

Conferencia Juan César García, San Salvador, Noviembre 2014
XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana
de Medicina Social, ALAMES

En el camino hacia un nuevo modelo de Desarrollo, Estado y Sociedad¹

Eduardo Espinoza*

No tuve la suerte de conocer a Juan César García. Lo conocí a través de sus escritos que me enseñó, como muchas otras cosas, María Isabel Rodríguez. Luego con mejor suerte tuve la honra de conocer personalmente y contarme entre sus amigos a entrañables compañeros como Edmundo Granda, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh y Saúl Franco que luego fueron pasándose la estafeta de la conferencia que en honor del maestro fue nominada así por ALAMES.

No creí ser tampoco el más indicado para asumir hoy la delicada responsabilidad de impartir la ponencia 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.

Igualmente, no quiero repetir 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 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 y particularmente enfatizar en episodios que concentran la atención y la angustia planetaria por su presente y futuro en términos de salud, bienestar y desarrollo.

Desafortunadamente, las personas tienden a olvidar rápidamente que las cuestiones que hoy nos preocupan, vienen siendo las mismas que han

¹ Esta conferencia fue preparada con los valiosos aportes y sugerencias de los compañeros María Hamlin Zúñiga, Giovanni Guevara y Rolando Masís. Compañeros de lucha y esperanzas tan responsables como yo de su contenido.

* *Viceministro de Políticas de la Salud de El Salvador, Maestro y Doctor en Salud Pública:* eespinoza@salud.gob.sv

venido aquejando a la humanidad en la medida que las sociedades han ido derivando a 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 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 Juan César García impartida en Montevideo en 2012, con ocasión del XII Congreso:

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 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 (Breilh, 2012).

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
- La urgencia de hacerlo antes que sea demasiado tarde

Por ello abordaré básicamente 5 ideas clave a lo largo de mi exposición:

1. Elementos trazadores de la depredación, despojo, abandono, insalubridad y 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 de Salud únicos, públicos y fuertes.
4. Las acciones en salud limitantes o distractivas para perpetuar el modelo.
5. Las acciones realmente sustanciales a seguir por los activistas por el derecho a la salud.

Empecemos entonces:

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” (OMS, 2014) y la calificara como una “amenaza para la paz y la seguridad mundiales”. A raíz de ella, el

Consejo de Seguridad de Naciones Unidas fue convocado por tercera vez en su historia para tratar exclusivamente un tema de salud y en su declaración 2,177 se 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 (ONU, 2014).”

Muchas situaciones confusas se debatieron desde entonces, por ejemplo: ¿por qué la epidemia se presenta en 3 países que forman parte de la docena con más bajo índice de desarrollo humano (IDH) entre 187 países monitorizados por PNUD como Liberia 175, Guinea 179 y Sierra Leona 183? ¿Por qué hasta hoy se hace una declaración de esta envergadura si el Ébola, desde que se definió como tal en el brote simultáneo en Sudán y República Democrática del Congo, está presente en África desde hace más de 40 años? ¿Por qué han tenido que pasar cerca de 24 brotes, 7 de ellos con más de 100 casos, para generar una alarma mundial?

Son tres de los países más pobres del mundo y son paradójicamente enormemente ricos en recursos naturales; ha sido esta combinación lo que ha condicionado su despojo, guerras estimuladas desde el exterior por intereses económicos encontrados y la incursión neo colonial de numerosas compañías transnacionales que han monopolizado la tierra para el monocultivo de la palma, o 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 las películas sobre el tema. La explotación y la pobreza resultante es 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 4 meses de la epidemia, 848 personas contrajeron en Sierra Leona la EVE, de las cuales murieron 365; pero en

Índice de incidencia de Mortalidad Materna 2000-2014



Fuente: Save the Children, 2013.

