



Salud de Nuestros Pueblos



Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social
• Sección México •



EDITORIAL

ALAMES. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, es una organización que rebasa ya los treinta años de edad. A esa edad el ser humano, hasta hace poco tiempo, tenía ya definidos muchos de sus derroteros. Es el caso de ALAMES, con una trayectoria definida y fructífera, y con una nueva etapa de camino, difícil y retadora, a transitar. En esa etapa se ha clarificado, entre otros propósitos, el de incrementar la comunicación y el diálogo hacia diversos sectores e incidir progresivamente, a medida de nuestras posibilidades y capacidades, en las dinámicas de la atención y la salud, de la desatención y la enfermedad, en las realidades y expresiones particulares que hacen de la Salud Pública, como bien se llegó a plantear ya en nuestra América Latina, la suprema ley, porque en ella confluye todo.

Y es que las condiciones de salud, que es hablar de condiciones de trabajo, de atención, de economía, de salario, de convivencia, de soberanía, de participación, de democracia, no están hoy como para andar a la deriva, ni como para esperar que alguien que no seamos nosotros, en nuestra condición de ciudadanos organizados, se ocupe de ellas.

Las palabras de Virchow siguen resonando: se requiere una reforma no sólo médica, sino esencialmente social y política. Necesitamos una reforma ética, radical y apremiante, ante el desmantelamiento de un proyecto de respecto de la vida para imponer el proyecto excluyente de unos cuantos y en todos los órdenes. Los valores de la vida, los valores de la comunalidad, los valores solidarios de los seres humanos y de los colectivos son imprescindibles no sólo para la salud como tal, sino para la vida misma. Nada nuevo y sin embargo nada más importante en este momento de prueba en que se nos cae la casa, en que la impunidad y la violencia reinan sin reparo.

La medicina social se encuentra hoy emplazada, y con ella los profesionales y los colectivos preocupados por la salud y la vida. Tenemos una responsabilidad determinante en la tarea de hacer visibles las afectaciones a la salud pública y en particular los procesos que generan esas afectaciones y las medidas que han de llevarse a cabo para incidir en esos procesos patogénicos diversos y ubicuos. Tenemos una responsabilidad determinante

DIRECTORIO



Año I, número 1
Julio-agosto de 2016



Este boletín es posible gracias a la contribución de todas y todos los integrantes de ALAMES-México. Te invitamos a enviar colaboraciones, a señalar omisiones o imprecisiones, a comentar sobre las noticias y perspectivas de salud desde la vivencia de tu territorio, para hacer de este un verdadero espacio de reflexión, comunicación y difusión del pensamiento crítico en salud.

Contacto:
alames.informativo.mx@gmail.com

Editor responsable:
Paul Hersch Martínez

**Mesa Directiva
ALAMES-México:**

Juan Manuel Castro
Presidente

Tania Valadez
Secretaria

Jesús Reza
Tesorero

NahIELLY Cortés, Paul Hersch,
Mariana Del Hoyo, Ixshel Delgado,
Xareni Zafra, Julio Pisanty
Vocales

Diseño gráfico



www.semillarubi.com
info@semillarubi.com



en el acompañamiento de procesos y de movimientos sociales, pero no como “iluminadores” o “guías”, sino como compañeros en diálogo y aprendizaje.

Ante el abuso de la palabra y el cinismo, ante los discursos protagónicos y petulantes, también patogénicos, lo que queda es más un asunto de sensibilidad autoexigente que de prescripción ideológica. La indignación ha de dar paso al compromiso, no al inmovilismo, no al autismo.

No hay desilusión porque no hay ilusión, sino tareas. Y el asunto hoy tiene una magnitud tal, que callar ante el sistema social y político, económico e ideológico que produce muerte y dolor es convertirse en cómplice. Repetir las justificaciones y silencios oficiales, las mentiras solemnes de un salubrismo ajeno a la población constituye en sí un atentado a la vida.

Los procesos patogénicos se multiplican, agudizan y diversifican. Necesitamos de una medicina social que se multiplique, se agudice y se diversifique. Que sea capaz de reconocer en todas sus caras y alcances las maneras no sólo como se generan daños, sino como se pueden enfrentar y prevenir esos daños, no sólo a nivel general y analítico, sino a nivel local y operativo.

El ámbito de la enseñanza médica, los círculos ciudadanos de análisis ya formados o por formarse, los equipos de investigación, los colectivos de trabajadores de la salud y de la medicina en sus diversos niveles y espacios tienen cada uno su aportación diferencial e imprescindible en esta tarea.

Las familias desplazadas por la violencia, los migrantes en su ruta infame de vulnerabilidad, los carentes de trabajo y de acceso a la seguridad social, los asegurados virtuales, los pensionados despensionados, los infantes sin infancia, los trabajadores precarizados,

Fuente: www.elindependiente.mx



los jóvenes sin espacio ante un futuro ominoso, los excluidos, los que ven sus sueños humillados y los muchos que han dejado de soñar, los no amados, los no respetados, los desaparecidos: legiones y mayorías que podrían preguntarse, pero no lo harán: ¿qué podemos esperar de la medicina social y de la salud colectiva?

¿Pueden estas disciplinas o áreas aplicativas tener sentido sin el concurso de los colectivos sociales?

Al menos un esfuerzo de comunicación, al menos una denuncia rigurosa y fundamentada, al menos una exigencia categórica, al menos una fuente de información y de análisis que ponga el acento en su sitio y el corazón de nuevo en su lugar. Al menos un referente para la acción en las universidades, en las instituciones, en los colectivos, en los movimientos sociales; al menos algunas propuestas sensatas y viables. Al menos un esfuerzo por articular la palabra con la acción, ante la depredación y la degradación que estamos atravesando. Es lo menos.

POR EL DERECHO A LA SALUD
Y LA VIDA DIGNA
**ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE
MEDICINA SOCIAL, SECCIÓN MÉXICO**

Contaminación ambiental y biopolítica

Numerosas investigaciones han descrito un incremento en la mortalidad total asociada con la exposición a partículas, ozono y sulfatos, principalmente en individuos con padecimientos cardiovasculares y/o respiratorios. Según la Organización Panamericana de la Salud, mediante la disminución de los niveles de contaminación aérea los países pueden reducir la mortalidad y morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma.¹

Tales estudios y recomendaciones han fundamentado, desde hace lustros, la imposición de políticas y programas para el control / reducción de emisiones de los vehículos automotores en la ciudad de México y su zona conurbada. No obstante, la contaminación ambiental en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) ha llegado a niveles críticos en el 2016.²

Durante abril y mayo, en cada episodio de contingencia ambiental dejaron de transitar más de millón y medio de vehículos. A pesar de ello, la calidad del aire sigue deficiente.² Considerando como referencia las partículas PM₁₀, que se miden en la mayor cantidad de ciudades y la concentración máxima permisible, según la OMS, de 20 µg/m³, la ZMVM tiene un promedio anual de 50. Pero no es la urbe más contaminada del país: Mexicali (137.0); Monterrey (72.7); Cuernavaca (72.3); Tijuana (67.7) y Toluca (57.6) se encuentran por encima, y no muy por debajo se encuentran León (49.0); Ce-



Fuente: www.ecoticias.com.mx

laya (48.4); Irapuato (48.0); Chihuahua (43.4) y Guadalajara (41.4).³ En el caso específico de las partículas PM 2.5 (para las cuales hay la mayor evidencia de mortalidad y morbilidad), Monterrey es la ciudad con más contaminación del país, según el estudio Global Urban Ambient Air Pollution Database, realizado por la OMS.⁴ La capital regia registró una concentración promedio de PM 2.5 de 36 µg/m³; le sigue Toluca con 33; Salamanca con 28; León con 27; Irapuato con 26; Silao con 24; Puebla y la Ciudad de México comparten el séptimo lugar con 20 µg/m³, seguidas de Guadalajara con 19.

