

Salud de Nuestros Pueblos

04

Enero
2021



Reproducida con autorización de Andrés Rábago *El Roto*

Loas para un amigo de la Montaña

Abel Barrera, de Tlachinollan

A pesar de la distancia

Javier Enríquez Sam

*siempre estuvo a nuestro lado,
con ese compromiso inalterable
en favor de los olvidados,
perseguidos y torturados.*

Imperceptible, pero siempre,

*dentro de las venas sangrantes
de quienes entregaron su vida
por la justicia.*

Implacable contra los verdugos

suspica, agudo y persistente.

*Para desenmascarar
las complicidades del poder
y sus métodos del tormento.*

Fiel a la lucha de los nadie

y solidario con los sin nada.

Incansable constructor del CCTI

diseñador de un sueño colectivo

para mantener a salvo

a las víctimas de tortura.

Sin medir riesgos ni precariedades.

Un gran ejemplo de tenacidad

y perseverancia.

De fidelidad a la causa

a pesar de los sinsabores.

Siempre encontró luz en el camino sin doblegarse ante las adversidades.

Nunca sucumbió a pesar

de la noche sombría de la violencia.

Mitigando el dolor

de las víctimas de la violencia

forjaste una identidad

que llenaste de esperanza

al equipo.

Que la lluvia de la Montaña

haga florecer

los sueños que te ayudaron a crecer

como un ferviente defensor

de los derechos humanos.

Un abrazo desde la Montaña

hasta el lugar sagrado donde

se encuentran los sabios y sabias

de esta tierra amada.

Tus amigos y amigas de Tlachinollan

MEMORIA Y RECONOCIMIENTO



Comprometido desde joven en el acompañamiento a procesos de organización popular para la salud y también como integrante esencial del Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad, el compañero Javier Enríquez Sam perdió la vida el pasado 21 de enero. Reproducimos aquí las sentidas palabras de Abel Barrera, de la organización de derechos Humanos Tlachinollan, en su memoria.

<https://contralatortura.org.mx/noticia?not=107>

El **Colectivo Contra la Tortura y la Impunidad** hoy perdió a uno de sus pilares. Perdimos a un médico y luchador social incansable, a un compañero, un amigo y un maestro.

JAVIER ENRÍQUEZ SAM

acaecido hoy, 20 de enero del 2021.

Abrazamos y acompañamos a su compañera de vida, Blanca Santillán y a su familia.

Hoy y siempre honraremos tus palabras tu ejemplo de lucha. Hoy y siempre lucharemos por un mundo mejor.

Hasta siempre...