el mismo plazo y en el mismo territorio también fallecieron y nadie reparó en ellos 650 personas de meningitis, 670 por tuberculosis, 790 por VIH Sida, 845 por enfermedades diarreicas, 3000 por malaria (TWN, 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 solo explota desmedidamente y trastorna los ecosistemas, sino que conspira contra el desarrollo local: hay más médicos liberianos y sierra leoneses en los países desarrollados que en su país de origen. Uno de ellos falleció de Ébola recientemente en USA, (fue admitido porque disfrutaba de doble nacionalidad). Los Sistemas de Salud son prácticamente inexistentes en estos países y no es por casualidad: por décadas más que otros países subdesarrollados han sido azotados por violencia, pobreza, corrupción, guerras, despojo, explotación despiadada, fuga de cerebros y sobretodo de una agresiva implementación de las políticas de ajuste estructural que terminaron por aniquilar sistemas de salud que ya eran precarios. Todo esto se ha sumado y

confabulado para que el continente africano no sea solamente víctima del Ébola: es precisamente en el continente africano donde se concentran las 10 peores tasas de mortalidad materna del mundo, y esto viene repitiéndose consistentemente desde 2001 hasta la fecha (Save the Children, 2013).

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 EVE. A ello se suman la insuficiencia de los “Kits” complementarios para los equipos de limpieza, manejo de cadáveres y los hospitales de campaña prefabricados. Sin embargo 40 años con EVE 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.

Virus del Ébola en el Congo



Fuente: The Independent

No obstante, tan pronto el Ébola tocó a las puertas de USA y Europa por vía de los nacionales europeos y norteamericanos repatriados, una ofensiva mediática y la maquinaria médico-industrial-financiera, sospechosamente sincronizados, levantaron el pánico mundial y la búsqueda activa 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 Estados Unidos, especialmente para quienes quieren ver en el paradigma tecnológico y curativo, fiel acompañante del aseguramiento privado, 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. CNN (2014) publicó en su oportunidad, lo que a su juicio fueron las causas que condicionaron la muerte de este paciente: no fue hospitalizado de inmediato; no tuvo un fármaco de inmediato; tuvo un fármaco diferente; el hospital no estaba preparado; 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 de salud 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 estos que no tienen seguro médico, que no tienen Medicaid, no tienen las mismas prioridades que los que sí los tienen”.

Bueno, pues esto sucede siempre o casi siempre en el mundo de los aseguramientos privados, donde 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 las ganancias y la reproducción del capital.

Es por eso que en vez de invertir su dinero en enfermedades poco lucrativas como la EVE, 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 a las mujeres o a crear oscuros síndromes como “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.

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 de los rangos de Presión arterial de la OMS.

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.

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 USA, Francia, Italia y otros; 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 las multas forman parte del presupuesto anual como un gasto más que se carga a los consumidores para no modificar 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, hacen palidecer las cifras que nos indignaban antes, como por ejemplo el costo de los medicamentos antiretrovirales de 3a. generación. Una pequeña muestra: un tratamiento para hepatitis C con anticuerpos monoclonales para una persona puede costar fácilmente hasta \$300,000.00 dólares.

A propósito de vacunas, es pertinente hablar de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Ventas 2013 vs multas 2014
(Las escalas en millones de dólares son diferentes)



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Revista Fortune 500 de 2014.

(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 suramericanos como Argentina, Colombia, México, Panamá y Perú. Otros, como en el gobierno de El Salvador 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 cervicouterino 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 mujeres de los países subdesarrollados las que, durante décadas, han tenido poco o ningún acceso a la detección y el tratamiento tempranos y mueren debido a las consecuencias de la infección por este virus. Hoy en día, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más común en las mujeres del mundo desarrollado y la principal causa de fallecimiento por cáncer en las mujeres de la mayoría de los países en desarrollo. El Cervical Cancer Action (CCA), dice que cada año 500,000 mujeres desarrollan cáncer cervicouterino y de estas mueren 275,000; pero para 2030, se prevé que el cáncer cervicouterino cobrará la vida de más de 474.000 mujeres por año, el 95% en países de ingresos bajos y medianos (2012:6). Sabemos que el virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente de cáncer cervicouterino (2012:3). 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 (CDC, 2014).

