

EDITORIAL

En el camino hacia un nuevo modelo de desarrollo, estado y sociedad*

Eduardo Espinoza

No tuve la suerte de conocer a Juan César García más que a través de sus escritos, mismos que me enseñó, como muchas otras cosas, María Isabel Rodríguez. Luego, con mejor suerte, tuve la honra de encontrarme y contar entre mis amigos a entrañables compañeros como: Edmundo Granda, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh y Saúl Franco, que fueron pasándose la estafeta de la conferencia que en honor del maestro fue nominada con su nombre por ALAMES.

No creí ser el más indicado para asumir hoy la delicada responsabilidad de impartir la conferencia magistral inaugural del Congreso de ALAMES, de hecho, hice todo lo que estuvo a mi alcance para que fuera otro compañero el que ocupara este podio ante los alameños, pero no fue posible, de manera que agradezco a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social este alto e inmerecido honor.

No quiero repetir tampoco lo que con suficiente y exhaustiva profundidad académica, compañeros mucho más autorizados que yo han estudiado y expuesto en las conferencias que me han antecedido. Más bien quiero tratar de que esta conferencia sea un llamado que provea líneas de acción para los compañeros que se aprestan al relevo generacional; especialmente, en estos duros

Eduardo Espinoza. Médico, maestro en salud pública. Viceministro de Políticas de Salud, Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador, Centroamérica. Correo-e: eespinoza@salud.gob.sv.

Este texto fue preparado con los valiosos aportes y sugerencias de María Hamlin Zúniga, Giovanni Guevara y Rolando Masís, compañeros de lucha y esperanzas, tan responsables como yo de los contenidos de esta charla.

*Conferencia “Juan César García”, XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, San Salvador, El Salvador.

Foto 1
Servicios de salud en Sierra Leona



Fuente:

<http://www.independent.co.uk/news/world/africa/west-accused-of-tardiness-over-ebola-outbreak-9644671.html>

y estratégicos momentos en los que día a día se acumula abrumadora evidencia de que el tiempo para el planeta y la humanidad se acorta peligrosamente, por lo que siempre es bueno recapitular y contextualizar la situación de salud, particularmente enfatizando episodios que concentran la atención y la angustia planetaria por su presente y futuro en términos de salud, bienestar y desarrollo.

Igualmente, las personas tienden a olvidar muy rápido que las cuestiones que hoy nos preocupan son las mismas que han venido aquejando a la humanidad en la medida que las sociedades han ido derivando hacia esquemas que aplastan cualquier intento por redistribuir mejor la riqueza, que generan desigualdad, que se apropian de todos los bienes y que despiertan un inusitado nivel de ambición por hacer este atesoramiento cada vez de mayores proporciones. Mahatma Gandhi lo sintetiza muy bien en uno de sus pensamientos, decía: "Hay suficiente en el mundo para cubrir las

Foto 2
Servicios de salud en Sierra Leona



Fuente: Esta es la referencia original, pero la imagen citada ya no está disponible al 13 de febrero de 2015, en: <http://www.nbcnews.com/storyline/ebola-virus-outbreak/ebola-death-toll-rises-4-033-world-health-organization-n223311>

necesidades de todos los hombres, pero no para satisfacer su codicia".

Por ello, quiero sentar como punto de partida algunas de las palabras expresadas por Jaime Breilh en la conferencia JCG que impartió en Montevideo, en 2012:

En medio de esta realidad lacerante no podemos, por ejemplo, recaer en una retórica vacía y voluntarista que repite sin contenido emancipador formulaciones como la de los "determinantes sociales de la salud", que

Foto 3
Liberia, soldado obligando a un poblador del barrio pobre de West Point a hacer cuarentena.



Fuente: <http://www.nydailynews.com/news/world/riot-police-beat-residents-liberia-slum-quarantined-ebola-article-1.1911765>

apenas remozan el paradigma obsoleto y funcionalista del positivismo. Tenemos que recuperar la construcción original latinoamericana de la "determinación social de la salud", que suena parecido, pero que trae un contenido e implicaciones prácticas diametralmente distintas, pues en su búsqueda de las claves de un orden social hecho para la vida, busca desnudar, junto a nuestro pueblo, la insaciable maquinaria de destrucción de los derechos humanos y de la naturaleza que ha montado una minúscula élite empresarial, que se erige en dueña del mundo y coloca al planeta y al futuro de la especie humana al borde del abismo.

En términos generales, el mundo y, muy particularmente, los activistas por el derecho a la salud, enfrentan un triple desafío:

- Una nueva ofensiva neoliberal y neocolonial.
- La necesidad de armar un nuevo modelo de desarrollo, estado y sociedad, con la urgencia de hacerlo antes de que sea demasiado tarde.

Por ello, abordaré básicamente cinco ideas clave a lo largo de mi exposición:

1. Los elementos trazadores de la depredación, el despojo, el abandono, la insalubridad y el subdesarrollo.
2. El lucro del modelo con el dolor, la muerte y el pánico global como estímulo del comercio de insumos, medicamentos y vacunas.
3. La necesidad de sistemas públicos fuertes.
4. Las acciones en salud limitantes o distractoras para perpetuar el modelo.
5. Las acciones realmente sustanciales a seguir por los activistas por el derecho a la salud.

