donde hay mayor incidencia de casos y de muertes por Gripe AH1N1 es la Provincia de Buenos Aires (*principalmente el Conurbano Bonaerense –Ej: La Matanza, Lomas de Zamora, San Miguel, entre otros*). Es el territorio donde el 14,5% de la población padece Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es decir 345.817 Hogares que implica en un 60,5% no tengan cobertura en salud, un 46,4% sin provisión de agua potable/corriente, un 6,4% con pisos de tierra (*Fuente: CENSO 2001 Indec*).

(2) Las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron definidas de acuerdo con la metodología utilizada por INDEC en "La Pobreza en la Argentina", (Serie Estudios INDEC Nº 1, Buenos Aires, 1984).

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto.
- Vivienda: hogares que habitaran en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).
- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.

**A - Esta información precedente sólo intenta sintetizar que las IRAS – ETI son enfermedades con mayor prevalencia y alta incidencia en los sectores más pobres de la población, víctimas de profundas desigualdades sociales como el caso de Argentina que ayudan a su distribución y virulencia. Así aunque la Gripe A H1N1 afectó a distintos Grupos Sociales estratificados por ingreso, quienes padecen la**



**pobreza-indigencia-NBI son quienes tienen menos recursos (económicos, sociales, biológicos) para hacer frente a este tipo de Epidemias.** La bronquiolitis con 566 muertes en menores de 5 años en el 2008 afectó a los sectores más desfavorecidos del país.

**B - CONDICIONES de VIDA: Queda claro que las condiciones de vida potencian la distribución de la enfermedad en tanto:**

**- Factores Ambientales:**

- Viviendas precarias que generan falta de abrigo y desprotección frente a los niveles de frío estacional.
- Más de 10.000 personas en Ciudad y más de 15.000 en Provincia de Buenos Aires están en situación de calle, es decir, a la intemperie social.

**- Factores Nutricionales-Alimentarios:**

- 40% de la población menor de 5 años con anemia.
- Desnutrición infantil crónica y mala nutrición en Adultos: son 3.000.000 de personas en situación de indigencia que no pueden cubrir la Canasta Básica Alimentaria, con lo cual están mal nutridos o subalimentados.

**- Factores Sociales y de Acceso a los Servicios de Salud:**

- Inequidad en el acceso a los servicios públicos básicos
- No acceso a servicios públicos de salud de calidad, para quienes tienen como única opción el sistema de salud del Estado.
- No acceso a educación en salud en general, y para la Salud en particular.
- No acceso a información y a conocimiento sobre medidas preventivas
- No acceso a insumos-elementos (Jabón – Detergente-Lavandina, etc) para tomar medidas preventivas intra-familiares.
- Otros.

**C. TRABAJO y SALUD: Las condiciones, relaciones, procesos y tipos de trabajo en nuestra sociedad actual determina frente a la Epidemia de Gripe A H1N1:**

- Que las malas condiciones de trabajo, flexibilización laboral, precariedad en el empleo que se potenció a partir de la década de los '90 donde actualmente un 40% de la Población Económicamente Activa(PEA) padece empleo informal; genera sobre-explotación laboral, estrés, falta de descanso, falta de prevención en Salud del Trabajador, no cuidado en el trabajo que claramente se transforman en condiciones determinantes para el contagio del Gripe A H1N1.
- Que estas condiciones de “naturalización” de la sobre-explotación en el Trabajo afincó pautas culturales como el “*presentismo patológico*” a cualquier precio, incluso generando procesos donde el trabajador asiste a su labor incluso “enfermo” para evitar el ausentismo u cualquier medida punitiva de su patrón. Esto claramente no favorece el combate a la Epidemia de Gripe A.
- Que las licencias establecidas (personas embarazadas, o con VIH/sida, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades cardiovasculares, inmunodeprimidos, etc) para grupos vulnerables por el Ministerio de Trabajo de la Nación en muchos casos no se cumplen ni siquiera en el empleo formal principalmente en el Sector Privado de nuestra economía.
- Que incluso es el propio Estado el que mantiene relaciones de trabajo y contratación “flexibilizadas” y basadas en malas condiciones de trabajo. Un ejemplo paradigmático



radica específicamente en los trabajadores/profesionales de la salud que en un 40% en nuestro país tienen empleos precarios en el Sector Público de Salud.