¿Entonces por qué sólo se aplica la restricción vehicular en la ZMVM? ¿Qué ocurre con las emisiones industriales, vehículos pesados y otras fuentes de contaminación del aire? ¿El endurecimiento de las políticas de control vehicular es una imposición del gobierno capitalino a sus habitantes? ¿Hay alguna relación entre las disposiciones de la

1 OPS. 2005. Evaluación de los Efectos de la Contaminación del Aire en la Salud de América Latina y el Caribe. Washington, OPS. pp 49.

2 Boletín UNAM-DGCS-208. El nuevo programa Hoy No Circula no garantiza evitar contingencias atmosféricas. Disponible en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_208.html

3 IMCO. 2013. ¿Cuánto nos cuesta la contaminación del aire?. Disponible en: http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2013/09/Fichas_por_ciudad_completo.pdf

4 OMS. 2016. Global Urban Ambient Air Pollution Database. Disponible en: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/cities/en/

Comisión Ambiental de la Megalópolis (CAME) y el proceso político para la elección del Congreso Constituyente de la Ciudad de México? ¿De quién depende la CAME?

La Comisión Ambiental de la Megalópolis (CAME) es un organismo de **coordinación política** constituido el 23 de agosto del 2013, mediante convenio entre el Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y los Gobiernos del Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala. Se supone que sus resoluciones afectan a las 16 delegaciones de la Ciudad de México y a 224 municipios de los estados conurbados. Sin embargo, las medidas afectan la circulación de vehículos sólo en la Ciudad de México y 11 municipios del Estado de México.

Para el ciudadano común, las disposiciones provienen del gobierno capitalino, pero en realidad fueron generadas por el gobierno federal, que emplea a la CAME como su instrumento. Hay que dilucidar los intereses en juego, que pueden ir desde el contubernio con la industria automotriz, hasta intentos por acotar el derecho a la protesta social y a la resistencia civil.

Sería de interés para la salud colectiva saber, por ejemplo, ¿Por qué en Toluca, ubicada en una altura promedio superior a los 2600 msnm, con una calidad del aire peor que la ZMVM, no se aplican las mismas políticas que en la capital y su cinturón municipal inmediato? ¿Por qué el endurecimiento de las políticas en el Valle de México tiene fecha de caducidad después de las elecciones del 5 de junio?

Alerta situación de Dengue, Zika y Chikungunya

Tres enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* han generado graves problemas en América Latina en los últimos dos años. Se trata del Dengue, presente en el continente desde hace muchos años y cuya incidencia y mortalidad han aumentado en las últimas décadas; el Chikungunya, introducido en 2013 y que en cuestión de un año se expandió por todo el continente; y el Zika, ligada a malformaciones fetales y que en este momento parece seguir el curso del Chikungunya.^{1,2}

La Secretaría de Salud (SSA) reportó a la OPS 11,577 casos *confirmados* de Fiebre Chikungunya ocurridos en México durante el año 2015, con lo que aparenta un relativo buen control de la enfermedad. Sin embargo, México y Costa Rica son los únicos

países que no reportan a la OPS los casos *estimados* de la enfermedad. Es decir, la cifra, reproducida en medios de comunicación, representa sólo *los casos que resultaron positivos por laboratorio*, a pesar de que los *Lineamientos para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de fiebre Chikungunya*, de la propia SSA, indican que *sólo se debe tomar muestra al 5% de los pacientes* en áreas donde ya fue confirmada la circulación del virus.^{1,3}

A través de una solicitud de información pública (folio 0001200091816), ALAMES ha podido constatar que tan sólo en 2015, se registraron más de 100,000 casos sospechosos de Chikungunya, tomándose muestras al 25 % de ellos y resultando positivas casi 40% de ellas, con lo que se puede calcular que el número de casos que la

1 OPS, 2016. Number of Reported Cases of Chikungunya Fever in the Americas, by Country or Territory 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=33091&lang=en

2 OPS, 2016. Cumulative Zika suspected and confirmed cases reported by countries and territories in the Americas, 2015-2016. Disponible en: http://ais.paho.org/phis/viz/ed_zika_cases.asp

3 Dirección General de Epidemiología, 2014. Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico por Laboratorio de Fiebre Chikungunya.



SSA debió estimar, según sus propios manuales, es de aproximadamente 46,000, es decir, *más de cuatro veces lo reportado a la OPS y a los medios nacionales*.⁴ La cifra sigue siendo baja si se compara con la experiencia directa que algunos miembros de la asociación han tenido en distintos municipios del país. Por ejemplo, en San Luis Acatlán, Guerrero, municipio de más de 40,000 habitantes, la comisión de salud de una organización local comenta que “aquí a todo el mundo ya le dio”, lo que contrasta con los 215 casos sospechosos reportados por la SSA. Esto sugiere un subregistro de casos muy importante, considerando también que las zonas más afectadas son, en gran medida, de baja cobertura.

El análisis de la información obtenida muestra otro elemento significativo: La epidemia de Chikungunya siguió, básicamente, las líneas de los desplazamientos migratorios, con un movimiento básico de sur a norte en la costa del Pacífico y focos epidémicos en las regiones del Istmo de Tehuantepec y de Acapulco, movimiento que, de haber sido controlado a tiempo, quizá hubiera limitado la expansión de la enfermedad. Es también notable que sólo 20 casos fueron clasificados como “importados”, si se considera que al año atraviesan el país más de 100,000 personas provenientes de Centroamérica que, junto con el Caribe, registró las tasas más elevadas de Chikungunya⁽¹⁾. Es muy probable que hayan quedado sin registro numerosos casos de migrantes enfermos que, al no tener acceso a atención médica, transitaron por el territorio sin dejar registro. El endurecimiento de la política migratoria, además de violatorio de derechos humanos, es una estrategia

poco efectiva para lidiar con este tema: mucho mejor sería garantizar el derecho a la protección de la salud de los migrantes, no sólo en términos de derechos humanos, sino en términos epidemiológicos.

La amenaza del zika, que en la primera mitad de 2016 parece seguir la ruta que el Chikungunya tomó un año antes, deja numerosas preguntas sobre el porqué del aumento de enfermedades transmitidas por vector – hecho que algunos investigadores han relacionado con cambios en la dinámica territorial, aumento en la deforestación y especulación sobre la tierra en África, Asia y América Latina.^{5, 6, 7} En el caso de México, es importante tomar en cuenta algunas lecciones dejadas por el brote de fiebre Chikungunya, con el fin de evitar que ocurra lo mismo con enfermedades como el zika, como a) Garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas migrantes, b) fortalecer el monitoreo epidemiológico y entomológico, c) prestar atención especial a zonas clave como la región del Istmo de Tehuantepec y de Acapulco, d) mejorar las condiciones de acceso a agua potable y saneamiento en las zonas vulnerables, e) asignar los recursos económicos y humanos necesarios para el control de la enfermedad, evitando la sobrecarga de trabajo hacia los médicos del primer nivel y f) dar prioridad a las investigaciones sobre la determinación social de estos padecimientos.