En los últimos meses, la enfermedad por virus del ébola en tres países de la región occidental de África motivó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declarara "emergencia de salud pública de importancia internacional"¹ y la calificara como una "amenaza para la paz y la seguridad mundiales". A raíz de ella, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas fue convocado por tercera vez en su historia para tratar exclusivamente un tema de salud, en su declaración 2,177 afirmó que:

A menos que se contenga el brote, esos estados podrían presenciar disturbios civiles, tensiones sociales y deteriorarse el clima político y de seguridad.²

Muchas situaciones confusas se debatieron desde entonces, por ejemplo:

¿Por qué hasta hoy se hace una declaración de esta envergadura si el ébola está presente en África desde hace más de 40 años, a partir de que se definió como tal en el brote simultáneo en Sudán y República Democrática del Congo?

¿Por qué han tenido que pasar cerca de 24 brotes, con más de 100 casos para generar una alarma mundial?⁷

¿Por qué la epidemia se presenta en tres países que forman parte de la docena con más bajo índice de desarrollo humano de entre los 187 monitoreados por el Programan de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Índice de Desarrollo Humano (IDH): Liberia 175, Guinea 179 y Sierra Leona 183.

Son tres de los países más pobres del mundo y son, paradójicamente, enormemente ricos en recursos naturales; pero ha sido esta combinación lo que ha condicionado su despojo, guerras estimuladas desde el exterior por intereses económicos encontrados y la incursión neocolonial de numerosas compañías transnacionales que han monopolizado la tierra para el monocultivo de la palma, de mercenarios racistas contratados para extraer su mineral de hierro o para enriquecerse con sus diamantes. "Diamantes de sangre" es el término acuñado en Hollywood para una película sobre el tema. La explotación y la pobreza resultantes son de tal magnitud que la población se ve obligada a buscar el sustento en las áreas selváticas y exponerse así al virus mortal.

El Movimiento para la Salud de los Pueblos señaló recientemente que en los primeros cuatro meses de la epidemia, 848 personas contrajeron en Sierra Leona el ebola, de las cuales murieron 365; pero en el mismo plazo y en el mismo territorio también fallecieron, y nadie reparó en ellos:³

Foto 4

Sospechoso de muerte por ébola arrastrado a la calle para llamar la atención de los equipos de entierro



Fuente: Daniel Berehula -The New York Times/Redux <http://time.com/3394122/us-ebola-aid-focuses-on-liberia-not-other-affected-countries>

650 personas por meningitis
670 por tuberculosis
790 por VIH
845 por enfermedades diarreicas
3,000 por malaria

Índice de Incidencia de Mortalidad Materna 2000-2014
2014



¿Por qué estas otras muertes, que tienen décadas de estar sucediendo, no fueron objeto de igual movilización de recursos o, al menos, de algún grado de alarma?

La ofensiva neo colonial no sólo explota desmedidamente y trastorna los ecosistemas, sino que conspira en contra el desarrollo local: hay más médicos liberianos y sierra leoneses en los países desarrollados, que en su país de origen. Uno de ellos recientemente falleció de ébola en los EUA (fue admitido en ese país porque disfrutaba de

doble nacionalidad). Los sistemas de salud son prácticamente inexistentes en los países más afectados y no es por casualidad: por décadas, más que otras naciones subdesarrolladas han sido azotados por violencia, pobreza, corrupción, guerras, despojo, explotación despiadada, fuga de cerebros y, sobretodo, por una agresiva implementación de políticas de ajuste estructural que terminaron por aniquilar sus sistemas de salud, que ya antes eran precarios.

Todo esto se ha sumado y conspirado para que el continente africano no sea solamente víctima del ébola: es precisamente en el continente africano dónde se concentran las 10 peores tasas de mortalidad materna del mundo (lo que repitiéndose consistentemente desde 2001, hasta la fecha).⁴

Como era de esperarse, el complejo médico-industrial-financiero ha aprovechado la coyuntura para estimular el pánico global y ponerlo en función del obscuro incremento de sus ganancias: hay una escasez mundial de trajes de bioseguridad de nivel 3, definidos como los necesarios para la protección del personal involucrado en la atención de los pacientes con ebola. A ello se suman los "kits" complementarios para los equipos de limpieza y manejo de cadáveres, así como los hospitales de campaña prefabricados.

Sin embargo, 40 años con ébola no ha estimulado al complejo médico-industrial-financiero a investigar una vacuna contra el ébola. Es simplemente una más entre las llamadas "enfermedades desatendidas" sencillamente porque las transnacionales farmacéuticas no ven un mercado o una ganancia apetecible en las poblaciones afectadas. No obstante, tan pronto el ébola tocó a las puertas de EUA y Europa por vía de los nacionales europeos y norteamericanos repatriados, una ofensiva mediática y la maquinaria médico – industrial – financiera, sospechosamente sincronizadas, levantaron el pánico mundial necesario y la búsqueda activa (¡Hoy sí!) de vacunas y antivirales, así como una impresionante movilización de recursos para prometer "auxiliar" a los países afectados. Miles de millones de dólares fueron prometidos pero, como suele suceder, la realidad siempre está muy lejos de las promesas.

Resulta aquí muy ilustrativo considerar las circunstancias que rodearon el manejo del primer paciente con ébola en los EUA, especialmente para quienes quieren ver en el paradigma tecnológico y curativo, fiel acompañante del aseguramiento privado, como el modelo a seguir para configurar nuestros sistemas de salud. Sucede que en el país con la tecnología en salud más avanzada y el gasto en salud más alto del mundo, la atención al ciudadano norteamericano y también liberiano Thomas Duncan no fue la más adecuada, como CNN⁵ publicó en su oportunidad, lo que a su juicio fueron las causas que condicionaron la muerte de este paciente:

1. Duncan no fue hospitalizado de inmediato.
2. No tuvo fármacos de inmediato.
3. Tuvo un fármaco diferente al necesario.
4. El hospital no estaba preparado.
5. Hubo una impresionante confusión entre los datos de su historia clínica, pasado migratorio y otros temas relevantes.