- Incluso en las situaciones de sobre-explotación laboral se dan las situaciones de Trata de Personas como es el caso por ejemplo de los Talleres Clandestinos Textiles se dan todas las condiciones que se buscan evitar para el contagio de Gripe A H1N1: jornadas de 14 horas, hacinamiento y falta de ventilación en lugares cerrados-pequeños, falta de higiene, mala alimentación (1 comida al día), entre otras muchas cuestiones.

Nuestra sociedad no alcanzará mayores niveles de Salud Colectiva ni podrá evitar Epidemias como la de Gripe A – IRAS – ETI, o Dengue o enfermedades endémicas como Chagas / TBC / Paludismo / Fiebre Amarilla / Desnutrición infantil crónica, etc ... si no se atiende **SIMULTÁNEAMENTE** a los determinantes sociales-económicos de la misma: alimentación adecuada, vivienda digna, educación, trabajo decente, acceso al agua potable y servicios sanitarios, medio ambiente saludable, entre otros derechos sociales, económicos y culturales. Todos ellos son derechos humanos fundamentales y no pueden resultar sino de políticas activas universales e integrales.

#### a. **Referencia a la Prevención / Promoción de la Salud Colectiva:**

- **Que se debe potenciar medidas masivas de CUIDADO en Salud ausentes hasta el momento desde el Ministerio de Salud de la Nación como:**
  - Fortalecer una Alimentación adecuada y Soporte nutricional en esta etapa estacional para mejorar el sistema inmunitario. Reforzar alimentación en base a cítricos como naranja, mandarina; también verduras crudas, garantizar 1 huevo por día (fuente de hierro y Vitamina A) y carne de cualquier tipo (pollo – vacuna - hígado incluido), dulces (caseros) para proteínas. Se debería empezar por los comedores populares y sitios de entrega de comida a sectores pobres.
  - Mejora de abrigo en Viviendas precarias y/o con personas en situación de calle para enfrentar las inclemencias y desprotección del frío estacional. Ej: *Entrega de frazadas, materiales impermeabilizantes para viviendas precarias, chapas, etc.*
  - Fortalecer las acciones de prevención colectiva en el Trabajo (formal –informal), donde se producen los mayores tiempo de contacto continuo.
  - Entrega casa por casa de Kits de Limpieza (Jabón neutro, Detergente, Lavandina, Trapos, etc) en hogares con NBI para la higiene preventiva tanto familiar como domiciliar.
  - Entrega de Kits de Limpieza en lugares públicos como Terminales, Trenes – Subtes, etc.
- **Que es necesaria la participación de la sociedad civil por la Salud Colectiva, pero no puede ni debe ser un instrumento de los Gobiernos cuando el Estado esta ausente y/o las gestiones de los Ministerio de Salud terminan reconociendo tarde y mal un problema de salud pública como esta Epidemia de IRAS – ETI - Gripe A H1N1 que se enfrentó nuevamente desde la imprevisión, impericia, desinterés y falta de *capacidad / recursos* que traspasan todo el sector público de salud en Argentina.**



- Que se la utiliza como un llamamiento instrumental a la sociedad civil para *colabore / intervenga / ayude* sobre la Epidemia de Gripe A H1N1 sin tener en cuenta las limitaciones y/o carencias estructurales de millones para seguir por ejemplo medidas preventivas básicas. Además la convocatoria deja por otro lado a la sociedad civil *fuera* de la toma decisiones, con falta de acceso al derecho a la información sobre la situación de la salud colectiva fidedigna y del *pensar/hacer* frente a la situación en salud planteada con la Gripe A H1N1. En esto la conformación del Comité de Crisis-Expertos pareciera más un concierto de buenas intenciones, que un espacio de pensamiento para la acción.
- Que sólo es visualizada la prevención/promoción de la salud desde el Estado (*ver declaraciones de funcionarios nacionales y provinciales*) como una estrategia para ampliar la cobertura de las acciones de salud a bajo costo, tratando de transferir responsabilidades a los individuos sobre su salud y la de su comunidad. Ya que por otro lado no se mejora la inversión pública en salud, no se incrementa la oferta de servicios de salud ni de acciones por ejemplo frente la situación que estamos pasando.
- Que la universalización del tratamiento por el antiviral (oseltamivir – zanamivir) para todo caso sospechoso en el Sistema de Salud, podría ser un mensaje contra-productivo en el sentido de no priorizar ni profundizar las acciones de CUIDADO – PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA antes descriptas.
- En este sentido, es importante recomendar el Uso Racional de los Medicamentos, desalentando la medicalización como proceso mágico ni la automedicación. Por otro lado, desechar las acciones de aprovisionamiento individual del antiviral que pueden generar daños para la salud individual como colectivamente falta de disponibilidad para aquellos casos que realmente lo necesiten.
- Que es prioritario el fortalecimiento y el protagonismo de nuestra Red de Laboratorios Públicos para la producción estatal de Medicamentos Esenciales, Sueros y Vacunas; que a su vez refuerce-profundice una capacidad institucional instalada tecnológica y sanitaria que pueda dar respuestas en tiempo real para enfrentar este tipo de Emergencias.