5 Diallo D. *et al.* 2014. Zika Virus Emergence in Mosquitoes in Southeastern Senegal, 2011. PLoS ONE 9(10): e109442. doi: 10.1371/journal.pone.0109442

6 Possas C. Zika: what we do and do not know based on the experiences of Brazil. *Epidemiol Health.* 2016;e2016023 Publicado en línea 31 Mayo 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.4178/epih.e2016023>

7 Ver también entrevista con Robert Wallace en <https://www.youtube.com/watch?v=xFm8JNxT8XM> así como su comentario en <https://farmingpathogens.wordpress.com/2016/02/26/losing-zika-for-the-trees/>

4 Elaboración propia basada en (3) y respuesta a solicitud de información vía INFOMEX folio 0001200091816



La marea violeta inunda las calles

En abril, miles de mujeres se dieron cita en las calles de la Ciudad de México y muchas otras ciudades del país para exigir un alto a la violencia machista, causante de graves afectaciones a la salud física, psicológica y sexual de las mujeres.¹

El éxito de esta manifestación ha sido impulsar la unión de las mujeres contra este

problema, así como colocar en el centro de la discusión lo que siempre se deja para después, la violencia vivida día con día. Esperemos que con esto, más hombres y mujeres empiecen a cuestionar ese modelo de masculinidad dominante y violenta que ha cobrado tantas vidas femeninas, pero también masculinas.²

1 Navarrete P. Más de 6.000 personas se manifestaron en la capital mexicana para pedir un alto a los feminicidios y la violencia de género. En *El País*. 25/04/2016.

2 de Keijzer B. 1997. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón E. (coord.), Género y salud en el Sureste de México. Villahermosa. ECOSUR y UJAD.

Ayotzinapa: Carpetazo a la dignidad

Resistir es Salud

Ha transcurrido más de un año y medio desde la noche del 26 de septiembre de 2014, en que fueron asesinadas al menos 6 personas, heridas otras 24 y desaparecidos 43 estudiantes de la Escuela Normal Rural Raúl Isidro Burgos, de Ayotzinapa, Guerrero. 21 meses de dolor y angustia para los padres y madres de los estudiantes, que con la frente en alto no han cesado en su lucha por el esclarecimiento del crimen y la presentación de sus hijos.¹

Por su parte, el Gobierno Federal ha respondido con evasivas, presentando una “investigación” basada casi exclusivamente en declaraciones de detenidos, muchas de las cuales ahora se hace evidente que fueron obtenidas bajo tortura, lo que les resta cualquier resabio de validez. El Grupo Interdisciplinario de Expertos Independientes, de reconocido prestigio internacional, elaboró un informe que cuidadosamente desmiente la explicación presentada por el gobierno como “verdad histórica”, incluida la posibilidad de

que en el basurero de Cocula haya ocurrido un incendio de las magnitudes necesarias para reducir 43 cuerpos a cenizas en unas horas. La respuesta del gobierno fue decirle a los expertos “gracias por participar,” y empecinarse con una versión de lo ocurrido a todas luces indefendible.^{2,3}

La incesante búsqueda de verdad y justicia de las familias de los normalistas, así como de las miles de víctimas de la guerra en la que nos encontramos inmersos desde hace ya casi diez años, las movilizaciones masivas y la organización social levantada en torno al tema, son muestras de lo que queda de salud en nuestra sociedad: la capacidad de resistir ante la barbarie es el primer paso para construir un futuro viable de inclusión y justicia, que es el de la salud colectiva.

2 GIEI, 2016. Informe Ayotzinapa II: Avances y nuevas conclusiones sobre la investigación, búsqueda y atención a las víctimas. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/0B3wuz7S-3S9urY2YzdjlrUmpSQTQ/view>

3 The New York Times en español. La investigación sobre la desaparición de los estudiantes en México termina en frustración. 01/05/2016. Disponible en: http://www.nytimes.com/es/2016/05/01/la-investigacion-sobre-la-desaparicion-de-los-estudiantes-en-mexico-termina-en-frustracion/?rref=collection%2Fsectioncollection%2Farchive&action=click&contentCollection=gie®ion=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=1&pgtype=collection

1 Aristegui Noticias. Padres de los 43 normalistas rechazan plazo de seis meses para búsqueda. 8/06/2016. Disponible en: <http://aristeguinoticias.com/2605/mexico/padres-de-los-43-normalistas-rechazan-plazo-de-seis-meses-para-busqueda/>

La Reforma de Salud avanza sin pasar por el Congreso

Ante la imposibilidad de pasar una reforma de salud por la vía del congreso, los empresarios de la atención médica, de las grandes aseguradoras, y sus servidores en la organización “FUNSALUD” y en el gobierno federal, han optado por una estrategia diferente: hacerlo mismo pero sin cambiar las leyes. Iniciando con pruebas en estados como Baja California, ya anunciaron que para mediados de este año comenzarán los “esquemas de intercambios de servicios” entre el IMSS, el ISSSTE y el “Seguro Popular”¹, paso fundamental para abrir el sector salud y su millonario potencial de ganancias a la iniciativa privada. Dichos esquemas implican que si en una ciudad o estado, por ejemplo, el IMSS tiene la capacidad de atender a pacientes con cáncer pero el ISSSTE no, este último pueda mandar a sus pacientes a atenderse en el IMSS, en vez de que vayan a otra ciudad donde el ISSSTE tuviera el servicio. Suena bien, ¿no?

¿Cuál es el problema?

Este esquema es sólo un pretexto para hacer algo que la industria aseguradora lleva exigiendo por años. Para hacer estos intercam-

1 Rodríguez, R. En junio entra Sistema Universal de Salud: Ssa. *El Universal*. 17/05/2016 Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/05/17/en-junio-entra-sistema-universal-de-salud-ssa>



Fuente: Asociación Médica Sindical de Colombia

bios de servicio, las instituciones de salud tienen que establecer tabuladores de precios y “venderse” estos servicios unas a otras. Con este esquema de compraventa de servicios ya establecido, pronto podrán entrar a “competir” los prestadores de servicio privados. Con la promesa de abaratar costos (hecho que la experiencia internacional demuestra que, a la larga, es completamente falso^{2, 3}), se abre un lucrativo negocio para los empresarios, transformando la atención médica de un derecho – que nunca quedó plenamente establecido – en nada más que una mercancía, y dejando al Estado sólo la responsabilidad de un paquete mínimo de intervenciones que no son tan lucrativas³. Es decir, se socializan los costos y se privatizan las ganancias. Aunque llamen “Sistema Universal de Salud” a lo que pretenden hacer la reforma de salud, lo que ocurrirá es realmente lo opuesto.

¿Qué alternativa hay?

El ejercicio del derecho a la salud requiere un sistema único de salud que conciba a los beneficiarios como ciudadanos con derechos y a la salud y la atención médica como derechos universales, que garantice la atención de todos los padecimientos, sea intercultural, con perspectiva de género y que dignifique las condiciones de trabajo de quienes laboran en él. La experiencia de países como Cuba o Brasil demuestra que la carencia de dinero es una perorata y que un sistema así es viable en nuestro país.²

2 Heredia N. *et al.* 2014. The right to health. What model for Latin America? *The Lancet* Vol. 385 (9975). E34-e37. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)

3 Laurel C. y Herrera Ronquillo J. 2010. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva* No. 6 (2). pp 137-148.

¿Y el territorio?

Para tener salud en su sentido más amplio y estar libres de enfermedades, los pueblos necesitamos ejercer control sobre nuestros territorios. Nadie mejor que nosotros conoce los problemas a los que nos enfrentamos día a día, las condiciones de vida que nos enferman y las formas en las que podríamos generar ambientes verdaderamente saludables. Por eso, en *La Salud de Nuestros Pueblos* presentamos algunas notas breves de lo que está ocurriendo con nuestros territorios.

