



© 141491. SINAFO-Fototeca Nacional del INAH. Fondo Casasola, *Campaña contra el Alcoholismo en la Ciudad de México*, ca.1925.

LA INFLUENZA Y LA VERGÜENZA

Doctor Paul Hersch Martínez*

Malos tiempos, cuando hay que explicar lo obvio...
B. Brecht

Con tanta cámara digital, parece hoy un cuadro propio de la historia de la tecnología, si bien es algo que todavía se puede observar en los laboratorios fotográficos: a la luz rojiza y tenue del cuarto oscuro, la reacción de un papel al entrar en contacto con un líquido especial pone de manifiesto lo que de otra forma permanecería oculto. Y es que ciertos rasgos de nuestra sociedad sólo son evidenciados por algunas enfermedades, que funcionan como reactivos químicos, reveladores, hasta acres.

La reciente alarma sanitaria generada a nivel nacional y mundial en torno a la influenza por virus A/H1N1 constituye un motivo que amerita reflexión desde varias aristas.

Veamos el asunto de otra manera: como un haz de luz que es desintegrado en diversos rayos de co-

lores, cuando se le hace atravesar por un prisma en la clásica práctica escolar de física entre mozalbetes de secundaria, la influenza que tantos reflectores y declaraciones recibió recientemente, está formada por un conjunto de elementos no fácilmente discernibles a simple vista, pero identificables si la hacemos pasar a través de algún cristal, que no es precisamente el de los medios masivos de comunicación, tan afectos a deslumbres amarillistas y vanos destellos.

El sombrío haz lumínico de la influenza, al tiempo que conlleva una gama de implicaciones y lecturas posibles, y hasta contradictorias, aparece en un contexto que le confiere sentido y trayectoria. Y así como comprender el contexto de nuestro presente es un cometido central de la investigación en

* El Doctor Paul Hersch Martínez es Profesor-Investigador del Centro INAH-Morelos, osemos@gmail.com



© 141461. SINAFO-Fototeca Nacional del INAH. Fondo Casasola, Niños desfilando durante la Campaña Antialcoholismo, Distrito Federal, 1940.

las ciencias sociales y en las humanidades, la *multiplicidad de voces y dimensiones* que porta consigo cualquier enfermedad y el *contexto* mismo de esa multiplicidad son a su vez elementos centrales de trabajo de la *epidemiología sociocultural*.

El término de “epidemiología” atañe al fenómeno de la enfermedad percibido desde una perspectiva colectiva. Originalmente refiere a la figura de la enfermedad que visita a la población y por ello la abarca (1). La epidemiología aspira a una visión de conjunto, integral, que pretende incorporar factores diversos en el análisis de la causalidad de las enfermedades; sin embargo, la perspectiva dominante hoy, privilegia una lectura eminentemente biológica de las mismas, donde se sobredimensionan factores individuales de riesgo y medidas individuales de control; de ahí que postular una epidemiología sociocultural tiene un sentido incluyente, contextual, que pretende dar cuenta de las dimensiones relacionales del proceso a través del cual la gente se enferma, se atiende, se desatiende, se mejora, se desmejora, sana o se muere.

La lectura impulsada y reproducida en los medios masivos de comunicación y en el ámbito sanitario oficial respecto a la influenza por virus A/H1N1 es representativa de la perspectiva biomédica dominante, que no repara en esa multiplicidad de implicaciones de la enfermedad y que prescinde a menudo de su contexto espacial y temporal. El énfasis se

coloca en un agente específico y mucho menos en *el terreno* que ese agente específico requiere por fuerza para proliferar. El virus concentra así y en sí la carga del mal que hay que atacar, asumido como una especie de *terrorista biológico* que, como cualquier “terrorismo”, es caracterizado oficialmente como un fenómeno sin orígenes anclados en nuestra sociedad y sin derivaciones que involucren de alguna manera al orden o el desorden imperante en ella. De pertinencia indiscutible, las necesarias medidas sintomáticas y no las estructurales dominan el momento de urgencia y acaparan toda la atención. Sin embargo, al paso de la emergencia, el sustrato estructural que la genera permanece, pero no en el horizonte de los funcionarios ni de los medios de comunicación.

