



## **Informe colectivo “Sombras sobre la Salud”** **EXAMEN PERIODICO UNIVERSAL** **Argentina - 2012**

El Foro Social de Salud y Ambiente en Argentina (<http://www.forosocialsaludargentina.org>), es un colectivo o coalición de organizaciones sociales, ONGs, sindicatos, organismos de derechos humanos, académicas, movimientos sociales, campesinos y de pueblos originarios, feministas, ambientalistas, organizaciones de usuarios, y de ciudadanos en general que nos unimos para luchar por el Derecho a la Salud Colectiva de los Pueblos y por los derechos económicos, sociales y culturales en su carácter universal e integral.

**Sus miembros:** *Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) – Médicos del Mundo Argentina/Cono Sur – Red por el Derecho de las Personas con Discapacidad (REDI) - Cátedra de Salud y Derechos Humanos (Facultad de Medicina UBA) – Secretaria de Extensión Universitaria Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario (UNR) – Congreso de Salud Mental/Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo (UPMPM) – Foro Salud/Espacio Carta Abierta - Área de Salud y Población/Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad Ciencias Sociales UBA) – Frente Nacional Campesino (FNC) - MOCASE/FNC (Movimiento Campesino de Santiago del Estero en FNC) – Movimiento Barrios de Pie - Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Bs.As.(CICOP) - Cátedra de Psicología Preventiva (Facultad Psicología UBA) - Asociación Latinoamericana de Medicina Social/Coord. Cono Sur (ALAMES Cono Sur) - Movimiento de Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto – Payasos Unidos – Movimiento por un Sistema Integrado de Salud (MOSIS-Córdoba) – Confederación General de Profesionales de la República Argentina (CGP) – Confederación Mapuche /consejo zonal Xawunko comunidades Newen Mapu/ Puel pyjv (Neuquén) - Asociación toba-qom Meguesoxochi (Chaco) - Odontólogos Solidarios Argentinos (OSA) - Movimiento por el Derecho a la Alimentación Ciudad Bs.As. – Fundación Rumbos - Asociación Civil Ester Goldenberg/Grupos Vulnerables - Fundación Epilepsia (FUNDEPI) – Asociación civil “Sostén” por los Derechos de las Personas con Cáncer - Asociación Solidaria de Insuficientes Renales (ASIR) - Cátedra de Sociología de la Salud (Facultad Ciencias Sociales UBA) – Agrupación de Enfermería 21 de Noviembre – RED FUV (familiares, usuarios, voluntarios de salud mental) - Sociedad de Medicina Rural (Neuquén) – Equipo de Educación Popular/Pañuelos en Rebeldía – Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM) - Colectivo 448 de Salud Mental (Ciudad de Buenos Aires) - Comunidad Homosexual Argentina (CHA) – Asociación civil Intercambios - Asociación Sindical de Profesionales de la Salud Municipal de Bahía Blanca (ASPSAM) - Asociación Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina (AAPM-CTA) - Espacio Democrático de Profesores (Facultad de Medicina UBA) - Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN) – Central Campesina de Los Jurés (Stgo del Estero) – Asociación de Salud Pública de Argentina (ASPA) - - Asamblea Ambiental del Sur - Colectivo de Salud y Medio Ambiente de Bahía Blanca – Cátedra de Medicina Social (Facultad de Trabajo Social – Universidad Nacional de La Plata) – Asociación civil El Agora – Educadores Ambientales en Red – Circo Trivenchi – Asociación civil Develar - Red de Buenas Prácticas en el campo de los Servicios Sociales, de Salud de Base y Salud Mental – Agrupación de Familiares de Estudiantes de Argentina en Cuba (AFEAC) - Jornadas de Salud y Sociedad 2010/Asociación Profesionales en Formación - Asociación Civil Grupo Des/pegar Vínculos Sin Violencia - Red de Investigación y Desarrollo para la Integración y los Derechos Humanos (Tucumán - A.I.D.I.) – Centro de Estudiantes Facultad Ciencias Médicas UBA (CECIM).*

**Párrafo introductorio:**

Mediante este informe el Foro Social de Salud y Ambiente pretende subrayar el incumplimiento de los derechos humanos por parte del estado Argentino con respecto a la salud. Sin duda la salud es uno de los temas pendientes en la Argentina: el sistema de salud argentino es profundamente desigual genera ciudadanía diferenciales con derechos estratificados, es incapaz de atender las necesidades en salud de la población y se encuentra en una situación de crisis permanente.

En una primera parte analizaremos el sistema de salud argentino: sus problemas estructurales inherentes a su propia organización y funcionamiento generadores de desigualdades e incapaz de garantizar el derecho a la salud de la población. A este análisis seguirán una serie de primeras recomendaciones.

Después de relevar estos problemas transversales del sistema de salud argentino este informe destacará otras sombras sobre el derecho a la salud que necesitan una respuesta urgente por parte de los poderes públicos a saber: el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, la cuestión de las minerías, de los agrotóxicos y de sus impactos sobre la salud, la aplicación de la ley de salud mental, la desigualdad en el acceso al misoprostol, la contaminación del agua y la problemática de los medicamentos.