Colectivo
Contra la
Tortura y la
Impunidad

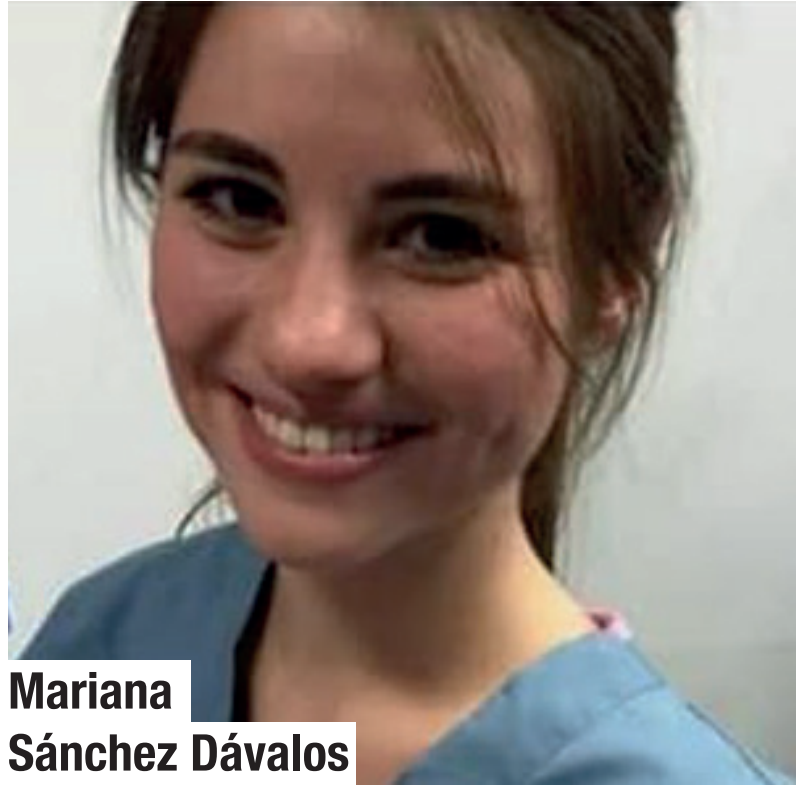
PROFUNDA INDIGNACIÓN Y DENUNCIA

Jorge tenía 29 años y era médico interno de pregrado en el hospital Doctor José María Rodríguez, en Ecatepec. Quería ser cirujano; “le iba a las Chivas, tenía la sonrisa ancha y una pasión dedicada, compraba de su bolsillo las gasas cuando faltaban y se dormía el último en las guardias, era alegre, inteligente, tenía repletas las ganas...” Murió debido a las complicaciones de la covid-19 después de ser obligado a trabajar cuando ya estaba gravemente enfermo. Se había contagiado atendiendo a un paciente sin los recursos de protección esenciales, y a pesar de estar ya en esas condiciones, se le obligó a cubrir guardias y a seguir trabajando. Otra promesa truncada por la negligencia de funcionarios mediocres e insensibles, no por la covid.

Una muerte evitable más que no debe de quedar impune.



**Jorge Alejandro
López Rivas**



**Mariana
Sánchez Dávalos**

Mariana, de 24 años de edad, era estudiante de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas. Realizaba su servicio social en la comunidad de Nueva Palestina, municipio de Ocosingo, donde denunció ser víctima de abuso sexual. Semanas después de solicitar ayuda a las “autoridades”, el pasado 28 de enero, fue hallado su cuerpo, víctima de asfixia mecánica por a horcamiento.

Días antes de su muerte había presentado una denuncia no sólo ante la Fiscalía General del Estado por violencia sexual, ocurrida en Nueva Palestina, sino ante la Secretaría de Salud, solicitando su cambio de ubicación, porque no se sentía segura en esa clínica. Sin embargo, en respuesta sólo le dieron unos “días de descanso” sin goce de sueldo y sin brindarle la protección que solicitaba. El desenlace estaba anunciado. Y de nuevo, se trata de un co-asesinato a cargo del perpetrador directo y de quienes lo permitieron aportando su negligencia criminal, no sólo ante la fiscalía, sino ante la misma Secretaría de Salud, convertida por su intermedio en cómplice de otro feminicidio más.

Nota periodística y video:

<https://www.cuartopoder.mx/nacional/habia-protocolos-para-atender-caso-de-mariana/353517/>

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=10225819751540655&id=1238311672

**Si la indignación no genera compromiso,
¿de qué sirve?**



ALAMES México
Mesa Directiva
2019-2021

Paul Hersch Martínez; Jorge Ignacio Sandoval Ocaña; Otilia Aurora Ramírez Arellano; Jesús Santiago Reza Casahonda; Nashielly Cortés Hernández; Raquel María Ramírez Villegas; Juan Manuel Mendoza Rodríguez; Roselía Arminda Rosales Flores; Amilcar Torres Ortíz.

Dirección Colectiva
Consejo Editorial

Paul Hersch Martínez; Jorge Ignacio Sandoval Ocaña; María Guadalupe Staines Orozco; Silvia Tamez González; Raquel María Ramírez Villegas; Nashielly Cortés Hernández; Camila Pereira Abagaro; Juan Manuel Mendoza Rodríguez; Amilcar Torres Ortíz.