La familia, adicionalmente, dijo que el tratamiento errático fue consecuencia de que no contara con un seguro y que, a raíz de ello, el Sr. Duncan no fue ingresado inicialmente. El Reverendo Jesse Jackson, que fungió como vocero de la familia expresó: "Tiendo a pensar que éstos que no tienen seguro médico, que no tienen *Medicaid*, no tienen las mismas prioridades que los que sí los tienen".⁶

Bueno, pues esto sucede siempre o casi siempre en el mundo de los aseguramientos privados, dónde cada persona tiene tanta salud como es capaz de pagar, y todo el sistema se sincroniza y se pone en función, no de producir salud, sino de la obtención de ganancias y la reproducción del capital.

Umbrales mas bajos = Mayores Ganancias

| Prueba Lab | Umbrales | | ¡A consumir! |
|--------------------------|----------|--------|--------------------|
| | antes | hoy | |
| Glucosa en Sangre (mgrs) | 140 | 126 | Antidiabéticos |
| Presión Arterial (mm Hg) | 160/100 | 140/90 | Anti-hipertensivos |
| Colesterol (mgrs) | 240 | 200 | Estatinas |

Fuente: Elaboración propia con base en la Clasificación actual de los Rangos de Presión Arterial de la OMS.

Es por eso que en vez de invertir su dinero en enfermedades poco lucrativas como el ébola, en lugar de fortalecer los sistemas de salud de los países subdesarrollados, resulta más rentable inventarse nuevas enfermedades como la disfunción eréctil femenina para que también mis colegas les puedan prescribir *Sildenafil*, crear oscuros síndromes como el de "hiperactividad infantil" para inducir el consumo de sicofármacos en la niñez o a reducir a través de comisiones *ad hoc* una y otra vez los umbrales para incrementar exponencialmente el ejército de consumidores de medicamentos y, por supuesto, las ganancias de los fabricantes.

La codicia de las empresas transnacionales no parece tener fin y los escándalos sobre sus actividades proliferan, poniendo al desnudo todo un mundo de corrupción, sobornos, colusión, ensayos clínicos amañados, datos ocultos o tergiversados, investigaciones por encargo y muchas más trampas con las que se suele envolver y manipular a estudiantes, investigadores, profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y al público en general.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la *Revista Fortune 500* de 2014 (<http://fortune.com/fortune500/pfizer-inc-51/>) y notas periodísticas (<https://noticiasdebajo.wordpress.com/2010/10/25/-el-complejo-industrial-farmaceutico-una-historia-mortal/>) (ambas direcciones web consultadas en febrero 13 de 2015)

En los últimos años, algunos de estos escándalos han trascendido a los medios que han publicado las multas millonarias a las transnacionales farmacéuticas en países desarrollados como EUA, Francia, Italia y otros; pero, por astronómicas que sean las multas en miles de millones de dólares, el

desbalance comparado entre las multas y sus niveles de ventas anuales induce a pensar que, seguramente, tales multas forman parte del presupuesto anual, como un gasto más que se carga a los consumidores para no reducir sus ganancias.

Adicionalmente, la industria farmacéutica transnacional ha dejado de generar innovación en productos de síntesis química y ha encontrado un nuevo nicho de mercado por lo difícil de reproducir para la industria tradicional de genéricos: los **medicamentos biológicos y biotecnológicos**, que incluyen las vacunas, anticuerpos monoclonales, células madre, nanotecnología y otros, cuyos costos las nuevas tecnologías individualizan a la medida de cada paciente, haciendo palidecer las cifras que nos indignaban antes para, por ejemplo, contar con medicamentos antirretrovirales de tercera generación.

Una pequeña muestra: un tratamiento para hepatitis C con anticuerpos monoclonales para una sola persona puede costar fácilmente hasta 300,000.00 dólares.

A propósito de vacunas, es pertinente hablar en torno a la del virus del papiloma humano (VPH), que en los últimos dos años en forma muy polémica se ha incorporado en el mercado y en los programas nacionales de unos 25 países, incluyendo algunos latinoamericanos como Argentina, Colombia, México, Panamá y Perú. Otros, que la vemos con escepticismo, somos objeto de fuertes presiones para sumarnos a quienes la aplican con mucho entusiasmo. Ciertamente, la mortalidad mundial por cáncer cérvico-uterino pone de relieve las inequidades de nuestro tiempo en cuanto a riqueza, género y acceso a los servicios de salud. Las mujeres de todo el mundo están expuestas al VPH, pero son las de los países subdesarrollados las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección y al tratamiento tempranos y mueren debido a las consecuencias de la infección por este virus.

Hoy en día, el cáncer cérvico-uterino es el segundo más común en las mujeres del mundo desarrollado y la principal causa de fallecimiento por cáncer en

las de la mayoría de los países en desarrollo. El *Cervical Cancer Action (CCA)*⁷ dice que cada año 500,000 mujeres lo desarrollan, de éstas mueren 275,000; pero, para 2030, se prevé que cobrará la vida de más de 474.000 mujeres por año, el 95% de ellas en países de ingresos bajos y medianos.