**Las organizaciones que participaron a la elaboración de este informe son:** Médicos del Mundo-Argentina, Cátedra de Salud y DDHH de la Facultad de Medicina -UBA; Catedra de Psicología Preventiva, Facultad de Psicología -UBA, REDI, Red por los derechos de las personas con discapacidad, Cátedra de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina UBA, Foro Hídrico Lomas de Zamora, Lesbianas y feministas por la opción del aborto, el consejo directo de ciencias médicas de la Universidad Nacional de Rosario, Colectivo 448 de salud Mental.

## 1. Un sistema de salud fragmentado, desigual y en crisis.

2. Argentina ha salido de una de la que fue la mayor crisis de su historia, de un modo estable pero extremadamente inequitativo. Así, comparar cifras entre 2001 y 2011 es ocioso, ya que –por ejemplo- el índice de Gini es el mismo que en 1994. Si puede decirse que “el país mejoró”,-en parte porque sí hay menor desocupación e indigencia- también debe establecerse que-salvo lo dicho- la mejora en cifras de la economía dista de tener un claro reflejo en el bienestar de la población, salvo cayendo –otra vez- en comparar con las cifras del peor momento de la crisis.
3. Esta cuestión estructural ha tenido extrema relevancia histórica en el área de la salud<sup>i</sup>, y aun más en los últimos años. De hecho, salvo un puñado de funcionarios actuales y algunos ex funcionarios, en general todo el sanitarismo argentino está de acuerdo en que el área de la salud es una de las de peor desempeño del actual gobierno.<sup>ii</sup>
4. Así Argentina transita aún hoy una emergencia sanitaria y ambiental permanente a la que debemos dar respuesta. Hoy se habrán muerto más de 20 chicos menores de 5 años por causas evitables<sup>iii</sup>, más de un 4% padece desnutrición infantil crónica(OMS) y 42% anemia, y el mismo sector poblacional que padece Necesidades Básicas Insatisfechas(NBI) es donde inciden el Chagas, el Dengue, Tuberculosis con 1000 muertes al año, la Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, Hantavirus, Paludismo, 100 muertes por abortos inseguros, 300 madres en su mayoría jóvenes que mueren por un deficitario sistema de salud, padecimientos mentales y 2900 suicidios al año, el VIH-SIDA, y podríamos seguir enumerando. Con los nuevos desafíos epidemiológicos de la determinación socio ambiental de la salud: El monocultivo de soja transgénica intoxicando con agrotóxicos por miles de hectáreas con incremento exponencial de muertes por malformaciones congénitas y cánceres vinculado a expulsión de los pueblos campesinos-originarios-indígenas abandonando sus estrategias de soberanía alimentaria y reproduciendo pobreza periurbanas, la minería a gran escala destructiva del ecosistema y la vida, las urbanizaciones inequitativas generadoras de desechos masivos y patrones malsanos vida, y la lista continúa. Como vive nuestra sociedad, se enferma y se muere.
5. El modelo dual de protección social histórico en Argentina además de profundizar desigualdades sociales y de salud, segmentar la sociedad y no construir equidad distributiva; todos los días se cuenta en muertes evitables.
6. Esa dualidad y segmentación del sistema de salud Argentino se constata en su propia organización: un sistema publico de salud para los más pobres y sin trabajo formal, las obras sociales para los trabajadores formales y los seguros privados para los más ricos.
7. La década neoliberal fragilizó e incremento aun mas el desfinanciamiento del sistema publico de salud y su carácter desigual (Hospitales de autogestión, gerenciamientos/tercerizaciones/privatizaciones).En la mayoría de los casos el financiamiento público es insuficiente, pero se agravaron las brechas de inequidad en el tipo de cobertura, acceso y calidad de los servicios públicos de una provincia a la otra, de un municipio al otro, de un barrio al otro.
8. Sin duda, poner en debate la forma de organización de una sociedad, su democracia y el tipo de Estado que es necesario, habla de la ciudadanía a la que uno accede y busca construir. Por una compleja trama histórica socio-económica y política, el proceso de constitución del Estado de Bienestar "incompleto" en nuestro país fue pensado para una sociedad totalmente diferente a la actual con importación de parte de modelos europeos desconectados de nuestras realidades. Con características de industrialización nacional

temprana y con la hipótesis del "*pleno empleo*" (masculino en su mayoría), ese país de hace más de 40 años se pensó en función que "*todos*" tendríamos "*empleo*" y vía el empleo se accedería a la protección social y salud (*Ej: asignación/salario familiar, jubilación, seguro de desempleo, salud vía Obra Social sindical, recreación-vacaciones, etc*). Esa vinculación *meritocrática* de necesariamente tener un *empleo formal* para acceder a la protección social y salud se constituyó en lo que se conoce como modelo de seguro social donde **los derechos son condicionados por la inserción laboral de la persona en la estructura productiva.**