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 éste un verdadero espacio de reflexión, comunicación y difusión del pensamiento crítico en salud.

Diseño
Social Media Lab
Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Contacto:
alamesmex@gmail.com
www.facebook.com/ALAMESMexico

Acceso a los números del boletín
Salud de nuestros Pueblos:
<http://bit.ly/BoletinSaludNuestrosPueblos-Acervo>

ÍNDICE

- 2 Memoria y reconocimiento
- 3 Profunda indignación y denuncia
- 6 Editorial
- 8 Recuadro: Ciencias sociales y gestión e investigación de la COVID-19
- 10 Apuntes acerca del trabajo femenino en la pandemia de COVID-19
Camila Pereira Abagaro y Roselia Arminda Rosales Flores
- 14 La salud. Una mirada retrospectiva y los nuevos tiempos
Alejandro Espinosa Yáñez (UAM Xochimilco)
- 17 Esperanza de vida y esperanza en la vida
Paul Hersch Martínez
- 24 Teletrabajo y tiempo personal. Presentación en Radio Educación
Luis Bueno Rodríguez
- 27 Reseña: Coloquio “Miradas Sociales frente a la pandemia COVID19”
Ramón C. Rocha Manilla
- 29 Como por arte de magia, “ahora lo ves”: la visibilidad de los trabajos
esenciales durante la pandemia
Diego de Oliveira Souza
- 31 Breve semblanza de Catalina Mónica Eibenschutz Hartman
Manuel Outhón
- 36 Anexos
- ANEXO 1** Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
Informe de Gestión. Diciembre 2018 – junio 2020
Asa Cristina Laurell
- ANEXO 2** San Cristóbal de los Oxxos.
Gustavo Castro.
- ANEXO 3** Comunicado de ALAMES Argentina ante la pandemia
por Covid-19
- ANEXO 4** Declaración pública de ALAMES ante el genocidio y
expropiación del Walmapu XVI Congreso
Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva,
Sede República Dominicana
- ANEXO 5** Pronunciamiento del Colegio Médico de Oaxaca
“Aurelio Valdivieso”
- ANEXO 6** La Vía Campesina México. Carta en defensa de las Semillas y la
Agricultura Campesina e Indígena

La necesidad permanente de una perspectiva contextual

Este cuarto boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en su sección México sigue su curso, coincidiendo con el curso mismo de la pandemia de covid-19, que en nuestro país ya rebasó la cifra de 133,706 fallecimientos de acuerdo con la contabilidad oficial al once de enero de 2021.

No es de extrañar, por ello, que lo siguiente se encuentre permeado por este fenómeno de múltiples implicaciones, muchas de las cuales, algunas incluso insospechadas, se fueron evidenciando de manera progresiva a lo largo del peculiar año 2020, a cuyo término llegamos con la certeza de que este asunto va para largo, no sólo en cuanto a la presencia protagónica de la enfermedad, sino en cuanto a sus consecuencias sociales.

Por motivos de diversa índole, que tienen que ver sin duda con la distribución no uniforme de ideas en el mundo, con circuitos de información dominantes que conllevan sus propias claves interpretativas, con la preponderancia de unas voces sobre otras o con el desarrollo simultáneo de aproximaciones que surgen en el análisis de la realidad en diferentes ámbitos, modelado además por intereses e incluso tendencias en boga, y a pesar de la diseminación de información potenciada por la tecnología actual, ciertas lecturas de la realidad predominan sobre otras, y a veces aquello que se anuncia como novedoso, no es sino una nueva presentación de aquello que ha sido señalado antes, de una manera diferente, o en otras coordenadas de tiempo y espacio.

Así, Richard Horton, editor de la revista *Lancet*, señala que la pandemia de la covid-19 es una sindemia¹, recurriendo al término propuesto por Merrill Singer en 2009, relativo a una sinergia de epidemias, a la coexistencia en tiempo y espacio de dos o más epidemias que comparten factores sociales, retroalimentándose entre sí y generando secuelas complejas².