No es conveniente reconocer que las *condiciones de vida* de los sujetos, que la calidad de su *alimentación*, de su *sistema de relaciones*, de su *vida laboral*, de su *entorno ambiental*, de su *participación como ciudadanos*, que sus *oportunidades de creación y recreación*, inclusive, que la *calidad de sus afectos y emociones*, son todos elementos fundamentales para que muchas enfermedades, incluidas por cierto las infecto-contagiosas, se concreten y además se compliquen y desemboquen eventualmente en la muerte de los afectados y en la afectación misma de su entorno social. Y no es conveniente, porque reconocerlo implicaría la necesidad de medidas dirigidas a incidir en esas con-

diciones; desde esa perspectiva incluyente y global, la situación actual del país se acerca cada vez más a ser caracterizada como *integralmente patógena* y no se resuelve con cubrebocas ni con declaraciones. Ni remite sólo a la influenza A/H1N1.

Por supuesto, el contagio en sí no es un fenómeno ideológico o una mera interpretación, sino una posibilidad real y verificable, un proceso tangible que opera al margen de nuestras consideraciones y demanda medidas concretas de aplicación perentoria y oportuna, de acuerdo con la dinámica particular de diseminación poblacional de cualquier enfermedad infecciosa definida. Sin embargo, necesitamos ir más allá: hacer que ese haz de luz de la influenza revele su diversidad cromática y en particular, hemos de enmarcarlo en una perspectiva amplia, que es la que en varios sentidos ha estado ausente en los medios de comunicación y en el manejo de la emergencia sanitaria, por más que sea preciso reconocer el importante esfuerzo de muchos individuos e instancias en las medidas preventivas a corto plazo, adoptadas hace varias semanas en México.

La dinámica social y comunicativa desatada en torno al virus A/H1N1 indica ciertos énfasis y ciertos olvidos que no son ingenuos ni casuales; sintomática en varias de sus facetas, la influenza se anuncia reveladora desde el proceso de la definición

y de la nominación misma de la enfermedad, en un torneo por evitarle una adscripción faunística e inclusive nacional, donde ya se hablaba de la “gripe porcina” o de la “gripe mexicana” con un acento no inmune a los estigmas, salvado gracias a la clasificación actualizada del agente viral; de ahí se pasó a las implicaciones en su detección inicial y la referencia a la producción fabril de cerdos transnacionalmente programados y las inmundicias de diverso orden inherentes a la industrialización de la naturaleza, para además dejar pronto en evidencia las rápidas especulaciones comerciales en torno a la posible vacuna contra el nuevo virus, su fabricación y mercadeo oportuno; la influenza fue motivo de manejo demagógico y atropellado de la información; propició un flujo febril de mensajes y variopintas recomendaciones, chistes, agudezas, paranoias y escepticismos por internet, y también motivó la disciplinada respuesta de un amplio sector de la población, así como la puesta en relieve del abandono presupuestal en que se encuentra actualmente el sector de investigación en nuestro país y hasta incluso la fea figura de algunos alumnos, profesores de medicina e incluso médicos internos escapando discretamente de hospitales y clínicas ante un eventual contagio... Cada una de esas reacciones habla más de nosotros que del célebre virus A/H1N1. Hasta



© 141495. SINAFO-Fototeca Nacional del INAH. Fondo Casasola, *Manifestación contra el consumo de alcohol hacia Palacio Nacional*, ca.1930.

la lideresa sindicalera de la educación, atropellando inmisericordemente la palabra “epidemiología” ante las cámaras en un discursillo adulador, se puso por enésima vez en evidencia, sugiriendo otra metáfora más: no se puede pronunciar algo que se ha despedazado por años. La palabra pareciera guardar un poco de dignidad y se rebela ante un personaje emblemático de la peste.

En fin, se trata de una gripe en definitiva sintomática, entre los propios afectados, por la tasa de mortalidad significativamente superior en México respecto a otros enfermos afectados por la misma enfermedad en otros países del planeta.

Desde una *perspectiva radical*, que es la propia de una verdadera salud pública en el sentido de ir a las raíces de los problemas, los principales riesgos sanitarios actuales en nuestro país no necesariamente son los elegidos como foco de atención usual: en el caso de enfermedades de transmisión aérea, el uso de cubrebocas, la higiene de las manos, la

manera de estornudar o toser o saludar o besar, la limitación de contactos físicos, la no asistencia a lugares concurridos, son todas medidas que pueden tener mayor o menor pertinencia, pero la vehemencia en su recomendación contrasta de manera notoria con el silencio permanente y habitual respecto a factores estructurales patógenos mil veces más insalubres y letales; esas puntuales medidas de higiene colocan al fin a la población en el imperativo de obedecer indicaciones y de suspender, a su vez y en muchos casos, el propio criterio.