9. Así este seguro social en Argentina en el campo de salud en realidad se transformó en un seguro de la enfermedad (hoy con **330 Obras Sociales aprox<sup>iv</sup>**) de heterogénea cobertura y calidad que hoy en muchos casos quedó atrapado en la lógica mercantil privada del complejo industrial médico-farmacológico de alto costo basado en un enfoque biomédico asistencial-curativo basado en respuestas medicamentosas/tecnológicas alejado de cualquier concepción preventivista y promocional de la salud de los trabajadores. La "*salud*" pasó a ser un mercado de grandes negocios.
10. Por otro lado, para aquellos sectores sociales que eran minoritarios hace más de 40 o 50 años, que se mantenían en situación de pobreza estructural, desocupados o trabajadores informales (menos del 10% del total de la Población Económicamente Activa/PEA en aquel momento), se comenzó a instalar una estrategia de modelo de protección vía asistencia social (*que en el caso de salud consolidará el ideario de los Hospitales públicos de beneficencia o caridad*), con sus características compensatorias y focalizadas para aquellos que se mostraran incapaces de mantenerse y/o incorporarse en el mercado laboral formal. Una lógica de fragmentación de "*beneficiarios*" por programas, caritativa y que depende de alguna instancia tecno-burocrática o política que decida quién es beneficiario de qué y quién no, con prueba de medios (tener que probar que "uno es muy empobrecido") y con algunas garantías explícitas (listado de beneficios puntuales). **Esta modalidad claro no construye ni ciudadanía ni derechos sino poder discrecional del funcionario/administrador de turno del Estado y/o programa.** Porque mientras un sector de la población ligado a la economía formal accede vía el empleo a la protección social integral, otra importante porción de la sociedad (*trabajadores informales, desocupados, empobrecidos, excluidos*) en el mejor de los escenarios sólo accede a otro tipo de protección social no desde los derechos sino desde la asistencia social del Estado en tanto personas beneficiarias de una caridad, de una ayuda, a decir un "*paliativo*". Es como la famosa metáfora de la mesa que cuenta De Negri: *todos/as estamos invitados a la mesa pero no todos vamos a comer lo mismo. Unos comerán pan y agua, otros caviar y champagne...* De eso se trata "la cobertura universal", la segmentación y estratificación de nuestro modelo de protección social.
11. En Argentina se termina de consolidar un sistema de seguridad social y salud donde prima la estratificación/segmentación social: un tipo de protección social y salud para pobres, otra salud para sectores medios formalizados y otra para ricos a través de su poder de pago de bolsillo en lo que conocemos como seguros privados con cobertura privada (empresas de medicina privada). Es decir, nuestro sistema de seguridad social y salud en su propia constitución genera inequidades y desigualdades de hecho.
12. Llevémoslo a números: Argentina a pesar de los avances en los últimos años por diferentes razones (*trabajadores informales, desocupados, indigentes-excluidos*) tiene entre un 40 al 45% de personas que no cuajan con el modelo de seguro social vía el empleo formal<sup>v</sup>. En salud esto implica con respecto al sistema público de salud que donde **en los años '70 asistían unos 2 millones de personas que estaban en situación de pobreza, hoy demanden respuestas entre 17 y 18 millones sin cobertura por seguro social y/o privado.** O sea, **no hay ecuación que cierre: a casi el mismo sistema de salud pública de hace 40 o 50 años en cuanto a oferta de servicios**

**acuden hoy entre 15 a 16 millones de personas más.** En décadas el número total de Centros de APS en el país se mantiene en 6500, para una población que desde entonces ha crecido en un 30%<sup>vi</sup>. Consecuencias en el sistema de salud: Sobredemanda y emergencia permanente, *incapacidad de respuesta integral, priorización de la enfermedad con lógica del Hospital como centro de la atención, abandono de estrategias promocionales y preventivista en los territorios y las familias, deshumanización en el cuidado e inequidades en salud, con un desfinanciamiento crónico de inversión pública* de tan sólo el **1,9% del PBI<sup>vii</sup>** actual. Un cóctel explosivo. Hoy del gasto total en salud en Argentina que es del 9,6%<sup>viii</sup> del PBI, unos 120.000 millones de pesos al año, sólo el 22% aporta el Estado en todas sus variables (Nación - Provincia - Municipios), el 38% es gasto de seguro social (Obras Sociales) y 40% de gasto privado y de bolsillo. Es decir, **casi un 78% del gasto en salud en Argentina gira alrededor de la lógica del lucro del mercado**, consolidando que para tener derecho a la salud debemos ser cliente/consumidor pagador como bien lo marca el ideario de nuestra constitución nacional en su artículo 42 incorporado en la reforma del '94.

13. El proceso de crecimiento económico del 2003 al 2011 con la importante generación de más de 5 millones de puestos de trabajo formales resulta ejemplar para poner en discusión la hipótesis del "*empleo*" como único mecanismo de protección social. Si en 7 años creciendo a tasas del 8% anual del PBI este modelo económico y productivo creo 5 millones de empleos, podríamos decir que los millones que quedaron afuera del trabajo formal deberán esperar unos 10 a 15 años para que alguien de su red vincular tenga trabajo decente y de allí acceder a la protección social y salud integral. Sin asumir que por diversos entramados hay muchos de estos millones que por quedar sin formación/capacitación, que el propio modelo de acumulación requiere el trabajo precario para sostén de su tasa de ganancia, entre otras causas, es muy difícil que el mercado laboral y modelo productivo actual los incorpore en algún momento inmediato en la "formalidad" ideal. Siempre y cuando además claro no entremos en crisis económicas que generen caídas del empleo formal y baja de cobertura. Porque nuestro sistema de protección social y salud es *pro-cíclico*: Cuando hay crisis, cae el empleo formal y cae la cobertura en salud y protección social que la termina asumiendo el mismo Estado que fue diseñado hace más de 50 años para otra matriz socio-demográfica y socio-económica. De ahí que en los últimos 30 años cada nueva crisis determinó un salto en la demanda de protección social y salud al Estado. En definitiva, la concepción de *inclusión social* mediante el acceso al *empleo formal* resulta estratégica, válida y loable, pero injusta e insuficiente para dar respuestas a las necesidades colectivas de una sociedad excluyente y segmentada producto de las reformas neoliberales de los '90 donde entre empobrecidos, indigentes y excluidos **son millones los que aún no tienen acceso universal e integral a los derechos sociales, económicos y culturales esenciales entre ellos la salud colectiva de calidad.**