Sabemos que el VPH es una causa necesaria, pero no suficiente para el desarrollo del cáncer cervicouterino.⁷ Se precisa de la confluencia de múltiples factores para desarrollar la enfermedad, entre ellos: precocidad de las relaciones, número elevado de parejas sexuales o pareja sexual con múltiples otras parejas, comportamiento sexual, prostitución y multiparidad.⁸

Es importante citar acá, una vez más, la necesidad de sistemas públicos fuertes y universales que garanticen intervenciones de tamizaje de bajo costo y que, además, previenen contra el 100% de las cepas con potencial carcinógeno, como la prueba de Papanicolaou o similares. Como ya se dijo, las dos vacunas actuales han presentado una introducción polémica en el mercado y en los programas nacionales de inmunización financiados con fondos públicos en casi dos docenas de países en los últimos dos años, incluyendo en Latinoamérica: México, Colombia, Panamá, Argentina y Perú.

El gobierno de la India, a través del Consejo Indio de Investigaciones Médicas (ICMR), ha ordenado la inmediata paralización del proyecto de programa de vacunación contra el VPH, tras haber comprobado violación de los protocolos éticos durante los ensayos clínicos con la vacuna, en los que también se reportaron seis muertes asociadas y 120 casos de reacciones adversas relacionadas con dicha vacuna durante los ensayos.⁹

Austria descartó la vacunación masiva porque calculó que en el mejor de los escenarios, con un 95% de cobertura de vacunación en las niñas menores de 12 años, tendrían que esperar 52 años para reducir un 10% la prevalencia de la enfermedad. Incluso en los EUA su aplicación ha sido polémica, en el estado de Texas fue introducida obligatoriamente por un decreto ejecutivo del gobernador Perry, lo que fue anulado mayoritariamente por la legislatura del Estado en medio de un escándalo de prácticas antiéticas que

incluían donativos de las Transnacional farmacéuticas (TNF) productoras de la vacuna a la campaña electoral del Gobernador.¹⁰

Después de un concienzudo análisis, llegamos a las siguientes conclusiones, mismas que ilustramos con los estudios y reportes incluidos en las referencias bibliográficas de esta conferencia:

1. No existen investigaciones que demuestren la efectividad de la vacuna, pues un estudio real en este sentido tendría que durar entre 20 y 30 años, dada la historia natural de la enfermedad. Los actuales solamente han logrado desarrollar la observación de variables secundarias o subrogadas, como la elevación de anticuerpos contra las dos cepas de virus, sin que esto signifique aún que la vacuna sería capaz de reducir la incidencia de lesiones precancerosas y de neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC).
2. Los estudios realizados hasta el momento miden la titulación en sangre de anticuerpos para genotipos de las cepas 6, 11, 16 y 18, han tenido una duración de cuando más tres años y, en el caso de la vacuna Tetravalente, han demostrado descenso en la titulación con el tiempo, lo que implica que si se adoptase la vacuna (ya que tampoco existen estudios sobre el nivel de titulación de anticuerpos para una protección eficaz), habría necesidad de establecer refuerzos posteriores con el consiguiente incremento de los costos
3. En ese sentido, no es conveniente ni recomendable para un país subdesarrollado y pobre, como el nuestro, promover una medida de largo plazo de dudosa efectividad y con reacciones adversas asociadas relevantes, incluyendo muertes, pues, en el mejor de los casos, la incidencia se reducirá en la cohorte de adolescentes vacunadas dentro de 30 años, lo que deja sin resolver un problema que afecta hoy a centenares de mujeres salvadoreñas.
4. Además, existen otras medidas con una relación costo/efectividad demostrada que superan la vacuna y que por sí solas representan una disminución comprobada de un 70% en la morbi-mortalidad, como la detección temprana por Papanicolaou y tratamiento precoz de lesiones de CA *in situ*.

Paradójicamente, en este sentido, la vacuna podría tener el efecto adverso al buscado, al proporcionar una falsa sensación de seguridad y propiciar una reducción de las mujeres que acuden regularmente a la toma de sus citologías.

5. En un país con recursos en salud limitados, la implementación de dicha vacuna seguramente restará los recursos disponibles para los programas de prevención secundaria (citología y colposcopia), esto sin tomar en cuenta que ni siquiera sabemos qué cepas de VPH circulan en nuestro país
6. La decisión de incluir la vacuna del VPH en el calendario de inmunizaciones no debería basarse en argumentos como la donación del financiamiento inicial, parcial o total del programa mismo, sino en criterios de eficacia, seguridad y costo-beneficio, ya que el dictamen sobre la vacuna seguiría siendo el mismo aún cuando la vacuna fuera proporcionada a bajo costo o, incluso, gratis, durante un periodo limitado. El problema real es que una vez generada la demanda por la vacuna, es muy difícil dar marcha atrás y muy difícil también retirarla del calendario de inmunizaciones, aunque se demuestren razones valederas de costo, de seguridad o de eficacia.

Nuevamente, la codicia de las transnacionales farmacéuticas ha sido puesta en evidencia por una investigadora catalana que denunció un ensayo clínico amañado sobre tal vacuna. La investigadora en cuestión, Teresa Forcades i Vila, una médica que les recomiendo escuchar en una conferencia dictada sobre el tema que aparece en YouTube¹¹ dice:

Las pruebas siempre se hacen a doble ciego. A un grupo se lo vacuna y al otro se le da un placebo. Vieron inicialmente que los efectos secundarios eran los mismos en los dos grupos, no había problema. Pero se acaba de descubrir que al grupo control no se le inyectaba agua, sino aluminio.¹² O sea, era un pseudo placebo.

y agrego yo: fue deliberadamente utilizado para engañar a las destinatarias de la vacuna con los resultados.