La influenza lanzó a la palestra el tema de las vacunas. Es significativo que la literatura biomédica destaque la relevancia de las vacunas contra la influenza, pero que no busque siquiera explorar de manera cuantitativa su distribución diferencial en función de la condición social y cultural de los enfermos y fallecidos, aunque se reconozca, por ejemplo, mayor susceptibilidad entre ancianos y niños, entre enfermos crónicos y otros grupos (2); es decir, por ejemplo, ¿cuáles son a su vez los factores que hacen susceptible a un determinado grupo étnico? El no acceder a un análisis que involucre lo estructural remite a la conocida imagen aportada por Brecht, la de aquel borracho que, al llegar de noche a su casa y habiendo perdido la llave, la busca pero solamente abajo del farol. Son nuestras preguntas lo esencial.

Las lecturas mismas de la reacción al brote de influenza resultan a su vez harto contrastantes. Mientras la posición oficial se hace visible en la revista *Salud Pública de México* (3), resaltando la forma temprana en que México identificó y notificó a las autoridades sanitarias internacionales sobre la epidemia de “influenza porcina” y la “efectiva respuesta nacional para controlar su impacto con medidas de distanciamiento social”, señalando que “México mostró al mundo en forma moderna y acertada” dichas medidas... “aunadas a una comunicación veraz con la sociedad civil” (pág. 186), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social puso en circulación dos comunicados, advirtiendo entre otros asuntos que “la emergencia sanitaria sacó a la luz la desestructuración y la desarticulación nacional del sistema de salud, así como sus muchas carencias organizativas y presupuestales, producto del desmantelamiento y el desfinanciamiento” a que ha estado sujeto... mostrando a su vez” la falta de información, directrices y políticas eficaces, consistentes y realmente efectivas” (4-5) (ver recuadro al final del texto).

Lo anterior denota visiones y objetivos, expectativas y raseros completamente distantes entre sí frente a un mismo fenómeno, como una actualización de la gran discusión histórica respecto a la causalidad de las enfermedades infecciosas, sintetizada en dos posiciones antagónicas: la de los “miasmas” y los humores enfermantés que dominara por siglos el



© 141493. SINAFO-Fototeca Nacional del INAH. Fondo Casasola, *Manifestación contra el consumo de alcohol hacia Palacio Nacional*, ca.1930.



Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. F-SP S-P SeAPC Lib.8, *Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías*, 1937.

pensamiento médico occidental, con grandes limitaciones en torno a la dimensión microbiana inherente pero con una visión elemental de contexto y la de los agentes microbianos específicos puestos en evidencia por los fundadores de la moderna microbiología. La figura del miasma que se despliega entre hedores y vapores maléficos, portador de innumerables enfermedades, presenta a su vez cierto paralelismo con la serie de aires patógenos que aún forman parte de la etiopatogenia popular en México. Los “aires de basura”, “de muerto”, “de panteón”, los *aigres* que provienen a su vez de la “mirada fuerte” o de la envidia, refieren en efecto a un poder patogénico proveniente del medio, generando enfermedades... pero siempre *en sujetos que se encuentran en una condición de susceptibilidad*. Sin embargo, para la medicina docta, el miasma perdió credibilidad ante las categóricas demostraciones experimentales de Pasteur y de Koch. No importa que la concepción miasmática refiriese a una realidad ambiental y también a la necesidad determinante de un sujeto en condición vulnerable para que la enfermedad pudiese hacerse patente; de cualquier modo, el agente específico microbiano, de indiscutible relevancia, deslumbró a la medicina dominante y la despojó de una perspectiva de contexto, desatendiendo, desde entonces, la relevancia del *terreno específico del posible o real infectado en su trama de vida*. Un terreno de vulnerabilidad o de invulnerabilidad

construido a golpes de sociedad, de cultura, de conductas, de intenciones, de relaciones, las cuales determinan la virulencia de los microorganismos y hasta su misma suerte, en una metáfora de nuestra propia realidad social.