#### **14. Recomendaciones del Foro Social de Salud y Ambiente para mejorar el sistema de salud:**

##### **15. 1- Salud Colectiva**

16. Consideramos que la Salud es un Derecho Humano y Social inalienable siendo deber y obligación de los Estados en sus diferentes niveles el garantizarla, formando parte de una estrategia de profundización de la democracia social en Argentina
17. Abogamos por terminar con el negocio de la enfermedad, pues para nosotros la Salud es un Derecho y no una mercancía.

18. **2- Sistema Único de Salud/Reforma sanitaria/Rectoría del Estado nacional**  
La Salud Colectiva debe ser una prioridad de la Agenda del Estado, por eso resulta necesaria e impostergable una Reforma del Sistema de Salud en la República Argentina.
19. Debemos avanzar hacia la creación de un verdadero Sistema Único de Salud, desarrollando políticas que garanticen su: universalidad, gratuidad, integralidad, su carácter público y equitativo, accesible a todas las personas que pisen el suelo argentino. Es imperioso recuperar la Rectoría desde el Estado nacional clara, integral y con responsabilidad socio-sanitaria como lo planteamos desde la campaña "Volver a Carrillo", función que fue desmantelada por vía de la "descentralización" y de la implementación de programas con financiación (*condicionante*) externa de ideología de corte neoliberal.
20. **3- Participación popular/Modelo de Gestión del Sistema de Salud**  
El nuevo tiempo de la Salud en Argentina debe ir acompañado de un nuevo modelo de gestión del Sistema de Salud que incorpore una real participación de nuestro pueblo en el diseño, gestión, evaluación y control de las políticas públicas.
21. **4- Modelo de financiamiento del Sistema de Salud**
22. En el plano estratégico, proponemos implementar como política de Estado un nuevo modelo de financiamiento, desde las rentas generales llevando la inversión pública en Salud Colectiva a los niveles recomendados por la OMS (más del 6% del PBI – hoy la cifra vigente es de 1,9%), como manera de acercarnos a los países con sistemas universales de salud pública y gratuita avanzados y satisfactorios para sus sociedades.
23. **5- Incremento de Inversión pública inmediata/Fondo de Emergencia Sanitaria**
24. Se debe realizar a un muy breve plazo una fuerte inversión de fondos en el Sector Público de Salud para duplicar la oferta de servicios sanitarios.
25. Proponemos la creación inmediata de un Fondo de Emergencia Sanitaria por Ley, para abordar de forma urgente las necesidades colectivas de salud de nuestro pueblo, monitoreado por el Estado, la sociedad civil y los trabajadores del sector a través de sus organizaciones.

## 26. Las sombras sobre la salud en Argentina

### 27. ***Desigualdad en el acceso al misoprostol en atención primaria de la salud***

28. El Foro Social de Salud y Ambiente considera que el acceso legal universal y gratuito al aborto es un derecho humano que tiene que ser cumplido por el Estado.
29. En su informe E/C.12/ARG/3 (26/01/2011), el estado afirma que "*los medicamentos representan un bien de carácter social sumamente importante e imprescindible para todos los ciudadanos*" (párr. 693). Según la OMS, las pastillas de 200 mcg de misoprostol son un medicamento esencial<sup>ix</sup>. En Argentina, las pastillas de 200mcg de misoprostol son legales, indicadas para abortos entre otros usos obstétricos<sup>x</sup>, y ampliamente usadas de manera autónoma por las mujeres y progresivamente por el sistema de atención primaria de la salud para la prevención y el tratamiento del aborto inseguro y sus complicaciones. De acuerdo con diversas autoridades de salud pública de Argentina, en concordancia con autoridades internacionales, el aumento en el uso autónomo de misoprostol mejora la salud y el bienestar de las mujeres, y reduce la morbimortalidad materna<sup>xi</sup>.
30. Pero la captura de los procesos regulatorios tiene por resultado discriminación en la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad del misoprostol, comprometiendo la salud de millones de mujeres y niñas por la desigualdad de acceso y la subutilización de esta

tecnología en el sistema público de atención primaria de salud: las pastillas de 200 mcg de misoprostol son comparativamente caras<sup>xii</sup>, no están disponibles gratis a través de programas estatales ni se producen públicamente<sup>xiii</sup>. Se venden exclusivamente en farmacias privadas bajo receta archivada<sup>xiv</sup>, pero las/os médicas/os de atención primaria del sistema público de salud que lo recetan son presionadas/os por superiores administrativas/os para dejar de hacerlo, bajo amenaza de sanciones criminales y administrativas. Además, las farmacias que tienen las pastillas disponibles son sujetas a inspecciones severas, que alientan la no disponibilidad del medicamento. La ejecución del estigma sobre el misoprostol llega a tal punto que el Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Posaborto implementa métodos menos disponibles, más caros e invasivos para el tratamiento de abortos incompletos: aspiración endouterina y legrado instrumental llevados a cabo en el segundo nivel de salud, a pesar de la evidencia científica y normativa que avalan el uso de misoprostol en atención primaria de la salud como estándar<sup>xv</sup>.