Importante citar, una vez más, la necesidad de sistemas públicos fuertes y universales que

garanticen intervenciones de tamizaje de bajo costo y que además prevengan contra el 100% de las cepas con potencial carcinógeno con el test de papanicolau o similares. Las dos vacunas actuales contra el VPH han presentado una introducción polémica en el mercado y en los programas nacionales de inmunización financiados con fondos públicos, como ya citamos antes, en casi dos docenas de países en los últimos dos años. 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 virus del papiloma, tras haber comprobado violación de los protocolos éticos durante los ensayos clínicos con la vacuna, en los que también se reportó seis muertes asociadas y 120 casos de reacciones adversas relacionados con la vacuna durante los ensayos (Pandey, 2010). 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 USA 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 anti éticas que incluían donativos de las empresas que estudian el factor de necrosis tumoral, (TNF), productoras de la vacuna, a la campaña electoral del Gobernador (Ugalde y Homedes, 2011).

Después de un análisis llegamos a las siguientes conclusiones que ilustramos con los estudios y reportes que incluimos en la bibliografía de esta conferencia, estas son, entre otras:

1. No existe un estudio que demuestre 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 estudios 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 aun 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 cuando más de 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, (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, para resolver un problema que afecta hoy a centenares de mujeres salvadoreñas.
4. Además, existen otras medidas con una relación costo/efectiva demostrada que superan la vacuna, y que por sí solas representan una disminución comprobada de un 70% de 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 un 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), sin tomar en cuenta que ni siquiera sabemos que cepas de VPH circulan en nuestro país.
6. La decisión de incluir la vacuna del VPH en el calendario inmunizacional 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 aun cuando la vacuna fuera proporcionada a bajo costo o incluso gratis durante un periodo limitado de tiempo. El problema real es que una vez generada la demanda por la vacuna, es muy difícil dar marcha atrás y muy difícil también retirarla aunque se demuestren razones valederas de costo, de seguridad o de eficacia.

Nuevamente acá la codicia de las transnacionales farmacéuticas ha sido puesta en evidencia, por una investigadora catalana que denunció un ensayo clínico amañado sobre la vacuna. La investigadora en cuestión, Teresa Forcades i Vila, una médica catalana que les recomiendo escuchar en una conferencia dictada sobre el tema que aparece en YouTube (Goberna, 2013) 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 (WHO, 2010). O sea, era un pseudo placebo” y agregó: “deliberadamente utilizado para engañar con los resultados a las destinatarias de la vacuna.

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 si por el contrario las prestaciones deben ser gratuitas, proporcionadas por sistemas universales, únicos, públicos, sostenibles, financiados por impuestos generales y con acciones fundamentadas médica y socialmente.

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

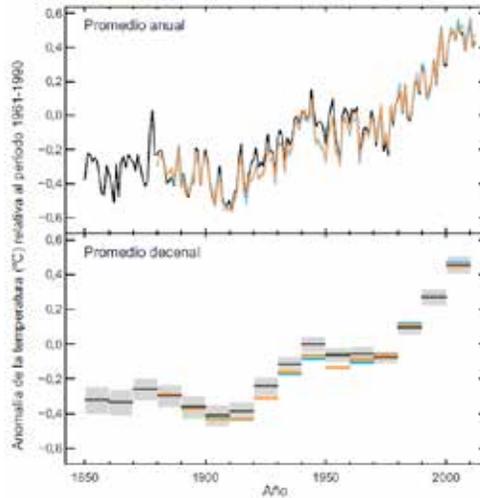
que se plantea un nuevo modelo de desarrollo, es importante no sólo para terminar de configurar las consecuencias en la salud de la esencia depredadora del modelo vigente, sino, y sobre todo, para describir una característica que le es inherente y que pone de manifiesto las consecuencias terribles de continuar implementándolo, y 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 actual de desarrollo, es precisamente el cambio climático.

En esta lámina que corresponde al 5º encuentro intergubernamental de expertos sobre el cambio climático convocado por el 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.