## **A MODO DE CONCLUSIONES:**

Médicos del Mundo – Argentina evitando las especulaciones de la coyuntura y a modo de garantizar una respuesta acorde a la gravedad de las circunstancias manifestamos:

- Que es necesario que **se declare inmediatamente la Emergencia Sanitaria Nacional** reconociendo el **carácter grave de Epidemia** sobre la situación de Gripe A H1N1 – IRAS - ETI. Esto permitiría movilizar recursos presupuestarios, partidas extraordinarias, solicitar pedidos de ayuda



internacional, ampliar la participación de la sociedad civil convocando genuinamente a la misma y realmente darle el marco socio-sanitario que se merece la situación.

- Que es momento en términos estratégicos de plantear desde el Estado Nacional una Reforma Sanitaria que impulse: LA CREACIÓN DE UN VERDADERO SISTEMA ÚNICO DE SALUD GRATUITO IGUALITARIO Y DE CALIDAD, FINANCIADO POR RENTAS GENERALES del ESTADO, ACCESIBLE A TOD@S AQUELL@S QUE PISEN EL SUELO ARGENTINO, QUE OFREZCA RESPUESTAS INTEGRALES PRIORIZANDO LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA DESDE UN ENFOQUE INTERCULTURAL con LA PARTICIPACIÓN Y CONTROL DEMOCRÁTICO POPULAR.
- **Inversión urgente en sistema de salud y protección social para mitigar el daño en zonas ya afectadas y para evitar su propagación al resto.**
- Que es necesario crear en este rumbo, un Comité de Crisis y un Comité Operativo de Emergencia de carácter nacional sobre la Epidemia que garantice una mirada intersectorial e interdisciplinar donde estén representados el Estado, trabajadores/profesionales de la Salud, Universidades públicas y organizaciones de la sociedad civil con trayectoria en la Salud Colectiva. Esta composición del Comité Operativo de Emergencias es quien debe participar en el diseño-ejecución de las acciones como en el control de los 1000 millones de pesos anunciados para enfrentar esta situación.
- Que inmediatamente se debe lanzarse un plan integral de prevención / promoción de la salud, comunicación social, Cuidado, mejora de acceso al abrigo y alimentación adecuada\_casa por casa en cada provincia afectada: dando información preventiva sobre enfermedad, entrega de Kits de Limpieza, aprovisionamiento de abrigo necesario, refuerzo de soporte nutricional por casas y en comedores populares, entre otras medidas.
- Que se debe implementar a la brevedad la incorporación intensiva, capacitación y formación integral e integrada de equipos interdisciplinarios e intersectoriales intersubsectores, con instancias interjurisdiccionales, para al personal de salud del Sector Público de Salud para desarrollar estas acciones.
- Que se debe cumplir con el Derecho de todo ciudadano, al acceso a la información fiable y fidedigna sobre situación de la salud colectiva de todos los habitantes de nuestro país sobre la Epidemia de Gripe A H1N1 para tomar las medidas de cuidado pertinentes.
- Que esta situación tiene que ver en gran medida en nuestro país con las propias condiciones de vida de más de 17 millones de personas que padecen hacinamiento domiciliar, mala alimentación, no acceso a agua potable para higienizarse, sobrevivencia en situación de calle, tipo de viviendas, carencia de acceso a la salud y al cuidado sanitario, protección social, ... Un complejo espiral de determinantes sociales y económicos que claramente generan las condiciones de desigualdad social propicias para que sean los más afectados por esta enfermedad justamente las víctimas de la inequidad social imperante en nuestro país.