Las empresas eólicas vs los Pueblos del Istmo de Tehuantepec

Actualmente están instalados en la región del Istmo 21 parques eólicos, que bajo engaños, promesas falsas y contratos leoninos han ido despojando de sus tierras a campesinos y pescadores, contando para ello con la anuencia de gobiernos municipales, estatales y federales.^{1,2} Aunque se promocionan como

1 Juárez-Hernández S. y León G. 2014. Energía eólica en el istmo de Tehuantepec: desarrollo, actores y oposición social. *Problemas del Desarrollo* 45 (178). pp 139-162. doi:10.1016/S0301-7036(14)70879-X

2 Howe, C., Boyer, D. and Barrera, E. 2015. Los márgenes del Estado al viento: autonomía y desarrollo de energías renovables en el sur de México. *The Journal of Latin American and Caribbean*



Imagen del tajo minero en Carrizalillo, Gro. Foto de Cristián Leyva, del Grupo Subversiones. Tomada de la exposición Patrimonio Biocultural y megaminería: Un reto múltiple. INAH

energía verde, los parques eólicos generan electricidad y ganancia únicamente para satisfacer a las grandes empresas, quitando a las comunidades lo único que tienen: el mar y la tierra, dejando sólo migajas y violencia para los pueblos.

Las luchas contra este despojo de los pueblos *binnizá* de Juchitán e *ikojts* de San Dionisio y San Mateo del Mar son otros ejemplos de salud manifestada como resistencia.

Las concesiones mineras

Desde el sexenio de Felipe Calderón, más de la cuarta parte del territorio ha sido concesionado a empresas mineras, la gran mayoría extranjeras y muchas de éstas con sede en Canadá.³ El modelo de minería que estas empresas promueven es el de *minería a cielo abierto con uso de cianuro y otros tóxicos*, en el que grandes cerros van desapareciendo con explosivos y que requiere más de una tonelada de tierra para generar en promedio tan sólo un gramo de oro.⁴

Este modelo consume enormes cantidades de agua y energía y genera daños ambientales y a la salud irreparables.⁴

Afortunadamente, numerosos pueblos se han levantado, tanto contra minas ya operantes como contra la amenaza de instalación de nuevas empresas. Tal es el caso de los pueblos de la Montaña de Guerrero, que han hecho retroceder, al menos por el momento, a las empresas.⁵

Anthropology, 20: 285–307. doi:10.1111/jlca.12149

3 López Bárcenas F. y Eslava Galicia MM. 2011. El mineral o la vida. La legislación minera en México. México, COAPI. p 28.

4 Garibay Orozco C. 2010. Paisajes de acumulación minera por desposesión campesina en el México actual. En Delgado-Ramos GC, *Ecología política de la minería en América Latina*. México, UNAM. p 133

5 González-Chávez L. 2014. Luchas decoloniales, identidad y proceso organizativo autonómico de la Policía Comunitaria CRAC-PC en el estado de Guerrero. En: *Estudios de comunidad e identidad en espacios multiculturales La mirada de los antropólogos*. México, Juan Pablos; p. 39–67.

Golpe contra Dilma: Grave retroceso en salud

El nuevo ministro de salud del gobierno provisional de Brasil, Ricardo Barros, declaró unos días después de consumarse el *golpe blando* contra la presidenta Dilma Rousseff que “Brasil debe repensar el derecho de acceso universal a la salud,” mismo que hasta ahora se ha hecho efectivo en gran medida gracias a su Sistema Único de Salud (SUS). El ministro opina que **“cuanto más gente pueda tener seguros privados, mejor [...] porque alivia el costo para el gobierno.”** Es decir que promoverá la transferencia de los costos de la atención del Estado hacia los privados – esquema que a lo largo del mundo ha demostrado, una y otra vez, ser perjudicial para la salud pero benéfico para los bolsillos de unos cuantos.

Barros está en funciones a partir de que el Senado brasileño votó a favor del llamado *impeachment* o proceso de destitución contra la presidenta Rousseff, separándola de su cargo por un lapso de hasta 180 días. Aunque los impulsores de esa medida han intentado hacerlo pasar como un ataque a la corrupción, el proceso completo se ha llevado a cabo sin ninguna prueba y, en una muestra clara de cinismo, es impulsado precisamente por algunos de los políticos más corruptos del régimen brasileño, como Eduardo Cunha (recién separado de su cargo por corrupción), o Jair Bolsonaro, quien en su discurso aludió no a la corrupción, sino ¡a la gloria de la dictadura militar que asesinó a miles y torturó, entre otros, a la propia Dilma!

El proceso no puede explicarse si no se considera la intervención activa de los grandes capitales y del gobierno estadounidense. El portal WikiLeaks ha revelado que el

nuevo e ilegítimo presidente interino, Michel Temer, ha fungido como informante de los servicios de “inteligencia” americanos.

La actual embajadora de Estados Unidos en Brasil, Liliana Ayalde, fue embajadora en Paraguay en 2011, poco antes de que el presidente Fernando Lugo fuera depuesto de forma muy similar a lo que ocurre hoy en Brasil.

Durante las presidencias de Lula da Silva y de la misma Rousseff, la economía brasileña no dejó de crecer, y los grandes empresarios continuaron viendo sus ganancias aumentar. Entonces, ¿por qué el encarnizado ataque contra el régimen? Esto sólo se puede entender tomando en cuenta que los gobiernos del PT pusieron en marcha grandes programas sociales que acercaron comida, techo y servicios médicos a las grandes mayorías del país. Y es sencillamente eso lo que los grandes poderes económicos no les perdonan.¹

Mientras tanto, en Argentina el nuevo gobierno de Mauricio Macri ya ha comenzado a dismantelar los avances en salud logrados en la última década, con despidos masivos en el sector, mayores limitaciones al derecho a decidir de las mujeres y ataques contra la ejemplar Ley Nacional de Salud Mental. El panorama en Venezuela no es más halagüeño, con una oposición que no cesa en sus embates contra el régimen progresista que ha cometido el crimen de redistribuir la riqueza y llevar atención médica hasta lo más adentro de los barrios.²

1 Gentili, P. Hablemos del golpe en Brasil, hijo. En *Contrapuntos*, 12/05/2016. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/contrapuntos/2016/05/brasil-golpe-hablemos-hijo.html>

2 Muntaner C. *et al.* 2006. Venezuela's Barrio Adentro: An Alternative to Neoliberalism in Health Care. *Int J Health Serv* 36 (4): 803-811. doi: 10.2190/C4EW-X8RP-GUM4-P5AD



Voces de Medicina social en México.

Asa Cristina Laurell y Catalina Eibenschutz

Capítulo uno: el confesionario

Voz en off: Al empezar esta travesía de cargar con la sección de “entrevistas” parecía que se apoderaría de ti la desidia. ¿No es cierto?

- En un mundo donde hasta la propia voz es poco escuchada, sí. Tomé con pereza la tarea, porque requeriría demasiada reflexión y mucho diálogo. Verás, trabajo con jóvenes y sé que proponerse la escucha, o pretender que se motiven a leer lo que *noimportaquién* pueda decir, más que un reto, de antemano es un fiasco. Es cierto, yo no lo quería hacer.

Voz en off: Así que ni tu propia advertencia oíste, pero ¿cómo hacerse cargo de una tarea sin ganas? ¿lo hiciste sin ganas?