Cuando constatamos que la influenza por virus A/H1N1 ha matado proporcionalmente más enfermos mexicanos que enfermos estadounidenses, por ejemplo, hemos de indagar si ello no remite en algún grado a nuestra precariedad política. Para el 29 de abril, la cuenta era la siguiente: entre las 49 personas registradas con el nuevo virus en México, siete fallecieron; mientras tanto, en los Estados Unidos las autoridades habían confirmado 91 casos de la nueva influenza y en cambio una sola defunción, de acuerdo con el *Center for Disease Control and Prevention* de Atlanta (6). Sin duda diversos factores pueden incidir en estas diferencias, pero un elemento a descartar es la *distribución diferencial de las condiciones de susceptibilidad existentes*. Se adujo que un factor que pudo jugar un papel en este fenómeno fue la falta de asistencia oportuna, pues algunos de los afectados no recurrieron a la atención médica oportunamente. Sin embargo, este hecho es también un reflejo de las condiciones usuales de acceso a los servicios. Es decir, el daño evitable no se reparte igual entre la población, y esto simplemente porque las oportunidades tampoco.

Replicado
DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD MUNICIPAL
 INSPECCION DE SANIDAD DE C. JUAREZ, CHIH.

TARJETA NUM. 65
 HOJA 1

FECHA DE INSCRIPCION 1 marzo 1932

DOMICILIO Cabaret de Bullas

1932 MOVIMIENTO SEMANARIO

7	7	Tuxtepec	
15	15	Tuxtepec	
22	22	Tuxtepec	
29	29	Tuxtepec	
		59	fajas

Lugar de nacimiento Mexico
 Nacionalidad Mexicana
 Edad 21 años
 Estatura 1.65 Metros 65 Ctms.
 Color blanco Pelo negro
 Ojos cajes Nariz recta
 Boca frecuente
 Señas particulares sinucama

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. F-SP S-SJ Se-C-30 Exp.2, Inspección de sanidad en Ciudad Juárez, 1932.

La desigualdad no es por desgracia un discurso o un juicio de valor; tiene que ver con las enfermedades infecciosas, y tiene a su vez que ver con la diversidad cultural de nuestro país. Por la ventana de la influenza se asoma también la compleja dinámica existente entre desigualdad y diversidad, por ejemplo cuando, a propósito de ella, fueron las autoridades sanitarias en Canadá, y no las mexicanas, quienes pronto señalaron el mayor riesgo de complicaciones entre los allá denominados “pueblos originarios” (7). La enfermedad se reparte siguiendo patrones étnicos, pero no necesariamente por posibles “predisposiciones genéticas”, sino también porque en ese reparto media justamente la desigualdad social. Por ello, Bonfil -quién sabe si por alguna predisposición genética- señalaba a su vez que sólo la eliminación de la desigualdad en México hará posible el pleno florecimiento de las potencialidades que contiene nuestra diversidad cultural (8). Y lo hará, en parte, porque *puede abatir los daños evitables y permitir vidas más largas y más plenas. ¿O ya no estamos a tiempo para considerar semejantes dislates utópicos?*

Adoptando una perspectiva amplia respecto a las enfermedades infecto-contagiosas y la susceptibilidad de la población a ellas, recordemos por ejemplo que la desnutrición -tema que estudió Bonfil precisamente- constituye una causa múltiple de muerte y no es nada nueva su coexistencia con dichas enfermedades. De hecho, se ha encontrado que la frecuencia de la enfermedad infecciosa como causa básica de muerte en México puede ser ocho veces mayor cuando coexiste la desnutrición

(9). Desde hace años se ha evidenciado que la desnutrición desaparece como causa importante de muerte en las actas de defunción en niños, cuando se encuentra citada junto con enfermedades infecciosas, pues éstas figuran centralmente como resultado de las reglas de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), *al registrarse como causa básica a una que no fue la que originó la cadena de eventos que llevaron a la muerte del menor* (10). Es como afirmar que la piedra descalabró al menor, y no quien la arrojó.

También se ha evidenciado desde hace muchos años algo de dominio muy público, y es que las infecciones tienen consecuencias más serias entre los desnutridos, pero además, agravan a su vez la desnutrición. Las deficiencias nutricionales reducen la capacidad de resistencia a las infecciones por diversas vías, alterando la formación de anticuerpos, la actividad fagocitaria, la integridad de los tejidos, la respuesta inflamatoria, el estado mismo de la flora intestinal y el del metabolismo (11). Todos esos son hechos que conforman *el terreno propicio, imprescindible*, para que un determinado agente infeccioso genere enfermedad y muerte o simplemente no pueda proliferar.