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud-enfermedad tal como se inscribe en el pensamiento crítico latinoamericano, este señalamiento de la famosa revista médica inglesa no resulta ser tan novedoso, pues en efecto, ¿qué “pandemia” puede ser postulada como un fenómeno aislado y solamente biológico?

Esto es, el mismo ordenamiento persistente de la colonialidad hace que unas lecturas de la realidad aparezcan como novedosas y otras, a pesar de su fundamento y de su solidez, sean desconocidas o relegadas. Por ello, desde una óptica fundamentada en esa solidez, no genera sorpresa lo que ahora se afirma en ese medio emblemático de la biomedicina, aunque sí motiva una reflexión la colonialidad que denota. Y sí, el reconocer que el enfoque seguido hasta ahora por los gobiernos respecto a la pandemia por covid-19 ha sido muy estrecho, el percatarse de la limitación de atribuir el origen de la crisis a una mera enfermedad infecciosa, y el que dos categorías de enfermedad se encuentran interactuando en poblaciones específicas, donde la covid-19 y un conjunto de enfermedades

no contagiosas se potencializan mutuamente siguiendo patrones de desigualdad social, expande una perspectiva necesaria.

Sin embargo, el señalamiento de Horton y el planteamiento mismo de Singer son pertinentes aunque no rebozen originalidad, porque vienen a reconocer, desde ópticas nacidas en otras realidades sociales, en países económica y tecnológicamente más desarrollados, la ya descrita confluencia articulada de procesos que participan en la causalidad estructural de los daños a la salud. Así, desde diversas aproximaciones no exentas de diferencias, se llega a reconocer algo que apunta directa o indirectamente a la preeminencia de la dimensión política y económica de un ordenamiento patogénico, que al margen de ese reconocimiento, sigue siendo soslayado porque apunta al corazón de los intereses de los grandes capitales financieros que hoy tienen más poder que los estados nacionales mismos³.

En todo caso, al parecer nadie ha registrado aún como motivo de propiedad intelectual el descubrimiento de que el sol aparece cada mañana y que además brilla si no está nublado, y así, Virchow y muchos otros no patentaron ni sus ideas ni sus convicciones respecto a la naturaleza eminentemente social y política de la salud y de la medicina, de modo que ello se puede expresar en diversas claves e incluso matices, incluso culturales.

Refiriéndose al concepto de sindemia, Singer planteaba que provee una orientación muy diferente de la medicina clínica y de la salud pública, mostrando cómo un enfoque integral en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades puede ser mucho más exitoso que el simple control de la enfermedad epidémica o el tratamiento de pacientes individuales, y que revela las interacciones biológicas y sociales relevantes para el pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud.

Y Horton concluye: “nuestras sociedades necesitan esperanza. La crisis económica está avanzando hacia nosotros y no se resolverá mediante un medicamento o una vacuna. Nada menos que una renovación nacional es lo que se necesita. Abordar la covid-19 como una sindemia nos convoca a una visión más amplia, que abarque educación, empleo, vivienda, alimentación y medio am-

biente. Ver a la covid-19 solamente como una pandemia excluye esa perspectiva más vasta pero necesaria”.

Por supuesto, un concepto y una perspectiva pueden ser atinados, pero no implican necesariamente su aplicación. Y ahí es donde se define todo. El asunto que nos compete tal vez no sería qué tan certero es todo esto, sino qué impacto está teniendo una perspectiva más amplia y contextual, propia del pensamiento crítico en salud, en la actual gestión gubernamental y en particular, cómo se puede aportar a un proceso de reestructuración de un modelo, y cómo se puede reconocer y ponderar más la imperiosa necesidad de esa estructuración, más allá de la imprescindible acción inmediata ante la contingencia.