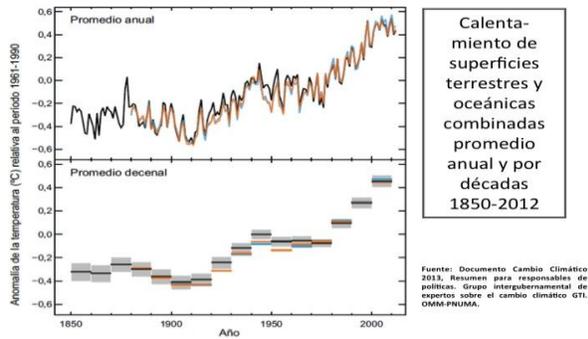
Lo dicho hasta aquí tiene a la base el antiguo conflicto entre si la salud es un derecho humano fundamental o una mercancía y a la renovada disputa entre los sistemas de aseguramiento privado en los que las prestaciones, su calidad, la cobertura y el acceso a la salud, debe estar mediada por la capacidad de pago individual o por sistemas universales, únicos, públicos, sostenibles, financiados por impuestos generales. Estas últimas son las características por las que opta la Reforma de Salud en El Salvador.

Pero, incluso más allá de los tradicionales establecimientos de salud y de una necesaria integración de los mismos en redes de servicios, un sistema de salud debe identificar y combatir constantemente la inequidad entre grupos poblacionales, promover la armonía con los ecosistemas y luchar por generar entornos saludables para la población.

Este último elemento me mueve a traer a cuenta otro de los elementos trazadores que caracterizan el actual modelo de desarrollo. Su abordaje y constatación en un encuentro como este Congreso, que se plantea un nuevo modelo de desarrollo, es importante no solamente para terminar de configurar las consecuencias en la salud de la esencia depredadora del modelo vigente; sino y, sobre todo, para describir una característica que le es inherente y que pone de manifiesto las consecuencias terribles de continuar implementándolo que, además, pone en evidencia más que cualquier otra circunstancia su inviabilidad como modelo de desarrollo.

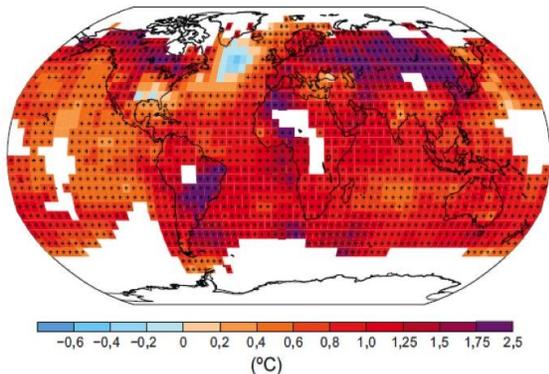
El modelo no solamente es insalubre para los individuos y las comunidades, como podemos apreciarlo por los elementos que se han descrito en los párrafos precedentes, sino que amenaza la salud y la existencia de todas las formas de vida y del planeta mismo.

El elemento trazador al que me refiero y qué recapitula más que cualesquiera otra característica (pues tiene muchas) la inviabilidad del modelo es precisamente el cambio climático.



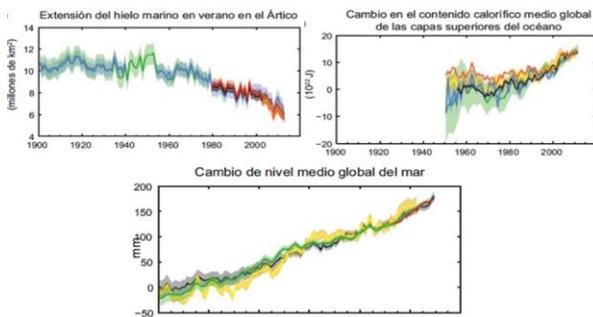
En esta lámina, que corresponde al V Encuentro Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, convocado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), puede apreciarse la inusual y sostenida elevación anual y por décadas de la temperatura combinada de la superficie terrestre y acuática desde 1850. Obsérvese con especial cuidado la elevación en los últimos 30 años.

Cambios en temperatura superficial 1901-2012.



Fuente: Documento Cambio Climático 2013, Resumen para responsables de políticas. Grupo Intergubernamental de expertos sobre el cambio climático GTI. OMM-PNUMA.

El calentamiento Ártico 1900-2012



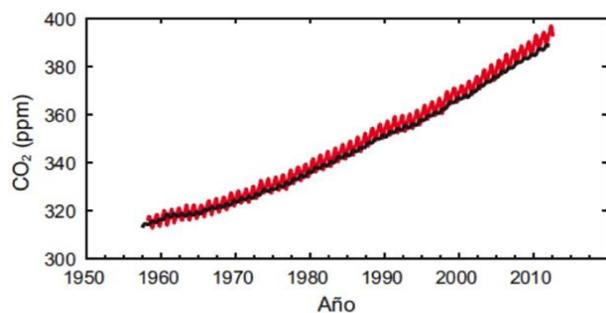
Más ilustrativo aún es la siguiente lámina, en la que se aprecia que esta elevación de las temperaturas no será uniforme y que las áreas más

recalentadas coinciden precisamente con las que son objeto de deforestación intensiva para siembra de mono cultivos, como la soya en América del Sur, la palma de coco en África y otras similares. La amenaza al cuerpo de agua que para la humanidad es estratégico en la Amazonia es particularmente preocupante.