Así, si desde una perspectiva propiamente biológica, una infección viral como la influenza revela el estado de base del organismo afectado, es porque pone de manifiesto su nivel de vulnerabilidad ante el virus como agente específico identificable; sin embargo, desde una perspectiva más amplia, el proceso se lleva a cabo cuando el organismo afectado estuvo en condiciones de serlo en el marco de

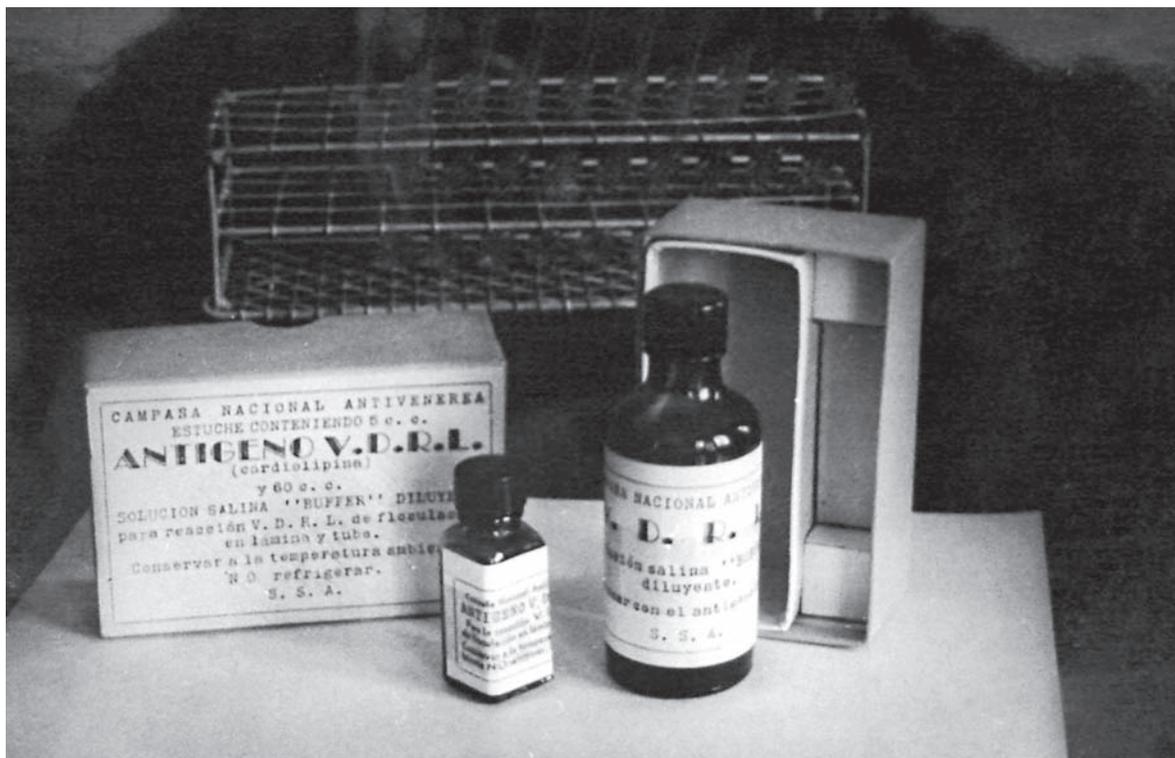
una vulnerabilidad social, mediada por sus coordenadas de vida; así, su adscripción de clase, su condición laboral y ambiental, su condición de género, su adscripción étnica forman parte de los factores que a menudo tienen vela en los entierros.

El panorama epidemiológico sociocultural en que se inscribe hoy la influenza A/H1N1 es amplio y complejo. Digámoslo de manera actualizada a un mes del clímax de la emergencia sanitaria por ese tipo de gripe y a propósito de otro botón de muestra de la crisis sociosanitaria mexicana actual: unos tienen pronta oportunidad, en su corta vida, para morir quemados en una “guardería” de Hermosillo y otros, la oportunidad de hacer negocio con ella y de salir impunes del asunto. Ni la mortalidad infantil, ni la mortalidad materna que no cede, ni la diabetes en ascenso, ni los sintomáticos suicidios que se han incrementado entre adolescentes en los últimos años en nuestro país, ni los homicidios, ni las cardiopatías, ni las obesidades, ni las insensibilidades ni las heroicidades se distribuyen de manera aleatoria en nuestra sociedad. No hay casualidades.