**Calentamiento de superficies terrestres y oceánicas combinadas.
Promedio anual y por décadas 1850-2012**

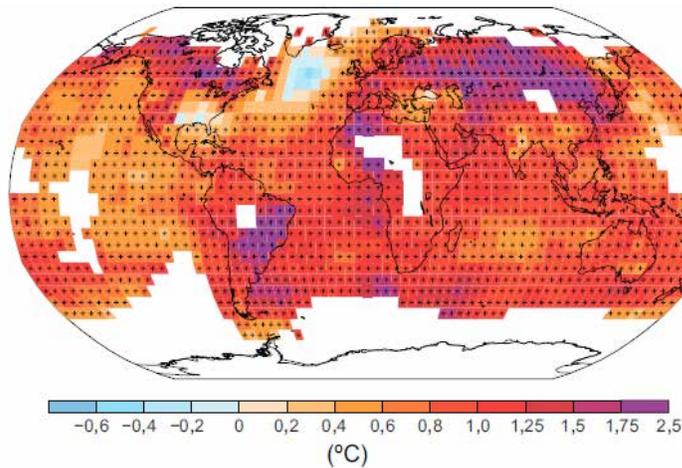


Fuente: Documento Cambio Climático 2013, Resumen para responsables de políticas. Grupo intergubernamental de expertos sobre el cambio climático GTI. OMM-PNUMA.

Más ilustrativa 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, precisamente coinciden con las áreas que son objeto de deforestación intensiva para siembra de mono cultivos como la soya en sur América, la palma de coco en África y otras similares.

La amenaza al cuerpo de agua que para la humanidad es estratégico en Sudamérica integrado por los Ríos Amazonas, Orinoco, La Plata y el acuífero subterráneo Guaraní que son la tercera parte de los recursos de agua dulce del planeta, han comenzado a afectarse (Global Water Partnership, 2012).

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 modelo de desarrollo emerge nuevamente como el villano global que se despliega en múltiples flancos de ataque: deforestando la amazonia para abrir paso a la ganadería generando amplias zonas crecientemente desérticas; contaminando y desecando los ríos para monocultivos intensivos como la soya que llevan aparejados más deforestación, erosión y el uso masivo de los agrotóxicos de Monsanto; derritiendo progresiva e irreversiblemente, como consecuencia del recalentamiento global, la fuente primigenia del citado cuerpo de agua: los glaciares andinos.

El lago o mar de Aral, en otros tiempos el 4º lago más grande del mundo con 68,000 Km² de extensión ha desaparecido casi completamente dando paso a un desierto tóxico para las comunidades que antes vivían de él.

Lago Aral hoy 5 000 Km²



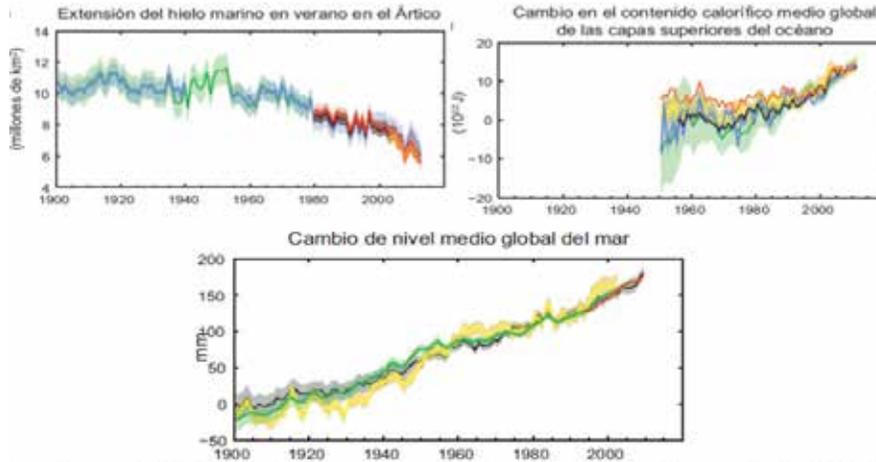
Fuentes: elaboración propia con base en: Afrix, El baúl de Josete y El Mundo gira.

El “crecimiento económico” impulsó en los años 60 desviar regadíos de otro monocultivo, el algodón de los grandes ríos (el Amur Daria y el Syr Daria) que lo nutrían. Así, el lago ha venido mermando su nivel a un ritmo de 20 cm. por año en los años 60, luego 60 cm. por año en los años 70 y casi 90 cm. por año en los 80. Estos descensos progresivos en su nivel tienen el lago al borde de la desaparición definitiva.

Un auténtico desastre antropogénico que potencia también el cambio climático y alerta sobre lo que podría pasar al acuífero suramericano.