En la siguiente lámina puede apreciarse cómo el calentamiento de los océanos se correlaciona fuertemente con la desaparición del hielo en el ártico, el cual se reduce a un ritmo de 2.7% por decenio, estimándose que desaparecerá en su totalidad antes de que termine este siglo, coincidiendo con la elevación progresiva del nivel del mar.

Ha sido tradicional que cuando una especie se ve amenazada tiende a emigrar a un hábitat similar, pero los científicos se preguntan: ¿A dónde emigrarán los osos polares, las focas y, en general, todas las formas de vida que conocemos del continente ártico? Y más en perspectiva: ¿A dónde emigrará la especie humana, a qué planeta y con qué medios, cuando este destino nos alcance?

CO2 atmosférico 1950-2012



Fuente: Documento Cambio Climático 2013, Resumen para responsables de políticas. Grupo Intergubernamental de expertos sobre el cambio climático GTI. OMM-PNUMA.

A lo largo de los últimos 50 años las actividades humanas y, en particular, la combustión de combustibles fósiles como carbón, petróleo y gas natural (en un 66%), sumado a la deforestación (un 33%), han liberado cantidades crecientes de CO2, metano, óxido nítrico y otros gases de efecto invernadero que han generado el recalentamiento del planeta. Las mediciones de CO2 y metano exceden los valores calculados en los últimos 650,000 años de la vida del planeta. Sólo entre 1970 y 2004 las actividades humanas han aumentado los gases de efecto invernadero en un 70% desde la era preindustrial.

No hay lugar en el planeta que no haya experimentado ya las repercusiones de estos trascendentales cambios climáticos: inundaciones, temporadas de huracanes cada vez más tempranas, más prolongadas y más violentas, golpes de calor, nevadas inusuales, sequías extremas, incremento de la frecuencia y la magnitud de incendios forestales son cada vez más, fenómenos recurrentes en la vida cotidiana. Los más pobres son también y, como siempre, quiénes ponen las cuotas más elevadas de muertos y damnificados.

El cambio climático es también responsable de una creciente mortalidad entre los pacientes crónicos con enfermedades respiratorias o cardíacas, ya sea por golpes de calor o por descensos bruscos de la temperatura. A medida que el nivel del mar se continúe elevando, la población mundial, cuya mayoría se concentra en una estrecha franja de 60 kms a lo largo de las costas, incrementará las migraciones, con toda su secuela de asentamientos precarios, disputa por el agua y mayor escasez de ésta (que ya afecta al 40% de la humanidad), hacinamiento urbano, crecimiento caótico de las grandes ciudades, afectaciones a la salud mental y violencia social e intrafamiliar.

La escasez de agua segura para el consumo humano incrementará indefectiblemente las enfermedades de transmisión hídrica, como las diarreicas y otras derivadas del deterioro de las condiciones de higiene, como la conjuntivitis bacteriana (que puede producir ceguera) y otras. La codicia neoliberal ya identificó desde hace rato esta escasez y lucra crecientemente o agrava sin miramientos el problema con el negocio de agua envasada y su venta en las comunidades. Un poblador de tugurios acá, en El Salvador, por ejemplo, paga un dólar por un barril de agua que a un poblador de clase media o alta le cuesta 16 centavos suministrado por ANDA, nuestra empresa pública de agua.

En todo el continente vemos cómo año con año es cada vez más difícil contener el avance del zancudo *Aedes aegypti*, que celebra y acompaña la incontenible migración del campo a la ciudad en busca de oportunidades. Acá, la escasez de agua y su suministro esporádico y oneroso condiciona su

almacenamiento casero y, con ello, las condiciones para la reproducción del vector del dengue y la fiebre chikungunya. Esta situación tiene una contrapartida perversa: el incremento de la temperatura generado por el cambio climático reduce el ciclo vital del mosquito y el ciclo vital del virus en el interior del mosquito. Es decir, habrá más mosquitos en menos tiempo que antes y más agresivos, siendo fatal el resultado.

Los cultivos tradicionales experimentarán ciclos cada vez más inestables y mermas en su productividad, agravando la malnutrición, especialmente en las regiones tropicales, donde la seguridad y soberanía alimentaria ya constituyen un serio problema. En los últimos 50 años el planeta se ha sobre calentado al doble de lo que lo hizo en los 100 años anteriores y todo indica que la quema de combustibles fósiles continuará incrementándose, con el consiguiente aumento de CO₂ entre un 40% y un 110% en los próximos 20 años, y un mayor recalentamiento, que en Centroamérica oscilará entre 2 y 3.7 grados Celsius.