La población es colocada en una condición de alarma sanitaria, *una alarma sanitaria también diferencial*, ante la incapacidad estructural para establecer un cerco sanitario a la cuenta de muertes evitables que constituye una marca identitaria del modelo socioeconómico actual. Se ha calculado que cada día fallecen en México un centenar de niños a consecuencia del hambre; el cálculo es aproximado, porque ella conduce a la muerte por diversos caminos (12). Pero el hambre no amerita alarmas sanitarias. Se ha calculado que erradicarla en Méxi-

co tomará unos setenta años (13-14). La violencia doméstica y no doméstica no amerita alarmas sanitarias. La vasta gama de efectos nocivos a la salud por la contaminación ambiental no amerita alarmas sanitarias. La enfermedad crónica y la muerte generadas en el trabajo no ameritan alarmas sanitarias. La impunidad no amerita alarmas sanitarias. La inaudita cuenta de asesinatos generados cada día por el narcotráfico y las medidas de legitimación política instauradas al respecto, tampoco ameritan alarmas sanitarias (15). El síndrome de inmunodeficiencia adquirida no amerita alarmas sanitarias. Nuestros paladines de la sanidad en realidad se alarman poco: lo son de una sanidad de superficie, de una sanidad conveniente, manejable, acotada hasta la distorsión. ¿Será precisa entonces la alarma como respuesta? Más bien, necesaria resulta una política pública permanente, de entereza serena, atenta a la causalidad estructural, recordando la placa que en Santiago preside desde antes de 1973 la entrada de la Escuela de Salud Pública de Chile, que advierte: *La salud pública es la suprema ley*.

Incómoda resulta la epidemiología sociocultural que busca contextos y matices. Ella no sólo señala, subraya, denuncia los *factores de riesgo*, sino particularmente los *escenarios de riesgo* de donde emanan esos factores; ella focaliza por definición la figura del *daño evitable* porque constituye un referente operativo y no sólo una categoría meramente analítica (16); así, hay gripes evitables y hay complicaciones neumológicas evitables de esas gripes. Y ese es justamente el terreno de la prevención, porque el terreno de lo posible es el terreno de la Humanidad. En fin,



Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. F-SSA S-SubA C-61 Exp.1, *Producción antígeno V.D.R.L. Cardiolipina*, 1953-1954.

ante el *discurso monológico de la bioepidemiología*, donde el enunciado adquiere un sentido unívoco, estable y definitivo, orientado en una sola dirección ideológica (17), una *epidemiología sociocultural* tendría que develar, por dialógica, las simultáneas implicaciones y facetas de los procesos patológicos, aún a riesgo de ampliar extensamente la gama de atención,

de problemas y de interlocutores pertinentes. La enfermedad tiene múltiples lecturas y la lectura biomédica es una de ellas, no la única ni la única legítima. La influenza por virus A/H1N1 no es una excepción: constituye un marcador múltiple, tanto en su origen como en su manejo. De ahí que preguntemos ¿dónde está nuestro virus de la vergüenza?



Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. F-SSA S-SubA S-SubA C-51 Exp.1, Preparación de stands para exposiciones, 1956.