- Para nada, más bien empecé por recopilar algunas preguntas que como *alameña* me torturan de repente; leí algún artículo sobre “métodos de entrevista” que me acercó algún colega informado y me dije: “vamos a equivocarnos hoy que podemos”.

Voz en off: Decidiste entonces cobijarte con la gentileza de tus colegas profesores para saber si tu guía de preguntas mostraba su insuficiencia y desvío, desde su primera formulación ¿O por qué empezar entrevistando a Jesús Reza y Rafael González, si ellos no eran a quienes pretendías entrevistar?

- Digamos que sí, quería sentirme segura, pero me asusté más cuando a la pregunta de ¿cómo definirías que emerge la Medicina Social en México? Me contestaron entre risas: ¿y quién dice que emergió? En ese momento supe que el proyecto sería mucho más complicado y largo de lo que supuse originalmente.

Voz en off: Y el resultado... ¿satisfactorio? Júzguelo usted.

Capítulo dos: ¿la prueba reprobada?

Dos horas de charla por demás interesante, confirmaron que “La guía de entrevista” se quedaba corta. Fue asombroso lo que contestaron los primeros profesores de salud pública entrevistados,¹ ambos miembros de la Asociación Latinoamericana de Medicina social “ALAMES”, personajes tan singulares como representativos de las muchas formas de participación que se tiene en México con respecto de la construcción y crecimiento del pensamiento médico social. Empezar con ellos era una prueba al instrumento, un preparativo para explotar al máximo las entrevistas a dos íconos de la Medicina social latinoamericana.

La prueba mostró que hablar de la Medicina social mexicana y de la ALAMES México, es abordar poco más de 40 años de historia, intensa, silenciada, amorosa, traicionada, defendida, encarnada, creativa, dolorosa, encriptada, festiva, veloz, interminable y viva.

Capítulo tres: Las maestras

Toda indolencia se había esfumado. Tras escuchar a Jesús y Rafael debatir apasionadamente sobre este periodo de la historia, mi expectativa para ir a entrevistar a las maestras estaba desbordada. Ese par de mujeres seguramente darían muchos más elementos para entender la estación del camino en la que hoy estamos.

¹ Uno de ellos egresado de la Maestría de Medicina social y Secretario ejecutivo de la asociación a escala internacional y el otro más bien un alameño de a pie, siempre presente y participando en el trabajo invisible del acompañamiento educativo, en esa actividad formativa que no da créditos curriculares.

Asa Cristina Laurell y Catalina Eibenschutz, sin duda portadoras de un inmenso legado de sabiduría, perseverancia y rebeldía. No había más que escucharlas. El problema ahora sería encontrar la manera de meter esa riqueza en tres o cuatro tristes cuartillas. No pude.

La salida fue dejar entrada en redes sociales a las entrevistas intactas, la maravilla del internet y vincularlas a este “breve informe” que, a pesar de todo, se ha dividido en tres entregas. En la primera sólo conservé un par de ‘ideas columna’, que permitan leer el caminar de la Medicina social y entresacar un poco de la riqueza que compartieron, la promesa que la Medicina social sigue siendo y tratar, con ellas, de cultivar la gana de ir en pos del porvenir.

Capítulo cuatro: Las preguntas

En realidad todas las preguntas se contestaron casi de corrido, sin necesidad de que las enunciara, a excepción de la primera que fue la de partida: “¿Cómo definirías que emerge la Medicina social en México?” Tras esto, casi en automático la charla iba llevándonos a la segunda y así hasta las últimas preguntas, ¿En qué contexto es que te involucras con la Medicina social? ¿Cuál era tu apuesta personal al hacerlo? ¿Con quienes se cocinan esas apuestas? Nombres, más que de personas, de proyectos, ¿qué proyectos estaban en juego? ¿Qué crisis, qué dificultades, identificas dentro de ALAMES... y fuera? ¿Qué aprendizajes deja a la Medicina social (pensamiento crítico en salud) la participación en proyectos de gobiernos progresistas? ¿Qué aprendizajes quedan de la Medicina social a los procesos organizativos y de gestión de los gobiernos? ¿En qué ha cambiado hoy tu vínculo con ALAMES? ¿Cómo has cambiado tú con ALAMES? ¿Qué proyectos siguen en ALAMES o para ALAMES? Finalmente, cuál es la primera idea que surge en ti al oír: ALAMES, CONFLICTO, VIOLENCIA, CAMBIO, AMÉRICA LATINA, EDUCACIÓN POLÍTICA, SALUD, MÉXICO, FIESTA. ¿Quieres decir algo más que no haya preguntado? Todas se

contestaron, prácticamente en ese orden, acaso hubo que enunciar alguna para precisar más la respuesta. En general parecía que las entrevistadas ya sabían lo que se les preguntaría y eso también es sorprendente.

Capítulo cinco: Las respuestas o

“Medicina social. De los revolucionarios años 70’s (SXX), al convulsivo siglo XXI” (primera de tres partes).

Desde el ensayo de entrevista salieron cuestiones riquísimas y muy interesantes; se trajo a la memoria nombres, movimientos, organizaciones, trabajos específicos que se desarrollaron en la emergencia de la Medicina social en México y, al mismo tiempo, se dibujaron dos o tres elementos comunes, cuestiones en las que nuestras tesoreras de la historia coinciden casi a plenitud.

El primer elemento es que en México la Medicina social es multifocal en su emergencia, pero tiene dos antecedentes que propician su consolidación como corriente de pensamiento: En primera instancia está el contexto políticamente efervescente de los años 70’s que se vive en muchos territorios del país y en organizaciones grandes y pequeñas, de todo tipo; en segundo plano se tuvo la confluencia de pensadores y militantes de toda Latinoamérica que llegaron a México como exiliados, cuando en buena parte de América Latina estaban instaurándose feroces dictaduras. *Lo que quiero decir* (declara Asa Cristina Laurell en el desarrollo de su respuesta más larga dentro de toda la entrevista) *es que hay un ambiente, en muchos espacios que propicia que se den muchos trabajos que no se llaman de Medicina social, pero que están estudiando la relación de las condiciones de vida –en diferentes ámbitos- y la salud.*

Las entrevistadas señalaron hitos de la historia del México contemporáneo que dan pie a que, entre otras cosas, el pensamiento crítico en salud tuviera cabida en las universidades, aunque de manera marginal. *La salida de los presos políticos del movimiento del 68 tuvo impacto en las universidades en general*



[...] era el auge de la incorporación del marxismo a las universidades. Era como un ambiente intelectual que de alguna manera apuntaba hacia la Medicina social, en el sentido de que era necesario ver el proceso salud-enfermedad y la práctica médica desde una visión mucho más amplia, incorporando las ciencias sociales, y ahí había varios que trabajaban en ese sentido. [...] Había grupos de estudiantes de medicina y médicos que hicieron todo un planteamiento en estos términos [...] y un espíritu de participación del mundo académico al lado de los movimientos. Es más, el movimiento estudiantil era parte de un gran movimiento, para decirlo de algún modo... y eso se refleja también en el pensamiento en salud que no era todavía Medicina social.