31. En la práctica, sólo acceden al misoprostol en atención primaria las mujeres que tienen acceso al sistema privado de salud, quedando sin acceso aquellas que dependen del sistema público. Las mujeres con obra social o seguro también compran las pastillas de forma privada, por miedo a represalias y violación de la confidencialidad, quedando de hecho excluidas de los descuentos. La línea “*Aborto: más información, menos riesgos*”<sup>xvi</sup> recibe denuncias de mujeres que no acceden a las pastillas a pesar de haberles sido recetadas, ya que las farmacias privadas imponen requisitos extra legales para venderlas: recetas para sustancias controladas, triples o de especialistas. Sin receta las mujeres son objeto de abusos y corrupción, pagan 500% de sobreprecio en farmacias privadas, por lo que acceden a dosis inadecuadas de tratamiento e información errónea: las mujeres, especialmente las niñas, que no pueden pagar el sobreprecio, son expuestas a prácticas por debajo de los estándares de seguridad del a OMS<sup>xvii</sup> y excluidas de la protección social obligatoria<sup>xviii</sup>.
32. El principio de reducción de riesgos integra el derecho a la salud reproductiva y es el objetivo de la atención de la salud reproductiva. Las pastillas de 200 mcg de misoprostol son una medicina esencial con el potencial de empoderar a las mujeres para zafar de las redes criminales del aborto clandestino. Por más que el aborto sea legal con limitaciones, garantizar la protección social de la salud de las mujeres y niñas requiere servicios de aborto en marcha, tales como educación, información, medicamentos, atención de rutina pre y posaborto en atención primaria y servicios de emergencia, a fin de reducir las condiciones de riesgo tanto de abortos ilegales futuros como actuales (Progr. Acción de CIPD, 1994, párr. 4.1, 7.2, 8.19, 8.25; Comité CEDAW, RG 24 (1999), párr. 11, 13, 14 y RG 28 (2010, proy.), párr. 13; Comité DESC, O.G. 14 (2000), párr. 21, 30; 43, 44.)

### 33. Preguntas para el Estado:

34. Las siguientes preguntas al estado están basadas en los indicadores ilustrativos de los derechos a la salud, a la no violencia contra las mujeres, y a la seguridad social propuestos por la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas (HRI/MC/2008/3)<sup>xix</sup> y la OMS (docs. cit.):
35. Marco temporal y cobertura de la política nacional sobre el aborto
36. Abortos con medicamentos en proporción a los nacimientos con vida
37. Número de abortos seguros e inseguros por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva
38. Porcentaje de proveedores de salud entrenados para proveer aborto seguro
39. Porcentaje de puntos de prestación de servicios públicos que utilizan los métodos

recomendados por la OMS para el manejo de las complicaciones del aborto (por nivel de salud, indicar método)

40. Tasa de hospitalización por aborto inseguro por cada 1000 mujeres, desagregada por edad
41. Precio (del misoprostol), calculado como la tasa del precio mediano del medicamento en Argentina comparada con el precio internacional de referencia
42. Disponibilidad (del misoprostol), calculada como el número (porcentaje) de servicios de salud donde acceder al medicamento
43. Accesibilidad económica (del misoprostol), sobre la base del costo del tratamiento completo comparado con el ingreso diario del/a trabajador/a estatal de menor salario
44. Gasto público per. cápita en instalaciones y medicinas de atención primaria de la salud sexual y reproductiva (atención pre y post aborto, misoprostol)

#### **45. Contaminación del agua en la cuenca Matanza Riachuelo:**

46. La Argentina, al igual que muchos países de America Latina se caracteriza por altos niveles de contaminación que se registran en vías vinculadas a grandes centros urbanos, al punto tal, de que **la "normalidad" de los índices de contaminación en los países de Latinoamérica, han sido elevados con respecto a los existentes en Europa y America del Norte, para que empresas multinacionales que contaminan nuestros territorios no puedan ser penalizadas.**
47. En la Provincia de Buenos Aires, se encuentra **la cuenca Matanza-Riachuelo**. La cuenca se inserta en la Pampa ondulada baja, con una pendiente que llega hasta el Río de la Plata.
48. Hidrografía subterránea: la primera napa freática esta a poca profundidad. Por su proximidad a la superficie de la tierra se expone a la contaminación, especialmente a los pozos negros, a los que se vierten las aguas servidas cuando se carece de redes cloacales. Esto se empeora desde que el agua para la red se extrae del Rio de la Plata, dejando de extraer el agua de las napas por bombeo, encontrándose según encuestas realizadas, por el costo de las perforaciones, en amplios sectores de la Provincia.
49. Esta realidad muestra su cara mas dramática en las **elevadas concentraciones de nitratos y nitrosaminas y metales pesados en la faz inorgánica y bacterias coliformes en abundancia en lo que hace a la faz orgánica, correlacionándose pues con el incremento de canceres de la vía digestiva y urinaria, hepatitis A, dermatitis y gastroenteritis.**
50. La segunda napa, el acuífero Pampeano, esta a una profundidad promedio de 30 metros, tiene una cantidad constante de agua, junto con el Puelche, constituyen una buena reserva de agua potable ya vulnerable a la contaminación de metales pesados, hidrocarburos, uranio, nitratos, lixiviados, entre otros.
51. El río Matanza Riachuelo y el Reconquista están insertos en tejidos urbanos densamente poblados. Si bien se ha comenzado la limpieza del primero, se continúa más arriba con los volcados contaminantes con metales pesados, productos de las curtiembres que se encuentran en su vera.