Es más, la contingencia misma constituye una oportunidad para dar cauce a procesos más incluyentes y eficaces de verdadera participación social. Ya existen experiencias concretas al respecto. Pasar de la mera figura del usuario y del prestador de servicios, a lo que el ejercicio de la ciudadanía puede imprimir a esas figuras para trascender la inercia, el desperdicio de potenciales y la reducción de posibilidades que conlleva la imposición y la falta de diálogo.

Es decir, el postulado y el eje de la salud como derecho de ciudadanía y no como negocio, reclama ciudadanos, no meros electores; reclama espacios dialógicos y medios concretos para la construcción de ciudadanía; reclama co-responsabilidad, reconocimiento de la diversidad como insumo para la salud, y también procesos y programas de formación democrática de voluntades y de convicciones. Y hay un mandato popular al respecto, a ser escuchado y atendido.

Con esa reflexión partimos en este número.

¹ Horton, Richard (2020) “Offline: Covid-19 is not a pandemic”, *The Lancet*, 396 (10255): 874, 26 de septiembre, en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

² Singer, Merrill (2009), *Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health*, San Francisco: Jossey-Bass.

³ Crouch, Colin (2012), *La extraña no muerte del neoliberalismo*, Buenos Aires: Capital Intelectual.

Recuadro: Las ciencias sociales y la gestión e investigación de la COVID-19

La declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020, acompañada de las medidas de confinamiento y control poblacional para la gestión de la crisis ocasionada por la COVID-19, apenas tienen precedentes en la historia reciente de nuestro país y del mundo. La pandemia ha sacudido nuestras sociedades, poniendo al descubierto a las personas más vulnerables y desprotegidas, a la par que llevando al límite las capacidades de respuesta de administraciones, empresas y sociedad civil.

Con razón, las miradas y preguntas de nuestros representantes políticos se dirigieron en primera instancia hacia el mundo de las ciencias de la vida y la salud. Especialistas en epidemiología, virología y salud pública tenían las claves de la expansión de la pandemia y su control asistencial, y sus contribuciones fueron fundamentales durante los primeros esfuerzos de contención.

Pero los efectos de la COVID-19 no se limitaron al ámbito clínico o epidemiológico. Desde el primer momento la pandemia demostró la virulencia de su dimensión social: sobre el empleo y el sistema productivo, sobre las geografías formales (renta, movilidad, densidad) e informales (redes de solidaridad) de nuestras ciudades, sobre la gestión de los datos, la gestión hospitalaria, las estructuras familiares, la educación online o los procesos de gobernanza de la administración pública. El mundo que la COVID-19 desplegó ante nuestros ojos resultó ser, desde el primer momento, un mundo social.

Llama la atención, por tanto, la relegación y abandono a que han sido sometidas las ciencias sociales desde los órganos de gestión política de la COVID-19. La convocatoria de proyectos de investigación del Instituto de Salud Carlos III, la única convocatoria del sistema nacional de ciencia que a la fecha ha destinado fondos públicos a la investigación sobre la COVID-19, no seleccionó ningún proyecto de ciencias sociales entre el centenar de proyectos financiados. Dotada de un presupuesto cercano a los 24 millones de euros no puede sino sorprender que no se estimara necesario estudiar las dimensiones y efectos sociales de la pandemia.

El olvido para con las ciencias sociales se ha reproducido en otras instancias consultivas y de gestión. La participación de científicos/as sociales en comités u órganos de asesoramiento, en universidades, organismos de investigación o administraciones públicas, ha sido anecdótica cuando no inexistente, y en casi todos los casos atendiendo a razonamientos inexplicados u opacos.

Cuando a principios de agosto un grupo de científicos/as del ámbito de la salud pública y las ciencias biosanitarias solicitaron una auditoría de la gestión de la crisis de la COVID-19 en nuestro país, los ámbitos sobre los que incidieron—gobernanza y sistemas de decisión, cultura científica y capacidades logísticas—señalaban problemáticas consabidas en las ciencias sociales, respecto de las cuales, en algunos casos, llevábamos meses reclamando atención.