El recalentamiento global no solo derrite los glaciares andinos. También el Océano Ártico: en estas láminas puede apreciarse como 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. 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 incremento del 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. 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 que planeta, sistema solar o constelación y con qué medios, cuando este destino nos alcance?

Calentamiento Ártico 1900-2012

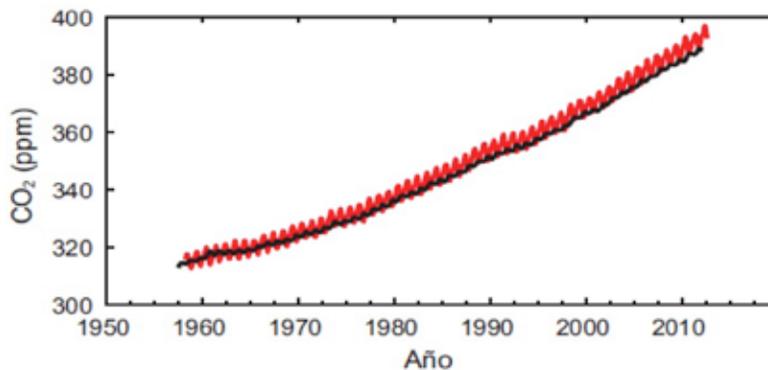


Fuente: Documento Cambio Climático 2013, Resumen para responsables de políticas. Grupo intergubernamental de expertos sobre el cambio climático GTI. OMM-PNUMA.

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 nitroso y otros gases de efecto invernadero que han generado un 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.

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.

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 quienes 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 y escasez por el agua (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 enfermedades diarreicas y otras derivadas del deterioro de las condiciones de higiene como la conjuntivitis bacteriana, (que puede producir ceguera) y otras enfermedades. 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 la venta de agua 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 como 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 de gente 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 también reduce el ciclo vital del virus al interior del mosquito. Más mosquitos en menos tiempo que antes y más agresivos es el fatal 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 constituye un serio problema.

En síntesis, ya no es posible negar que vivimos una emergencia creciente, cada vez más peligrosa, que amenaza mortalmente a la especie humana y a los ecosistemas. Cada vez más, la ciencia y los expertos acumulan evidencia 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; obsesionado por la ganancia, inviable, insostenible y 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 desvían la atención del problema fundamental que es la búsqueda de un nuevo modelo de desarrollo. Este tipo de acciones son aquellas que o bien circunscriben las soluciones limitándolas al ámbito estrecho de los servicios de salud 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 solo el 27% de los gases de invernadero contra el 73% producidos por los países desarrollados que se niegan a implementar estrategias de “reversión” del cambio climático, 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 (CEPA, 2014), Director del Centro Latinoamericano de Ecología Social (CLAES) de Montevideo, Uruguay, 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: elaboración 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”, son:

- Desarrollar múltiples instancias de trabajo Intersectorial que garantice 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 efectiva de la salud, que garantice la universalidad y la calidad del dato, transparencia, facilite la formulación de soluciones y la toma de decisiones desde la epidemiología crítica.
- Luchar por configurar Sistemas de Salud únicos, públicos, universales, financiados por impuestos generales.
- La Educación Superior pública debe formar profesionales para el deber público, enfrentar la comercialización, la influencia de la industria farmacéutica y tecnológica y superar 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 solo 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 de 2014 en Lima 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: elaboración 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 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, 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!»

MUCHAS GRACIAS.