Al entrevistar a las maestras, fue emocionante constatar que se estaba hablando realmente con dos pioneras del proceso en México, testificar que ellas, junto con muchos otros y otras, hicieron nacer una Medicina social singular: la vertiente latinoamericana. No existía como un 'cuerpo de Medicina social'. Si hay antecedentes en el siglo antepasado, hay antecedentes, con [Salvador] Allende en Chile, pero así como una corriente de Medicina social latinoamericana, no había. Adicionalmente, dejan notar la actuación clave que tuvieron ciertos personajes, desde organizaciones internacionales y particularmente la Organización Panamericana de la Salud, en el desarrollo de este peculiar campo disciplinario. Comentan, por ejemplo: Hay que decir que los constructores y articuladores del pensamiento médico social en América Latina fue el grupo de Juan César García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez, que son quienes fundaron la maestría de Medicina social (MMS) en la Universidad Autónoma Metropolitana, por invitación de Ramón Villarreal (primer rector del plantel Xochimilco de dicha universidad).

No obstante este reconocimiento, se hace énfasis en que la MMS, es un ámbito muy sólido de desarrollo de la Medicina social, pero hay otros grupos, otras personas [...] lo que le da institucionalidad es precisamente la MMS, dice la Dra. Laurell, pero es enfática

en enunciar las múltiples maneras de existencia que este pensamiento crítico en salud encontró para su desarrollo. Cuestión que, en ambas, se percibe como condición que es pertinente recobrar.

Como depositarias de esta tradición de pensamiento, son partidarias de que la MMS se beneficiaría de reavivar su identidad primera. Se podría decir, su principio autopoyético. Declara Laurell, *si lo ves a nivel latinoamericano, está muy claro cómo la Medicina social se desarrolla [...] más en los ámbitos donde hay más movimiento. Donde hay movimiento obrero, ahí se desarrolla sobre 'trabajo y salud', donde hay movimientos populares, ahí se desarrolla para eso, donde hay movimiento campesino, tal... o sea hay una configuración de la Medicina social en función de lo que se mueve localmente o nacionalmente.* Con base en esta convicción, ambas consideran que en la Maestría debe volver a tenerse trabajo de campo.

Una cuestión curiosa es que los y las entrevistadas, tienen particular dificultad para reconocer cuál era "su apuesta personal" al incorporarse a la Medicina social en general y luego a la ALAMES como tal, porque su pensamiento es de orden colectivo: *estábamos absolutamente encaminados a hacer la revolución socialista en México.* Su apuesta personal era una apuesta colectiva. *La corriente de Medicina social mexicana [...] tenía importancia en América Latina, yo diría por dos razones, a lo mejor. Una era que era un centro de formación latinoamericano, junto con el Instituto de Medicina social en Río y luego por una parte de la producción intelectual que se hacía.*

Otra cosa sorprendente es que para muchos y muchas alameñ@s de reciente incursión en la asociación, nos queda la idea de que el gran problema de ALAMES y del pensamiento médico social en México, tiene todo que ver con las cualidades negativas, es decir con la personalidad de sus integrantes, con riñas entre grupos y entre personas particulares dentro de la ALAMES México.

Sin embargo, sin negar la existencia de tales confrontaciones, el análisis de las profesoras es mucho más amplio. Plantean por ejemplo que

siempre se ha tenido conciencia de que “somos pocos” y, por ello, en momentos críticos se ha sabido hacer a un lado las diferencias y trabajar en conjunto; coinciden en que las y los integrantes de la asociación se ven “forzad@s” a confluír, siempre en respuesta y relación directa con el nivel de participación y actividad del movimiento social general. Esto es, hay un reconocimiento de la determinación que tiene el contexto político en la respuesta que tiene la asociación y la capacidad organizativa y de articulación de sus integrantes, que por lo demás no pertenecen a una estructura rígida, sino a una agrupación amorfa, flexible, diversa y adaptable. Pero en ello se profundizará en la siguiente entrega de esta entrevista.

Ahora baste decir que la maestría toma otra vez importancia, al ser una suerte de reservorio y punto de referencia en momentos clave, aunque pase largo tiempo en el “bajo perfil”. *Yo diría que una de las grandes ventajas de la MMS era que eso permitió tener gente de tiempo completo, pensando y construyendo cosas*, sostiene Cristina, ante lo que le pregunto ¿Y eso no distanció a la Medicina social del movimiento social? y ahí me devela una verdad liberadora: *El problema es que el movimiento también se fue para abajo y ahí [...] a nivel de América Latina, particularmente en Brasil, asegura que no es una discusión que atañe a México todavía, pero también se discute] la gran disyuntiva es incorporarse a la vía parlamentaria o seguir como movimiento extraparlamentario*. En los otros países de América Latina el movimiento social viene en ascenso, en México, al contrario [...] *yo diría que el descenso fue a finales de los 70's e inicios de los 80's. Tan es así que 'renace' un movimiento popular de masas en el 85, con el terremoto. Y el siguiente gran movimiento de masas es con la campaña de Cuauhtémoc [Cárdenas]*.

En este punto de la charla, encuentro otra verdad muy necesaria, casi un bálsamo cuando hay tanto reclamo por la supuesta cobardía de un pueblo como el mexicano, tan ofendido en últimas décadas y con tan “poca respuesta” según algunas personas

querrían ver al pueblo en llamas. Esa verdad descubierta es la siguiente: La consolidación de la Medicina social se da por aportación ideológica, económica, política de gente en toda América Latina, pero que una parte importante de esta consolidación, tanto en su vertiente institucional (la maestría) como su vertiente social (la ALAMES) tuviera lugar en México, tiene que ver con lo que ha sido este hermoso y agitado país. *Lo que hay que pensar es que México en aquéllos años fue un espacio importante de generación de pensamiento, no solamente en salud sino también en ciencias sociales a nivel latinoamericano [...] también había mucho miedo entre los exilados por la manera como el gobierno condicionó su estancia aquí a que no participaran en política en México, lo que llevó a un aislamiento total del movimiento mexicano*. Sin embargo, en la respuesta del pueblo, más allá de la política exterior receptora y condicionante, es digna de ser enaltecida. En voz de la Dra. Eibenschutz se reconoce en el pueblo mexicano, *una respuesta que hace de México un refugio y no solo un espacio que recibe exiliados*.

El nacimiento formal de la Asociación es en noviembre de 1984, en Ouro Preto, Brasil, pero ya en 1980, se había realizado la III Conferencia de la International Association of Health Policy (IAHP) en México, en cofinanciamiento de OPS y la UAM-Xochimilco, mientras la Dra. Catalina Eibenschutz era jefa del Departamento de Atención a la salud. En esta conferencia coordinada por la Dra. Laurell, se contó con la presencia de Giovanni Berlinguer, Vicente Navarro, Ana María Tambellini, Hugo Mercer, José Carlos Escudero, entre otros y otras que, desde entonces, confluían –como diría con mucha modestia Hugo Mercer, *con la irresponsable convicción de estar descubriendo un campo*. Digo que con modestia, porque más que “descubrirlo”, la vertiente latinoamericana de la Medicina social, dice Catalina, es un *campo nuevo y necesario para explicar la realidad*, pero lo que descubrimos con estas entrevistas es que lo crearon como se crea un maravilloso jardín, sembrando, abonando, regando, cultivándolo en sí.

NOTAS HEMERO-BIBLIOGRÁFICAS:

publicaciones y tesis de interés

Responsable: *Ana María Carrillo*

Artículo:

Iriart, Celia, Howard Witzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estradavy Emerson Elías Merhy. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 12(2), 2000, 128-136.