Por todo ello, lejos de hacer un simple llamado de atención o cuestionamiento, queremos hacer constar que no hay salida posible a la crisis de la COVID-19 que no incluya los saberes y experiencia de las ciencias sociales. Necesitamos apoyar urgentemente la investigación en ciencias sociales sobre la COVID-19. Necesitamos incorporar las sensibilidades y perspectivas de estas disciplinas a la gestión política de la pandemia en sus distintos ámbitos territoriales y administrativos (central, autonómico, municipal). Necesitamos escuchar los saberes situados que las ciencias sociales han aprendido a conjugar de la mano de movimientos sociales y comunidades vulnerables. La pandemia está transformando nuestra sociedad. Las investigaciones biomédicas ayudan a salvar vidas. Las investigaciones sociales mantienen vivas nuestras esperanzas y voluntades.

Firmantes

Asociación de Antropología del Estado Español (ASAE)E
Asociación Española de Ciencia Política y de la Administración (AECPA)
Asociación Española de Geografía (AGE)
Asociación Española de Investigación de la Comunicación (AE-IC)
Federación Española de Sociología (FES)
Sociedad Española de Pedagogía (SEP)

Contactos

Alberto Corsín Jiménez (Coordinación Comunicado)
Cristina Sánchez Carretero (Presidenta ASAE)E
Arantxa Elizondo (Presidenta AECPA)
Jorge Olcina (Presidente AEG)
Enrique Bustamante Ramírez (Presidente AE-IC)
Manuel Fernández Esquinas (Presidente FES)
Gonzalo Jover (Presidente SEP)

Apuntes acerca del trabajo femenino en la pandemia COVID-19

Las ideas iniciales del texto constituyen parte de un trabajo más amplio, en proceso de publicación como capítulo de libro.

Previamente a la pandemia provocada por el nuevo Coronavirus, el trabajo femenino, en sus diversas configuraciones: de cuidado, doméstico, fuera del hogar, realizado en distintos espacios laborales – remunerado y no remunerado – revelaba las importantes desigualdades de género y las dificultades enfrentadas por las mujeres en el mundo del trabajo en América Latina. En las últimas décadas, esa situación de desigualdad y sus consecuencias, respecto a las condiciones materiales de vida y al proceso salud-enfermedad-atención, además de la feminización del mundo del trabajo, ha sido señalada por distintos organismos internacionales e investigadoras(es) de la temática (Oliveira, 1991; OIT, 1996; Cruz, Noriega y Garduño, 2003; Mazzei, 2004; Rodríguez y Cooper, 2005; López, Findling y Abramzón, 2006; OPS, 2008; Sorj, 2009; Chávez, 2010; CEPAL, 2011; Ávila y Ferreira, 2014; Abramo y Valenzuela, 2016; Birolì, 2018; OMS, 2018).

En el año en curso, OXFAM publicó el documento “Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis de global de desigualdad”, que señala las profundas desigualdades económicas y de género persistentes y experimentadas por mujeres y niñas en escala global:

Camila Pereira Abagaro

Investigación postdoctoral y profesora colaboradora en el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva en la Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

Roselia Arminda Rosales Flores

Profesora Investigadora
Promoción de la Salud
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
roselia.rosales@uacm.edu.mx

En 2019, los 2153 multimillonarios que hay en el mundo poseían más riqueza que 4600 millones de personas. Esta enorme brecha es consecuencia de un sistema económico fallido y sexista que valora más la riqueza de una élite privilegiada, en su mayoría hombres, que los miles de millones de horas del esencial trabajo de cuidados no remunerado o mal remunerado que llevan a cabo fundamentalmente mujeres y niñas en todo el mundo. Cuidar de los demás, cocinar, limpiar y recoger agua y leña son tareas diarias esenciales para el bienestar de la sociedad, las comunidades y la economía. La pesada y desigual responsabilidad del trabajo de cuidados que recae sobre las mujeres perpetúa tanto las desigualdades económicas como la desigualdad de género (Lawson, Parvez, Harvey, Sarosi, Coffey, Piaget, y Thekkudan, 2020).