Referencias

- PINO Campos, L. M. y J. P. Hernández González, "En torno al significado original del vocablo griego epidēmia y su identificación con el latino pestis", *Dynamis*, 28: 199-215, 2008.
- SANTOS-Preciado, J.L., Franco-Paredes, C., "Vacunación contra la influenza en la infancia: una estrategia preventiva de prioridad nacional", *Salud Pública de México*, editorial, 46(6):498-500, 2004.
- FRANCO-Paredes, C., Del Río, C., Carrasco, P. y J.I. Santos Preciado, "Respuesta en México al actual brote de influenza AH1N1", *Salud Pública de México*, editorial, 51(3):183-186, 2009.
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Región México, A.C., "Reflexiones y consideraciones sobre la influenza A/H1N1 en México", 20 de mayo de 2009, <http://www.alames.org/documentos/inflalamesmx.htm>
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social, "Manifiesto de la Coordinación General de ALAMES ante la epidemia de influenza", 20 de mayo de 2009, <http://www.alames.org/documentos/manifalames.pdf>
- LUHNOW, D. y J. de Córdoba, "La alta tasa de mortalidad del nuevo virus de la influenza en México genera preguntas clave", *Dow Jones Newswires*, 29 de abril de 2009, <http://www.sentidocomun.com.mx/articulo.phtml?id=27447>
- Notimex, "Temer impacto de influenza en comunidades indígenas en Canadá", *SDP Noticias*, junio 12 de 2009, <http://sdpnoticias.com/sdp/contenido/2009/06/12/420252>
- BONFIL Batalla, G., "Nuestro patrimonio cultural: un laberinto de significados", en Florescano, E. (Coord), *El patrimonio nacional de México*, México, Conaculta y Fondo de Cultura Económica, pp. 28-56, 1997.
- BUSTAMANTE-Montes, P. et al, "El análisis de la desnutrición como causa múltiple de muerte", *Salud Pública de México*, 33(5):475-481, 1991.
- PUFFER R.R. y C.V. Serrano, *Patterns of mortality in childhood*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica núm. 262, 1973.
- SCRIMSHAW, N.S., Taylor, C.E. y J.E. Gordon, "Interactions of nutrition and infection" Ginebra: OMS, Monografía 57, 1968.
- A. Ysunza, INNSZ, com. personal, 2009.
- CRUZ Martínez, A., "Erradicar la desnutrición en México tardará hasta 70 años", *Diario La Jornada*, enero 20 de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/01/20/index.php?section=sociedad&article=037n2soc>
- ÁVILA, A., *El estado de la desnutrición en México y los impactos de la crisis alimentaria*, Asamblea Nacional por la Soberanía Alimentaria, México, 2008, en: <http://www.sinmaiznohaypais.org/asambleanacionaloct2008/ponentes/DESNUTRICION%20EN%20MEXICO.pdf>
- "Ejecuciones rompen récord: van 5,000", *Diario El Universal*, 3 de diciembre de 2008, <http://www.eluniversal.com.mx/primer/32089.html>
- HERSCH-Martínez, P. y J.A. Haro, "¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar", Ponencia presentada en el VII Coloquio REDAM: *Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona, junio 6, 2007.
- BAJTÍN, M., en: Silvestri, A. y G. Blanck, *Bajtín y Vigotski: la organización semiótica de la conciencia*, Barcelona: Anthropos, 1993.

**DISPENSARIOS
ANTIVENEREOS
EN EL DISTRITO FEDERAL**

Progreso 25
Tacubaya

Aruntamiento 70, altos

Zaragoza 99

Colombia 38

Tetrazani y Juventino Rosas

Av. Central 100

Rastro y Peluqueros

Rembrandt 32, Mixcoac

Mariano Escobedo 148

Calz. Tlalpam 1493

Rayón 31

Santa Veracruz 58

Prolongación de Cerpio
y Plan de San Luis

Pino y Juárez - Xochimilco

Calz. San Antonio Abad 350

IMPUESTO
FEDERAL

**LE CONVIENE SABER
SI ESTÁ ENFERMO DE
LA SANGRE.**
HAGASE UN EXAMEN SERIO
EN

TOLSA 48
(de las 8 a las 11 hs.)

SECRETARIA DE
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

LA SECRETARIA DE
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

le proporciona

TRATAMIENTO FACIL
Y RAPIDO

TOLSA 48

(Una de las Clínicas de
la Campaña Nacional
Antivenérea)

MEXICO



MEXICO



MEXICO

LA CENTRAL

REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES SOBRE LA INFLUENZA A/H1N1 EN MEXICO

Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Región México, A.C.