Referencias bibliográficas

- AFRIX (2008). La muerte del mar Aral y los barcos del desierto. <http://www.anfrix.com/2008/12/la-muerte-del-mar-aral-y-los-barcos-del-desierto/> (consulta: 13 de febrero de 2015)
- BREILH, J. (2012, noviembre). Observatorios, Investigaciones y sistemas de Información como herramientas para el cambio. Mesa redonda del XII congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud, VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales en Salud. Crisis, aceleración y despojo en el capitalismo global: avances y retrocesos en la lucha por la salud y la universalización de los derechos. 3 al 8 de noviembre de 2012, Montevideo, Uruguay. <http://www.alames.org/documentos/cnfjcgjb.pdf> (consulta 13 de febrero 13 de 2015)
- CCA (2012). Informe 2012 del Cervical Cáncer Action: Progreso de la Prevención del CCU. En colaboración con OPS. www.path.org/publications/files/RH_cca_report_card_sp.pdf (consulta 2 de febrero de 2014)
- CDC (2014). Human Papillomavirus (HPV). <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm> (consulta 13 de febrero de 2015)
- CEPA (2014). El extractivismo es el sustento de los gobiernos populares de América Latina. <http://www.conflictosmineros.net/contenidos/4-bolivia/17227-el-extractivismo-es-el-sustento-de-los-gobiernos-populares-de-america-latina> (consulta 13 de febrero de 2015)
- CNN (2014). Por qué murió Thomas Duncan y otros sobrevivieron al ébola. <http://cnnespanol.cnn.com/2014/10/09/por-que-murio-thomas-duncan-y-otros-sobrevivieron-al-ebola/>. (consulta 2 de febrero de 2015)
- EL BAÚL DE JOSETE (2008). La agonía del Mar Aral. <https://elbauldejosete.wordpress.com/2008/04/29/la-agonia-del-mar-de-aral/> (consulta 13 de febrero de 2015)
- EL MUNDO GIRA (2011). Isla del ántrax, isla secreta del Mar Aral. <http://elmundogirax.blogspot.mx/2011/11/isla-del->

- antrax-isla-secreta-del-mar.html (consulta 13 de febrero de 2015)
- FORTUNE (2014). El complejo industrial farmacéutico: una historia mortal <http://fortune.com/fortune500/pfizer-inc-51/> (consulta 13 de febrero de 2015)
- GLOBAL WATER PARTNERSHIP SOUTH AMERICA (2012). <http://www.gwp.org/GWP-Sud-America/PRINCIPALES-DESAFIOS/Recursos-hidricos-de-Sudamerica/> (consulta 13 de febrero de 2015)
- GOBERNA, R. (2013). Teresa Forcades: Una reflexión y una propuesta en relación a la vacuna del VPH (sub. Español) [Vídeo]. <https://www.youtube.com/watch?v=ca57ZZjvyRc> (consulta 2 de febrero de 2015)
- OMM/PNUMA (2013). Cambio climático 2013 bases científicas. http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg1/WG1AR5_SPM_brochure_es.pdf (consulta 13 de febrero de 2014)
- OMS (2014). Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de enfermedad por el virus del Ébola de 2014 en África Occidental, 8 de agosto de 2014. OMS, Ginebra. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/es/> (consulta 13 de febrero de 2015)
- ONU (2014). Declaración 2177 Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. <http://www.diplomatie.gouv.fr/es/asuntos-globales/salud-educacion-y-genero/eventos-747/article/ebola-adopcion-de-la-resolucion> (consulta 13 de diciembre de 2015)
- SAVE THE CHILDREN (2013). Surviving the First Day. State of the World's Mothers 2013. http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-FULL-REPORT_2013.PDF (consulta 2 de febrero de 2015)
- PANDEY, V. (2010). Cancer vaccine programme suspended after 4 girls die. <http://www.dnaindia.com/india/report-cancer-vaccine-programme-suspended-after-4-girls-die-1368681> (consulta 13 de febrero de 2015)
- THE INDEPENDENT (2014). <http://www.independent.co.uk/news/world/africa/west-accused-of-tardiness-over-ebola-outbreak-9644671.html> (consulta 23 de diciembre 13 de 2014)
- TWN (2014). Ebola epidemic exposes the pathology of the global economic and political system. No. 290/291, october/november 2014. <http://www.twn.my/title2/resurgence/2014/290-291/cover01.htm> (consulta 13 de febrero de 2015)
- UGALDE, A. y HOMEDES, N. (2011). La vacuna del VPH y la campaña presidencial en EE UU. Ventana Abierta, revista Salud y Fármacos. 14(4). <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov2011/ventana-abierta/> (consulta 2 de febrero de 2015)
- WHO/ICO (2010). HPV Information Center. Human papillomavirus and related cancers. Summary report update. November 15, 2010. Datos sobre España. Accesible el 20 de noviembre de 2012 en: http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/ESP_FS.pdf?CFID=6953469&CFTOKEN=42986681 (consulta 13 de febrero de 2015)