#### **52. Recomendaciones**

53. **Impulsar leyes sobre salud medioambiental, como una prioridad** siguiendo los preceptos de la Conferencia de la OMS de Alma Ata 1978, para fomentar un desarrollo sustentable, brindando protección a generaciones actuales y futuras, a través de la **reducción y eliminación de la exposición a los contaminantes e incrementar la calidad de vida para proteger grupos vulnerable seria una de las metas a seguir por un Estado preocupado por la salud de su población.**

54. **Ante la falta de iniciativa de las autoridades locales distintos foros de vecinos, han realizado encuestas epidemiológicas, avalando el pedido para que se entregue agua potable, como parte de una emergencia sanitaria, y realizar en forma urgente las redes de agua y cloacas ya que solo un pequeño porcentaje de la zona tienen cloacas.**

### **55. *Derechos de las personas con discapacidad***

56. Las recomendaciones que siguen reiteran en gran medida lo que nuestra legislación ya contempla. El problema radica en su exigibilidad, es decir en su implementación obligatoria con presupuestos que permitan materializarla, con procedimientos ágiles y en mecanismos de monitoreo permanente por parte del Estado y por parte de las organizaciones sociales defensoras de los derechos de las personas con discapacidad (PCD). Estas últimas deberían contar con recursos económicos que les permitan ejercer dicho rol a favor de las PCD.

57. Poner los mayores esfuerzos en desarrollar un Sistema Universal de Salud Pública Gratuita, que atienda las necesidades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación de las personas discapacitadas al igual que las de la población en su conjunto

58. Asegurar que las prestaciones médicas y de rehabilitación contempladas en la ley 24901 se brinden a toda persona que las precise sin requerir para ello el certificado de discapacidad. Asimismo sacar del ámbito de la salud las prestaciones no-sanitarias (educativas/formativas, de transporte, de seguridad social, y otras).

59. Desalentar leyes específicas por patologías con asignaciones presupuestarias focalizadas en ellas, ya que su atención debiera estar contemplada en la ley 24901.

60. Desmitificar la discapacidad como problema médico incurable y por tanto frustrante para los profesionales. . Sacar a las personas discapacitadas del gueto de atención en salud en el que están encapsulados y que sean atendidos por los mismos profesionales y con los mismos parámetros que el resto de la población.

61. Sistematizar el control preventivo de la salud en las estructuras educativas (sanidad escolar), y garantizar una comida nutritiva en las escuelas públicas, especialmente en zonas de mayor pobreza.

62. Hasta tanto dicho sistema único y universal se instrumente, imponer la obligatoriedad de cobertura a las prepagas y obras sociales, prohibiendo las exenciones por preexistencias.

63. Mayor intervención del Estado para asegurar condiciones de trabajo saludables, estas son reivindicaciones históricas de los trabajadores que convergen con los criterios de prevención de enfermedades y lesiones “discapacitantes”.

64. Reconocer que la accesibilidad física y comunicacional en su sentido más estricto es un factor de salud, y que las soluciones accesibles reducen los riesgos de accidentes traumatológicos para todos, brindan orientación en su circulación a personas con limitaciones cognitivas, y mejoran las posibilidades de desarrollar una vida plena a todas las personas.

65. Que se cumpla el cupo del 4% de trabajadores con discapacidad (Ley 22.431). Ingreso no inferior a la canasta familiar en todo hogar donde habite una persona discapacitada. Hoy el 99% de las personas con discapacidad están sin empleo.
66. Tomar en cuenta la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que forma parte de nuestro cuerpo legal gracias a la ley nacional 26.378 del 2008.

### **67. Salud Mental**

68. En nuestro país existió un importante desarrollo en los intentos de integración de la Salud Mental a la Salud Pública en general -y particularmente a la atención primaria-en la década previa a la última dictadura. El retorno democrático no llegó a restituir estos logros debido al desguace del Estado de Bienestar producto de la hegemonía neoliberal de los años 90.
69. Si bien se produjeron avances en algunas provincias como resultado de particulares configuraciones de la coyuntura social y política de las mismas, éstos se mantuvieron
70. como hechos aislados.
71. Pese a que la evidencia científica indica que las instituciones manicomiales son respuestas inadecuadas para los problemas de salud mental, en la mayoría de nuestras provincias los establecimientos y las prácticas se mantienen en la asistencia exclusivamente psiquiátrica de todos grupos etáreos, tanto en el ámbito público como en el privado. La cobertura de salud se centra en la atención de la enfermedad dentro del hospital monovalente, ignorando la ingente necesidad de de la promoción y la prevención y desconociendo el valor de la interdisciplina.
72. La sanción de **la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 266257** ha significado un avance relevante al ligar conceptualmente las cuestiones de derechos y de salud mental. **Empero, a un año de su promulgación aun no se encuentra reglamentada.** Juegan en esto fuertes resistencias provenientes de intereses de poder y lucro de sectores corporativos ligados a las transnacionales del medicamento.
73. Así, la ley 26657 constituye una importante herramienta el cambio institucional, pero su cumplimiento es aun parcial, como resultado en algunos territorios de la falta de decisión política para su aplicación y, en general, de la escasa información de la sociedad, que impide una adecuada participación comunitaria.