www.geocities.com/alamesmx

1. Es innegable que la emergencia sanitaria en México sacó a la luz el desorden, la desestructuración y la desarticulación nacional del sistema de salud, así como sus muchas carencias organizativas y presupuestales, producto del desmantelamiento y la falta de financiamiento del que ha sido objeto por varias décadas ya, en favor de privatizaciones y dependencia tecnológica con respecto a las compañías transnacionales. Mostró también la falta de información, directrices y políticas eficaces, consistentes y realmente efectivas. También volvió a ser obvia la exclusión social que pone en práctica el sistema actual, que no respondió a las necesidades de la población. Por tanto, se requiere fortalecer un sistema de salud público, universal, integral y gratuito, apoyado con políticas promotoras de salud y de educación para la salud, orientadas por un principio de equidad, que cuente con equipos técnicos que tengan la capacidad de detectar los primeros casos de enfermedades infecciosas y construir cercos sanitarios de manera inmediata, de ser ello necesario.
 2. Los miles de millones de pesos invertidos en el llamado "Seguro Popular" no evitaron el impacto negativo de la falta de un sistema de salud orientado a responder a las necesidades socio-territoriales, ante esta emergencia sanitaria no respondieron con un manejo eficiente basado en respuestas inmediatas eficaces. Hoy, más que nunca, es urgente una Atención Primaria en Salud como organizadora de un sistema nacional de salud público, universal y gratuito. Para esto se necesita redistribuir el talento humano y los recursos materiales, según las necesidades territoriales y las desventajas sociales existentes, con el fin de contribuir a revertirlas.
 3. La salud, la seguridad social pública, la investigación y el desarrollo tecnológico en salud se han desmantelado y dejado de financiar sistemáticamente de manera intencional en las últimas décadas, para responder a intereses que favorecen la privatización de los servicios de salud y los de las compañías transnacionales de seguros, farmacéuticas, tecnología médica, hospitales, control de biológicos, productoras de carne y demás. Consideramos que en la actualidad hay suficientes evidencias que demuestran que el optimismo ciego en la privatización en los países pobres está fundamentado en mitos sobre la atención privada, pero en este contexto emergente, los sistemas públicos, universales y gratuitos se revelan como la única solución para atender a toda la población. Por lo tanto, es momento de decir: ¡Basta ya! ¡A problemas públicos, soluciones públicas! Exigimos hacer realidad el derecho a la salud y la seguridad social para todos y todas en México, esto no es un problema de dinero, sino de decisión y voluntad políticas.
 4. El SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica) no fue capaz de detectar y responder oportuna y eficazmente al pico de morbilidad por neumonías que se reportó desde febrero del 2009 ni de atender las quejas de los habitantes de La Gloria, Perote, Veracruz, en el sentido de estar padeciendo enfermedades respiratorias de manera generalizada. Consideramos que el SINAVE se mostró obsoleto y es necesario financiar y reconstruir un sistema eficiente de vigilancia epidemiológica que permita actuar con prontitud ante cualquier comportamiento infeccioso atípico.
 5. La emergencia sanitaria dejó claro que el desmantelamiento de las instituciones públicas y la privatización de bienes y servicios en salud han hecho dependiente a la Secretaría de Salud y al país en esta materia. BIRMEX (Biológicos y Reactivos de México) ha dejado en manos de las compañías transnacionales, cuyo fin es el lucro, el monopolio de las patentes de biológicos, vacunas y fármacos, que ahora importamos en grandes cantidades, por lo que el INDRE (Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica) no tuvo la capacidad para analizar éste, y posiblemente otros nuevos virus. Consideramos que el acceso a medicamentos y vacunas forma parte del derecho a la salud, por lo tanto, debe ser financiado con presupuestos públicos, contar con los fondos necesarios para volver a lograr independencia tecnológica, apoyar la investigación, la formación de personal y la infraestructura en salud. Exigimos el fortalecimiento y la creación de laboratorios públicos de medicamentos y vacunas y apoyo a la investigación científica en salud.
 - 6.- Toda enfermedad infecciosa, además del agente, requiere de un contexto social y cultural para reproducirse y desarrollarse. Sólo la equidad en los mínimos de bienestar, incluyendo trabajo, salarios dignos, vivienda, el cuidado del medio ambiente, el acceso a los servicios de salud y la inclinación de la balanza hacia los intereses de la población, no de las compañías privadas y transnacionales, entre otras, las farmacéuticas y la productoras de carne que lo destruyen (como en Perote, Veracruz), podrán incidir sobre una mejor salud general en el futuro.
- NOS PRONUNCIAMOS POR LA DEFENSA DE UN SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE CALIDAD, UNIVERSAL, EQUITATIVO Y GRATUITO, QUE GARANTICE EL DERECHO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD A TOD@S.
- ¡UN MUNDO Y UN MÉXICO MEJOR SÍ SON POSIBLES!