Los autores de este artículo analizan la medicina social latinoamericana, como campo de conocimiento y de práctica, a partir de la lectura de 350 artículos, libros, capítulos y trabajos no publicados, escritos en español o portugués, además de entrevistas a profundidad e informales con líderes del área. Presentan, en primer lugar, el contexto en que surgió la medicina social en América Latina en los años setenta del siglo pasado, y mencionan a los pioneros de la corriente: el argentino Juan César García, la salvadoreña María Isabel Rodríguez y el ecuatoriano Miguel Márquez. Señalan el impacto de la medicina social latinoamericana en reuniones, publicaciones y centros educativos, y el papel

desempeñado en su impulso por organismos internacionales, instituciones educativas públicas y organizaciones no gubernamentales. Reflexionan sobre algunas de las diferencias entre la salud pública y la medicina social, en cuanto a sus unidades de análisis. Explican los métodos de investigación de la medicina social latinoamericana y sus principales conceptos y ejes teóricos; algunos de ellos tomados del marxismo, como clase social, reproducción económica e ideología, y otros en que ha habido influencia de las teorías europeas contemporáneas. Enuncian, asimismo, sus principales temas y su relación con los movimientos sociales y políticos: imperialismo, políticas macroeconómicas, privatización del sector salud, género, trabajo y medio ambiente. Analizan los aportes de la medicina social latinoamericana a la comprensión de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención, y discuten, por último, el desafío que representa la difusión de los mismos.

El artículo completo puede consultarse en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpssp/v12n2/11619.pdf>

• • •

Gispert Abreu, Estela de los Ángeles, Pastor Castell-Florit Serrate y Anabel Lozano Lefrán. "Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual", *Revista Cubana de Salud Pública* 42 (2), 2016, pp. 337-341.

En este pequeño texto, los autores sostienen que el derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud que debe promoverse y protegerse sin restricciones, discuten acerca la cobertura universal



Temas de actualidad / Current topics

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos

Celia Iriart¹, Howard Witzkin¹, Jaime Breilh², Alfredo Estradavy Emerson Elías Merhy³

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués. Por este motivo, hemos desarrollado una investigación sobre este campo científico en la que, además de la revisión de 350 artículos, libros, capítulos, trabajos presentados en congresos o informes de investigación (publicados o no), escritos en español o en portugués desde la década de los sesenta hasta la actualidad, hemos realizado 24 entrevistas en profundidad y 10 entrevistas informales con líderes y participantes activos de la medicina social.

Este artículo presenta el contexto en el que surgió la medicina social, las diferencias entre ella y la salud pública, sus teorías, métodos y debates, los principales temas o problemas considerados, y los desafíos que supone su difusión entre los anglohablantes y los profesionales de la medicina y la salud pública. Con anterioridad se han publicado dos artículos en inglés. El primero, publicado en *The Lancet*, presenta un revisión crítica del trabajo de los principales grupos de la medicina social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador y México (1). El otro, publicado en *American Journal of Public Health*, describe la historia del campo, los debates, los enfoques teóricos, metodológicos y científicos, y los principales temas (2). La gran representación de estos dos artículos y el deseo manifestado por médicos y profesionales de la salud pública de América Latina de poder contar con este tipo de artículos en español nos motivó la importancia de difundir la medicina social también entre los hispanohablantes.

En el sexto usamos el nombre de medicina social, adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluían la práctica médica, abundaban la enfermedad y su tratamiento, y el alto índice, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la acción de que en un proceso conceptual colectivo, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y movimiento histórico como en las posibilidades de transformarlo (3, 4).

Palabras clave: medicina social, América Latina, salud pública, difusión, Internet, base de datos.

¹ División de Geriatria Médica, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
² Departamento de Medicina, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.
³ Programa Latinoamericano de Estudios e Acción en Salud (CEAL), Centro Latinoamericano de Investigaciones y Acción en Salud (CEALIA), Caracas, Venezuela.
⁴ Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICM), Caracas, Venezuela.
⁵ Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, San Juan, Brazil.



Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual**Universal health coverage and its conceptual interpretation**

Estela de los Angeles Gispert Abreu, Pastor Castell-Florit Serrate, Anabel Lozano Lefrán

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La definición actual de cobertura universal de salud, omite varios aspectos esenciales sin los cuales no sería posible avanzar en la salud pública, por lo que en este artículo se pretende discursar sobre la cobertura universal de salud y su interpretación conceptual, asimismo proponer una definición inclusiva válida para los estados, gobiernos y sectores de la sociedad y la economía responsables en última instancia de la salud poblacional. Se hace referencia a la complejidad, determinación social y la necesidad de que la salud sea construida con la acción social integral e integrada de los estados, gobiernos y todos los actores que conforman la sociedad, dentro de un marco jurídico que la refrende. Una propuesta podría ser considerar la cobertura de salud, como la capacidad de la sociedad, los estados y gobiernos para responder a la salud y el bienestar de la población, lo cual incluye legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento para la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva.

Palabras clave: cobertura universal de salud; salud pública; acción social.**ABSTRACT**

The present definition of universal health coverage puts aside several essential aspects which are indispensable to advance in the public health, so this article was intended to discuss about the universal health coverage and its conceptual interpretation as well as to put forward a valid inclusive definition for the states, the

337

<http://scielo.sld.cu>

de salud y su interpretación conceptual, y proponer una definición inclusiva válida para los estados, gobiernos y sectores de la sociedad y la economía responsables en última instancia de la salud poblacional. Consideran que la definición actual de cobertura universal de salud omite varios aspectos esenciales sin los cuales no sería posible avanzar en la salud pública. Su propuesta es considerar la cobertura de salud, como la capacidad de todos los actores que conforman la sociedad, y de los estados y gobiernos para responder a la salud y el bienestar de la población, lo cual implica legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento para la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva.

El artículo completo puede consultarse en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n2/spu17216.pdf>

Tesis

Aguirre Bolaños Nydia. “La alineación de los planetas: erradicación de la viruela en México, 1941-1977”, tesis de licenciatura en Historia, UNAM-Facultad de Estudios Superiores Acatlán, 2015.

Hoy es posible hablar de la viruela en pasado. Hace 64 años que las autoridades sanitarias mexicanas anunciaron la erradicación de la viruela del territorio nacional, y 36 que la Organización Mundial de la Salud certificó el mismo acontecimiento en el mundo. Esta tesis estudia la erradicación de la viruela en México, desde las primeras propuestas para organizar la Campaña Antivariolosa Nacional en 1941 hasta el cese de las actividades encaminadas a la vacunación de la población y la producción de la vacuna antivariolosa en 1977; rescata la experiencia que tuvieron epidemiólogos y vacunadores en el ejercicio de sus labores, y las respuestas de la población a la campaña y la vacuna; plantea lo que sucedió después de que se proclamara que el país estaba libre de viruela, y habla de la continuación de los trabajos antivariolosos, y de la preocupación por la reintroducción de la enfermedad en nuestros días. El título alude, en sentido metafórico, a la tesis central planteada en el trabajo, de acuerdo con la cual la erradicación de la viruela fue posible gracias a la conjunción de diferentes factores como la poca mutabilidad del virus, la existencia y antigüedad de una vacuna efectiva para prevenir la enfermedad, la producción nacional de la misma a gran escala desde la década de 1920, la voluntad y capacidad de acción del Estado, y la colaboración de gran número de actores. La tesis completa puede consultarse en:

<http://132.248.9.195/ptd2015/noviembre/303785099/303785099.pdf#search=%22Nydia%20Aguirre%22>

AGENDA Y ACTIVIDADES

Responsable: *Juan Manuel Castro*

Desde la realización de nuestro V Congreso Nacional, del 15 al 17 de octubre de 2015, ALAMES México ha realizado diversas actividades y participado como organización en distintos eventos, en coordinación con otras organizaciones con las que se converge en la lucha por el derecho a la salud de nuestros pueblos.