### **74. Por todo lo que antecede, proponemos:**

75. Difusión masiva de la legislación de salud mental, a la sociedad en general y en particular al conjunto de los trabajadores de la salud mental.
76. Garantizar la participación real y efectiva de la comunidad respecto de las políticas de salud mental.
77. Propiciar cambios curriculares y programáticos en las diferentes carreras que hacen al campo de la salud mental. Organizar la formación y capacitación de manera que estén en relación con la demanda real, incluyendo dispositivos clínicos grupales, familiares y comunitarios, así como sociales y culturales.
78. Fijar tiempos de cumplimiento estricto respecto de las transformaciones establecidas por las leyes. Instituir sanciones o penalidades ante los incumplimientos.

### **79. Los estragos de la mega minería obligan a estudios epidemiológicos urgentes**

80. Los impactos ambientales y para la salud de las actividades de las megas mineras son considerables. Las minas Veladero y Pascua Lama, de la corporación Barrick Gold, en la provincia de San Juan, durante las etapas de prospección y exploración registraron numerosas muertes de trabajadores por el llamado mal de altura, hecho frecuente reconocido por la empresa. Si bien los enfisemas y edemas pulmonares son cosa corriente en esos mineros a 4.500 metros de altura, las voladuras liberan gran cantidad de metales pesados como plomo, uranio, mercurio y metaloides como el arsénico, abundantes en los suelos donde se practica esta minería. Aire y acuíferos terminan portando una polución insostenible en toda la cadena trófica. Los habitantes a los pies de las explotaciones padecen la escasez de agua potable y los cultivos terminan siendo diezmados muchas veces sin posibilidad de comercialización, con vertientes contaminadas. Otro caso testigo es la explotación de mina Alumbra en la provincia de Catamarca: la mina cuenta con un mineroducto de 316 kilómetros que vierte tóxicos y concentrado de cobre debido a la fatiga de materiales. Los líquidos extraídos del concentrado son arrojados a un canal en Ranchillos (Tucumán) que comunica con las aguas del dique Termas de Río Hondo, contaminando varios pueblos y provincias aguas abajo, hasta Mar Chiquita, en Córdoba. Intervino la justicia a través de la Fiscalía General de Tucumán comprobando el dolo y llevando a juicio a sus ejecutivos. Infinidad de testimonios semejantes se obtienen en los alrededores de las explotaciones mineras, donde más de un centenar se hallan abandonadas sin remediar y medio millar pretenden ser autorizadas. En Abrapampa, Jujuy, hay plomo en la sangre del 80% de la población infantil (<http://www.utexas.edu/law/clinics/humanrights/>) y en los alrededores de las minas de uranio las colas de residuos a la intemperie, sin remediación, producen malformaciones y patologías graves, nacimientos de niños con paladar partido y labio leporino, consecuencia del decaimiento del uranio 238, el radón y su descendencia.
81. Esta situación también ha sido denunciada por una resolución del consejo directivo de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional de Rosario.
82. **Recomendaciones:**
83. Las asambleas surgidas en esos pueblos mineros exigen investigaciones epidemiológicas que estudien las enfermedades que padecen y que permitan revertir y evaluar la respuesta médica requerida. Por lo pronto, rechazar este tipo de explotaciones se hizo realidad en las comunidades afectadas.
84. Solicitar al Gobierno Nacional, para asuma la responsabilidad de garantizar a todos los ciudadanos de que habitan nuestro suelo, la plena vigencia de sus derechos humanos, frenando las acciones represivas sobre los movimientos sociales.

## 85. **Acceso a los medicamentos**

86. Luego de 10 años de insistencia, se logró aprobar, en 2011, la “ley de Producción Pública de Medicamentos”, a la que el Ministerio se opuso en forma sistemática. Sin embargo no se ha avanzado en todo este tiempo en su reglamentación. Esta cuestión es vital porque si en general en salud se gasta mucho y mal, en Argentina, una de los aspectos más graves de este problema es el gasto en medicamentos, que representa el 35% del gasto total (la OMS recomienda que sea menor al 20%) y aquí también el 50% es gasto de bolsillo (donde caben nuevamente las consideraciones antes referidas a la estructura de ese gasto).<sup>xx</sup>
87. Debe incluirse la cuestión de la investigación biomédica. Recientemente la opinión pública tuvo acceso a los datos de un escándalo referido al uso de 15000 niños y niñas en una investigación relacionada con una vacuna impulsada por el laboratorio Glaxo<sup>xxi</sup>.

En ella murieron 14 niños.<sup>xxii</sup> El problema dista de agotarse con el caso, dado que esto ocurrió ante la falta absoluta de normativa relacionada con este tipo de actividad, lo que promueve abusos de todo tipo.

<sup>i</sup>Véase: Moyano, Gonzalo y Escudero, José Carlos. Argentina: La salud ¿en manos de quién? En Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. PIDHDD y ALAMES. 2005. P 13 a 33. Accesible en <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/CoopInterDoc/idioma1/16.pdf>

<sup>ii</sup> Véase: Entrevistas a Gianni Tognoni, José Carlos Escudero, Mario Róvere. <http://vimeo.com/15399705>; Entrevista a Escudero. (<http://www.emancipacionsye.com/invertir-en-salud/>); Spinelli, Hugo: Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Revista Salud Colectiva- N° 6. Vol 3. 2010. ([http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652010000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652010000300004&script=sci_arttext)), Spinelli, Hugo: Entrevista en Página/12. 20/02/2012 (<http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-187952-2012-02-20.html>). Foro social de salud y ambiente. 22 puntos por la salud.