Resumiendo: ya no es posible negar que vivimos una emergencia creciente, cada vez más peligrosa, que amenaza mortal para la especie humana y para los ecosistemas. Cada vez más, la ciencia y los expertos acumulan evidencia de que caminamos inexorablemente a un desastre planetario y que este desastre es una consecuencia incuestionable de un **modelo de desarrollo depredador, extractivista, basado en el individualismo, la competencia, el egoísmo y el consumo exagerado porque está obsesionado con la ganancia, modelo que ya es inviable, insostenible, que se encuentra reñido con la vida y la equidad.**

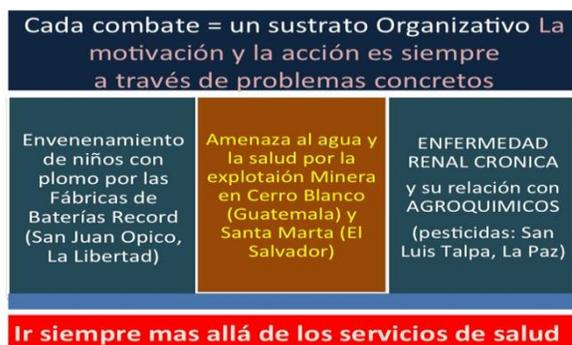
Al Gore fue muy explícito al respecto; durante su campaña por la vicepresidencia estadounidense dijo al referirse a la hostilidad de George Bush hacia el protocolo de Kyoto: “Bush dijo una vez que hay que elegir entre economía y medio ambiente. Pero esta es una dicotomía falsa, si no tenemos planeta, no tendremos economía”.

El camino a recorrer por los activistas por el derecho a la salud, debe entonces lidiar con al menos dos cuestiones sustantivas:

I. La necesidad de identificar y denunciar acciones distractivas, lo que es cada vez más importante y necesario pues éstas desvían la atención del problema fundamental: que es la búsqueda de un nuevo modelo de desarrollo.

Este tipo de acciones son aquéllas que, o bien circunscriben las soluciones limitándolas al ámbito estrecho de los servicios, o se colocan en sintonía con el enfoque de “determinantes de la salud” que fracciona la realidad y hace perder de vista el todo, y que, por lo general, al fraccionar el proceso de determinación, sus intervenciones se concretan en parches al modelo de desarrollo hegemónico, haciendo un flaco servicio a su perpetuación, entre ellas:

- Estrategias de "adaptación" al cambio climático exigidas a los países subdesarrollados que producen sólo el 27% de los gases de invernadero, contra el 73% de los países desarrollados que se niegan a implementar estrategias de "reversión" del cambio climático, mismas que no sólo rechazan, sino que revierten la ratificación del protocolo de Kyoto, como es el caso más reciente de Canadá.
- Intervenciones que se circunscriben a la red de servicios de salud para enfrentar problemas de salud, como la insuficiencia renal crónica, para cuyo abordaje las propuestas no van más allá de unidades de diálisis o programas de trasplante renal, invisibilizando la necesidad de regular los agroquímicos, incluyendo prohibir los pesticidas y otros compuestos agrotóxicos.
- La peligrosa alternativa de implantar políticas extractivas como mecanismo para financiar programas sociales y disminuir los índices de pobreza, crecientemente enarboladas por gobiernos emergentes declarativamente progresistas
- Cito a Eduardo Gudynas, Director del Centro Latinoamericano de Ecología Social (CLAES) de Montevideo, Uruguay,¹⁵ quien dijo:
En los últimos 15 años, tiempo en el que América Latina tiene a presidentes democráticos de tendencia izquierdista, se duplicaron los extractivismos en los países a tal punto que Ecuador y Uruguay, que nunca habían centrado su atención en la producción minera, ahora lo están haciendo.



Fuente: Construcción propia con base en mi experiencia de trabajo con el movimiento social en El Salvador

II. Las acciones sustanciales que deben emprender o apoyar los activistas por el derecho a la salud, en sintonía con la Determinación Social de la Salud y el lema de este congreso "... un nuevo modelo de desarrollo, estado y sociedad":

- Desarrollar múltiples instancias de trabajo intersectorial que garanticen el abordaje integral de cualquier problema de salud.
- Propiciar una auténtica participación social y desarrollar una amplia y combativa organización comunitaria que la concrete y realice con una dimensión colectiva
- Diseñar y fortalecer sostenidamente sistemas únicos de planificación e información en salud que hagan una vigilancia de la salud efectiva, que garanticen la universalidad y la calidad del dato, transparentes, que faciliten la formulación de soluciones y la toma de decisiones, desde la epidemiología crítica.
- Luchar por configurar sistemas únicos, públicos, universales, financiados por impuestos generales.
- La educación superior pública, en particular, debe enfrentar la comercialización, la industria farmacéutica, la tecnología y los modelos biologicistas caducos y reaccionarios
- Desempeñar un rol activo en la discusión e incidencia referente a la cobertura universal y el acceso universal a la salud en sus respectivos países.
- Prepararse para dar la batalla en el trabajo de legislación en salud que tendrá lugar este 2015, incidir en los Ministerios de Salud para que se prioricen los intereses colectivos por sobre los individuales, difundir y debatir en

torno a los marcos legislativos particulares especialmente en la academia.

- Continuar la lucha por la implementación de las estrategias de "reversión" del cambio climático (no sólo la resiliencia en los países subdesarrollados), fundamentalmente las responsabilidades ambientales de los países del primer mundo.
- Los activistas por el derecho a la salud deben ir más allá de sus ámbitos de acción en el sector salud para luchar por un nuevo modelo de desarrollo.
- Participar activamente en las demandas y protestas en torno a la COP 20 (Conferencia de las Partes), que se desarrollará del 1 al 10 de diciembre en Lima, Perú, que debatirá la crisis climática actual y la COP 21 en París este 2015.
- Trabajar con urgencia por recuperar y aplicar a nuestra realidad los principios fundamentales del modo de vida de los pueblos originarios en armonía con los ecosistemas.