- Que el tipo de organización social y económica de un país, determina patrones de cómo vive, enferma y muere los conjuntos sociales excluidos.
- Que lamentablemente esta situación se debe asumir como parte del abandono del Estado de sus funciones esenciales de garantizar el derecho a la Salud de nuestra sociedad, de la carencia nacional de políticas públicas integrales y universales en salud colectiva; de las desastrosas gestiones de los Ministerios de Salud provinciales, del desfinanciamiento y desfuncionalización de la capacidad de *pensar / intervenir / accionar* del Estado en las últimas décadas, de la inexistencia de un Sistema Unificado de Salud público, universal y gratuito que sea el motor para garantizar el derecho a la salud de nuestro pueblo siendo un creador de ciudadanía y distribución de la riqueza, entre otros factores estructurales.
- Que debe generarse una política del cuidado de los recursos públicos sobre la compra masiva de Medicamentos antivirales (oseltamivir – zanamivir) utilizados para el tratamiento de profilaxis de la Gripe A H1N1, ya que el Estado nacional hasta el momento compró millones de dosis por marca (Tamiflu) al laboratorio Roche a precio de mercado (o bien el Relenza(zanamivir) de Glaxo), teniendo en cuenta que el Tamiflu tiene su patente vencida desde hace años y se podría haber comprado a mucho menor costo una copia genérica (Ej: Laboratorios nacionales, u otros).
- Que esta Epidemia de Gripe A H1N1 una vez más (como en el DENGUE) puso al descubierto **la opacidad, fragmentación y manipulación del Sistema de Información Epidemiológica /Sistema de Estadísticas de Salud en Argentina**, constatando que las provincias y sus efectores locales mantienen una política permanente de “*manipulación de la información epidemiológica*” que tiene impacto directo sobre la Estadísticas en Salud de la República Argentina. Esto refleja lo que desde el Foro Social de Salud más de 60 organizaciones de la sociedad civil venimos manifestando hace años: que en este contexto y conociendo el accionar en las administraciones provinciales es imposible dar fiabilidad a las informaciones de las enfermedades como el Chagas, Leishmaniasis, Tuberculosis, Mortalidad /Desnutrición Infantil, Mortalidad materna, Dengue; que claramente prefiguran el perfil epidemiológico de profundas desigualdades y inequidad en salud en nuestro país.
- Que se debe iniciar una **investigación independiente sobre la falta de cumplimiento de los deberes públicos de los funcionarios del Estado frente a esta situación**. En relación a las acciones epidemiológicas que se tomaron antes del 28 de junio y después de las Elecciones.
- Que se debe **destacar la labor de los profesionales y trabajadores de la salud** de todo el país, incluso cientos con la enfermedad de Gripe A H1N1 actualmente, que con su compromiso y dedicación sobre la salud pública ponen el cuerpo por la Salud Colectiva a pesar de las condiciones antes mencionadas.



- Que no puede ni debe tomarse de “*aprovechamiento político-partidario con declaraciones oportunistas*” una crisis que tiene a miles de personas en una crisis sanitaria y padeciendo una Epidemia de este tipo. Que se debe enfrentar con una mirada multipartidaria y multisectorial. Que como plantea este documento la inacción y falta de políticas públicas de salud traspasa transversalmente a todo el arco político y sus actuales gestiones de Gobierno.
- Que debe haber una política responsable de comunicación social permanente, clara y fiable de cara a la sociedad para evitar procesos de desinformación, desconfianza y falta de credibilidad. Los Medios de Comunicación Masivos también tienen un rol central en la calidad de la información, sus fuentes y testimonios veraces tanto como los voceros del Estado. En momentos de tanta vorágine informativa (o desinformativa incluso), recordar que frente a los desafíos de la salud colectiva, ni la desesperación ni el pánico ni el miedo nos ayudan en estas situaciones.

***Julio del 2009***

***Secretaría de Planificación en Salud***

***Médicos del Mundo Argentina***

*Fuentes Bibliográficas:*

- 1- Sala Situación Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina.
- 2- Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud.
- 3- Medidas preventivas de la Organización Mundial de la Salud y de la OPS.
- 4- Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina.
- 5- Boletín Epidemiológico Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina – Ministerio de Salud de la Nación (Año 2008).