([http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10\\_06\\_17\\_22\\_puntos\\_por\\_la\\_salud.html](http://www.forosocialsaludargentina.org/es/template.php?file=prensa/2010/10_06_17_22_puntos_por_la_salud.html))

<sup>iii</sup> <http://www.lanacion.com.ar/1365645-mueren-en-el-pais-28-ninos-menores-de-5-anos-por-dia>

<sup>iv</sup> Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación “Argentina Salud” febrero de 2011.

<sup>v</sup> [http://ccsc.mrecic.gov.ar/documentos\\_comisiones/55](http://ccsc.mrecic.gov.ar/documentos_comisiones/55)

<sup>vi</sup> En Venezuela en la década del 90, bajo el gobierno de Rafael Caldera (COPEI) existían más de 7000 CAPS, para una población de 25 millones (Argentina tenía por entonces 30 millones de habitantes; hoy cuenta con 40 millones. Hoy se han triplicado (más de 21000).

<sup>vii</sup> CEPAL: monto obtenido una vez que se suprime el gasto de las obras sociales en salud que es un gasto privado.

<sup>viii</sup> <http://www.who.int/countries/arg/es/>

<sup>ix</sup> OMS, Model List of Essential Medicines, 17th list, March 2011, p. 29; WHO Priority medicines for mothers and children, March 2011, p. 2.

<sup>x</sup> “Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles”, Min. Salud de la Nación, 2007; “Guías de Procedimientos en Ginecología 2009”, Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires, 3er distrito.

<sup>xi</sup> 'Percepciones, prácticas y actitudes de los profesionales médicos en la atención del aborto. Un estudio en el subsector público de salud de la Provincia del Neuquén', Min. Salud de la nación, 2011; Entrevista con Gabriela Luchetti, Jefa de ginecología del hospital Castro Rendón, Neuquén, 3/11/2010, [www.proyectosurgenero.com.ar/2010/11/misoprostol-en-nequen.html](http://www.proyectosurgenero.com.ar/2010/11/misoprostol-en-nequen.html), Informe de la Directora del Hospital Zonal de Trelew, Chubut, Diario Cero, 2010, [www.diariocero.com.ar/argentina/chubut/la-corte-suprema-de-chubut-autorizo-el-aborto-una-nena-violada](http://www.diariocero.com.ar/argentina/chubut/la-corte-suprema-de-chubut-autorizo-el-aborto-una-nena-violada); entre otra.

<sup>xii</sup> El precio de las pastillas se triplicó los últimos 5 años.

<sup>xiii</sup> REMEDIAR, programa público de medicamentos para atención primaria de la salud, no provee las pastillas, que tampoco están incluidas como medicina esencial, a pesar de su patente libre.

<sup>xiv</sup> Disp. 3646/98 ANMAT (Administración nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica).

<sup>xv</sup> Las pastillas de 200mcg de Misoprostol están incluidas para el aborto incomplete en la lista de medicinas para servicios básicos de salud, ver OMS Model List...2011, cit.; Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal newborn and child health, WHO 2010 (WHO/FCH/10.06).

<sup>xvi</sup> Teléfono disponible públicamente donde mujeres reciben de lesbianas información sobre aborto con medicamentos. Inició en Julio/09 y hasta hoy informó más de 10.000 mujeres y [www.abortoconpastillas.info](http://www.abortoconpastillas.info)

<sup>xvii</sup> OMS, “Unsafe abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008”, Sixth edition, 2011

<sup>xviii</sup> La dosis completa cuesta 5 días de salario mínimo con receta, y 14 días de salario mínimo sin receta, el gasto directo en abortos clandestinos es aprox. U\$ 300 millones/año, 3000% más que el gasto anual en el programa nacional de salud sexual y reproductiva (calculado en base a información de la línea telefónica, cit).

<sup>xix</sup> [www2.ohchr.org/english/bodies/icm-mc/docs/11th/OHCHRIndicators02062010.doc](http://www2.ohchr.org/english/bodies/icm-mc/docs/11th/OHCHRIndicators02062010.doc)

<sup>xx</sup> Debe tenerse en cuenta, además, que en Argentina circulan para su venta más de 19.000 específicos, lo cual construye un mal uso, incluyendo medicamentos de poca o nula efectividad.

<sup>xxi</sup> El dato tuvo difusión 3 años después de la primera instancia, cuando la apelación por parte del laboratorio y los investigadores fue rechazada. La vacuna es la misma (si bien otra marca) que la que hace meses el Ministerio ha agregado como obligatoria al “calendario de vacunación”, premiando, de hecho las irregularidades en la investigación. El fallo judicial se determinó con base a pericias que, en primer lugar, cuestionaron la utilidad de investigar una vacuna que no tenía justificación científica.

<sup>xxii</sup> Si bien se sancionó al laboratorio y al equipo, por numerosas irregularidades (entre ellas engañar a los padres con información falsa), esa sanción no guarda proporción con la gravedad de los hechos, dado que solo ascendió a la cifra de \$1000000 (unos US\$220000).