La verdadera amenaza:

El modelo actual de Desarrollo

**¿Seremos lo suficientemente valientes?
¿Tendremos el coraje necesario para enfrentar los retos y cambiarlo antes de que sea demasiado tarde?**

Fuente: Construcción propia con base en mi experiencia de trabajo con el movimiento social en El Salvador.

Queridos compañeros de ALAMES, compañeros que nos visitan desde todos los rincones de nuestro país y de este continente en representación de muchos otros que esperan con ansiedad que a su regreso la palabra de cada uno de ustedes, enriquecida con los temas de este congreso, incendie sus voluntades y le dé nueva vida a su esperanza y a su trabajo por un mundo mejor, más equitativo y solidario:

Quiero terminar compartiendo con ustedes un

recuerdo, algo que desde que lo escuché por primera vez me conmovió mucho, es un pasaje de la revolución cubana: el jueves 8 de enero de 1959, Fidel Castro, a la cabeza de un multitudinario, espontáneo e impresionante desfile originado hacía una semana en Santiago de Cuba, llegó a La Habana y desde el campamento militar de Columbia se dirigió a aquella monumental e histórica concentración que le vitoreaba alborozada. Durante su discurso, a veces hacía una pausa y le preguntaba al Señor de la Vanguardia: ¿Voy bien Camilo? y Camilo Cienfuegos, sonriente, le contestaba invariablemente: ¡Vas bien, Fidel!

Queridos compañeros de ALAMES, nosotros también tenemos a nuestro Camilo, a nuestro Señor de la Vanguardia.

Mi mayor anhelo hoy es que al regreso a nuestras labores cotidianas, cuando luchemos por aplicar lo que en estos cinco días habremos debatido y consensado, podamos dirigirnos esperanzados al maestro diciendo ¿Voy bien Juan César? y que nuestra labor, al final de cada día, haya sido tan trascendente, de tal calidad y magnitud, que invariablemente escuchemos a lo largo y ancho de toda Latinoamérica la respuesta de Juan César García martillando en el fondo de nuestros corazones contestándonos: "¡Vas bien, alameño!"

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2014, agosto 8). Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de enfermedad por el virus del Ebola de 2014 en África Occidental. *Centro de Prensa*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/>
2. Ébola – Adopción de la resolución 2177. (2014, septiembre 18). *Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional*. Nueva York: France-Diplomatie. Disponible en <http://www.diplomatie.gouv.fr/es/asuntos-globales/salud-educacion-y-genero/lucha-contra-la-epidemia-de-ebola/article/ebola-adopcion-de-la-resolucion>
3. Sengupta, A. (2014, agosto 27). Ebola Epidemic Exposes the Pathology of the Capitalist System.

- People's Health Movement*. Disponible en <http://www.phmovement.org/es/node/9587>
4. Save the Children. (2013). *Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013*. Fairfield: Save the Children Federation, Inc. Disponible en http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2e-be-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-FULL-REPORT_2013.PDF
 5. Karimi, F., y Shoichet, C. E. (2014, septiembre 9). Thomas E. Duncan: seis claves de por qué él sí murió de ébola en EU. *Mundo*. México: CNN México. Disponible en <http://mexico.cnn.com/mundo/2014/10/09/thomas-e-duncan-seis-claves-de-por-que-el-si-murio-de-ebola-en-eu>
 6. Karimi, F., y Shoichet, C. E. (2014, septiembre 10). Thomas Eric Duncan: 7 ways his Ebola case differs from others in U.S. CNN. Disponible en <http://edition.cnn.com/2014/10/09/health/ebola-duncan-death-cause/>
 7. Cervical Cancer Action. (2011). *Progreso en la Prevención del Cáncer Cervicouterino: Informe de Cervical Cancer Action*. Disponible en www.path.org/publications/files/RH_cca_report_card_sp.pdf
 8. Genital HPV Infection - Facts Sheet. (2014, febrero 23). *Human Papillomavirus (HPV)*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention. Disponible en <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm>
 9. Pandey, V. (2010, abril 8). Cancer vaccine programme suspended after 4 girls die. *Latest News & Updates at Daily News & Analysis*. Nueva Delhi: Daily News & Analysis. Disponible en <http://www.dnaindia.com/india/report-cancer-vaccine-programme-suspended-after-4-girls-die-1368681>
 10. Ugalde, A., y Homedes, N. (2011). Ventana Abierta. La vacuna del VPH y la campaña presidencial en EE UU. *acceso y el uso adecuado de medicamentos*, 14(4). Disponible en <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov2011/ventana-abierta/>
 11. Pujol, L., y Rubio, L. (2012). *Teresa Forcades: Una reflexión y una propuesta en relación a la vacuna del VPH*. Youtube. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=ca57ZZjvyRc> (22 de noviembre de 2014).
 12. ICO Information Centre on Human papilloma virus and related cancers in Spain. Summary report update 2010-11-15. (2010, noviembre 15). *WHO/ICO HPV Information Centre*. Barcelona: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/ESP_FS.pdf?CFID=6953469&CF_TOKEN=42986681 (20 de noviembre de 2012).
 13. Centro de Ecología y Pueblos Andinos (CEPA). (2014). El extractivismo es el sustento de los gobiernos populares de América Latina. *Noticias sobre conflictos mineros*. Bolivia: Observatorio de Conflictos Mineros de América Latina. Disponible en <http://www.conflictosmineros.net/contenidos/4-bolivia/17227-el-extractivismo-es-el-sustento-de-los-gobiernos-populares-de-america-latina>



Medicina Social
Salud Para Todos