En la página web de ALAMES (www.alames.org) se puede consultar una reseña del V Congreso Nacional, en la sección correspondiente a México.

En primer término se definió y aprobó un plan de trabajo para el bienio 2015-2017, del cual se ofrece a continuación, sus líneas estratégicas y objetivos.



PLAN DE TRABAJO ALAMES MÉXICO 2015-2017

1. Difusión del pensamiento crítico en salud.

1.1 Establecer un amplio contacto con trabajadores de la salud, núcleos académicos, instituciones educativas, organizaciones estudiantiles, organizaciones sociales, organizaciones políticas, sindicatos, asociaciones profesionales nacionales e internacionales, y otros grupos afines a las políticas de ALAMES, para impulsar el conocimiento y discusión de los saberes y prácticas de la medicina social-salud colectiva..

1.2 Desarrollar publicaciones, impulso a redes sociales, organización de foros regionales, eventos de intercambio de ideas y experiencias, cursos y talleres de medicina social-salud colectiva a lo largo del territorio nacional

1.3 Organizar un Congreso Nacional cada dos años.

2. Defensa del derecho a la salud.

2.1 Establecer una política de alianzas con organizaciones políticas y grupos sociales

diversos, nacionales e internacionales, que luchen por la construcción de un Sistema Universal de Salud, público y fundado en la responsabilidad del Estado para garantizar efectivamente el derecho de tod@s a la más amplia e integral atención médica de calidad, y el desarrollo de la salud colectiva e individual.

2.2 Contribuir al combate contra los efectos de las reformas neoliberales hacia el desmantelamiento de las instituciones sanitarias, en México y en Latinoamérica.

3. Desarrollo organizacional y ampliación de la membresía.

3.1 Promover el desarrollo de núcleos regionales y estatales de ALAMES México que impulsen el crecimiento de la organización en todo el territorio nacional.

3.2 Impulsar permanentemente el crecimiento y participación activa de la membresía en México.

3.3 Contribuir al fortalecimiento y consolidación de ALAMES en América Latina.



Mérida, Yucatán, 15 de abril de 2016



DECLARATORIA FORO SALUD MÉXICO

Las y los que suscribimos, integrantes de diversas organizaciones, grupos, instituciones y de la sociedad civil, nos hemos constituido como **Foro Salud México**, espacio plural de debate público y elaboración de propuestas conformado en una coalición amplia, para defender y exigir el derecho a la salud de la población que habita y transita el territorio mexicano.

Nuestro foco de convergencia es el reconocimiento de la salud como derecho humano y el Estado responsable de garantizar el acceso universal y con calidad a la salud para el desarrollo de las condiciones económicas y sociales que posibiliten una vida digna.

Ello implica por un lado, la implementación de financiamiento suficiente y oportuno combinado con una reorganización de los procesos de producción de servicios de atención a la salud así como una ampliación del catálogo de servicios de salud y de los medicamentos del cuadro básico.

Y por otro lado, también implica implementar medidas progresivas que fortalezcan y amplíen un sistema público de salud, organizado por los principios de universalidad, equidad intercultural y calidad con servicios integrales con capacidad resolutive y que responda a las necesidades epidemiológicas de la población considerando las demandas de los profesionales de la salud, que en su trabajo cotidiano se enfrentan a sobrecargas y precarización y tomando en cuenta que estos cambios necesarios y urgentes requieren de la participación ciudadana y de procesos de transparencia y control social en la toma de decisiones políticas.

El Foro Salud México, inicia a partir de hoy el camino y compromiso, de alianza y convergencia para que profesionales de la salud, académicos, usuarios de servicios, organizaciones sociales y de pueblos indígenas, instituciones públicas, sociedad civil en general, y ciudadanos y ciudadanas caminemos rumbo a una Convención Nacional de Salud, amplia, democrática y participativa para proponer y elaborar propuestas de políticas orientadas a incidir en servicios con acceso universal con calidad, atención humanizada, condiciones de trabajo dignas y orientadas por la equidad en salud.

La salud es un derecho humano fundamental: NO se vende, se defiende!

En colaboración solidaria con secciones del Movimiento Nacional en Defensa de la Seguridad Social (MONDESS), hoy constituidas como Comités de Defensa de la Seguridad Social (en Ciudad de México, Puebla y Orizaba) se impartieron dos cursos:

- Introducción a la Medicina Social /Salud Colectiva. Elementos para el análisis de las Reformas en Salud en México. Ciudad de México, 4, 5 y 6 de febrero de 2016
- Introducción a la Medicina Social /Salud Colectiva. Elementos para el análisis de las Reformas en Salud y Seguridad Social en México. Dirigido a líderes sindicales y activistas defensores del derecho a la salud y la seguridad social. Puebla de Zaragoza, 31 de marzo, 1 y 2 de abril de 2016.

Se han publicado en “El correo ilustrado” de La Jornada, diversas cartas manifestando una posición de rechazo en contra de políticas neoliberales o sus efectos.

En coordinación con los posgrados de medicina social y salud colectiva de la UAM Xochimilco, se participó en el XXIII Curso Monográfico de Medicina Social: VIOLENCIA y SALUD. Diagnósticos, proyecciones y propuestas frente a la precariedad institucional y social neoliberal.

Se ha colaborado con la Revista Salud Problema en la selección y dictaminación de artículos para un número especial que publique los artículos más destacados de las ponencias centrales del V Congreso, así como de las intervenciones más relevantes del monográfico.



**FORO
Salud
MÉXICO**

En defensa del derecho a la salud

ALAMES México participó, como organización convocante y exponente en paneles, mesas de trabajo y talleres, en la iniciativa FORO SALUD MÉXICO, celebrada en Mérida, Yucatán 14 y 15 de abril de 2016. En dicho encuentro, la propuesta redactada por ALAMES México, quedó aprobada como declaración oficial del FORO.



Clausura del 40 Aniversario de la Maestría en Medicina Social

“Cuatro décadas en la defensa del derecho a la salud en América Latina”

Hacemos una cordial invitación a la clausura de la conmemoración de los 40 años de la MMS. En este evento se presentará una conferencia magistral por el primer coordinador de la maestría y la producción editorial más reciente de nuestros programas, en dos mesas redondas.



Artista: Isabel Morales Martínez

Programa 20 de Julio 2016

10:30-12:00 Conferencia Magistral por Hugo Mercer

12:00-12:15 Receso

12:15-13:15 Historia y retos para la Medicina Social:

- 1) Debates y problemas actuales en Medicina Social
- 2) Calidad de vida, salud y territorio
- 3) Desarrollo histórico de la Maestría en Medicina Social

13:15-14:15 El derecho a la salud desde una perspectiva ética:

- 1) Derecho a la Salud en México
- 2) Ensayos sobre ética de la salud
- 3) Por el derecho a la salud. Una agenda latinoamericana

14:15 Brindis

Lugar: Auditorio Tania Larrauri (Edificio de Arquitectura)

UAM-Xochimilco– Entrada Libre

Información: mmedsoc@correo.xoc.uam.mx

Teléfono: 54837204

Se ha establecido contacto con compañer@s de organizaciones sociales, instituciones académicas y servicios de salud, del Estado de Chiapas, para establecer un núcleo ALAMES en dicha entidad y explorar la organización del VI Congreso de Medicina Social en el 2017.

XIV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva

II ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE MOVIMIENTOS SOCIALES POR EL DERECHO A LA SALUD

Asunción, Paraguay. 24 al 29 de octubre de 2016

Campus de la Universidad Nacional (UNA) San Lorenzo