Foto: Pereira y Rosales. 2020.

Históricamente, a las mujeres se les ha otorgado un rol en el ámbito de la reproducción social (Chávez, 2010), fundamental para el desarrollo de la sociedad capitalista, empero invisibilizado y, consecuentemente, no remunerado y tampoco reconocido socialmente. Biroli indica: “La distinción entre trabajo remunerado y no remunerado es, así, un punto central. El trabajo que las mujeres proveen sin remuneración, como aquel que está implicado en la crianza de los hijos en el cotidiano de las actividades domésticas, deja a los hombre libres para comprometerse en el trabajo remunerado. Son ellas apenas que proveen ese tipo de trabajo gratuitamente [...]” (2018, p. 28).

En el capitalismo y sus etapas de crisis, cada vez más repetitivas, los procesos de reconfiguración del sistema político y económico: políticas neoliberales, ajuste estructural, reestructuración productiva y flexibilización laboral (Cuellar y Noriega, 1996) junto con el movimiento feminista en los setentas generaron cambios en la división social del trabajo; lo que permitió la incorporación de las mujeres a espacios

laborales que antes habían sido exclusivos de los varones y marcaron una diferencia histórica en la que se fortaleció una nueva división técnica y social del trabajo.

Si por un lado, estos cambios son producto de la lucha de las mujeres por ejercer sus derechos fundamentales y ocupar espacios laborales, incluso muchas de ellas son jefas de hogar, por el otro, perduran las desigualdades en las condiciones del trabajo femenino. La división sexual del trabajo es el telón de fondo de esas desigualdades, que repercutirán en distintos ámbitos de las vidas de las mujeres y abren paso para lo que se denomina como la doble jornada y sus efectos en la construcción de sus trayectorias: “El círculo vicioso de la desigualdad generada por la obligatoriedad social del trabajo doméstico, particularmente de cuidado, por parte de las mujeres, explica en gran medida la ausencia de las mujeres en la política y en la toma de decisiones en general” (CEPAL, 2011).

El trabajo femenino en la pandemia de COVID-19

La pandemia provocada por COVID-19 y la emergencia sanitaria en

distintos países, específicamente, en nuestra región, América Latina (Lima, Buss y Paes-Souza, 2020) impacta de manera devastadora a la clase trabajadora que ya padecía las consecuencias de la crisis del sistema capitalista desde mediados de los setentas (Abagaro y Cuéllar, 2019; Antunes, 2020). Aunado a ello, se desvanece la separación entre el ámbito público y privado de la vida cotidiana en razón de la pandemia y parecen profundizarse las desigualdades de género en el medio de la crisis sanitaria.

Precisamente, es en ese contexto que recae mayormente sobre las mujeres toda la clase de trabajo doméstico, la crianza de niñas(os) y cuidados de adultas(os) mayores, además del teletrabajo, en la modalidad home office, en razón de la necesidad de aislamiento social/confinamiento (Unidiversidad, 2020). La investigación “Mujer y trabajo remoto durante la Covid-19”, realizada por la Universidad de Navarra, arroja informaciones que posibilitan acercarnos a la situación de las mujeres y la ejecución de las tareas domésticas durante a la pandemia:

El mencionado estudio refleja que las mujeres encuestadas fueron interrumpidas en su trabajo por cuestiones familiares -principalmente atender a hijos y dependientes- en un 20% más que los hombres. Así mismo tuvieron un 9% más de interrupciones en los asuntos familiares a causa del trabajo. También muestra que las mujeres han tenido un 20% más de fatiga que los hombres, entendiendo esta como “la disminución temporal de la eficiencia mental y física, debida a la presión externa a la que la persona se encuentra sometida”; y han sufrido estrés en un 16% más, definiendo estrés como “un estado de cansancio mental provocado por exigencias de rendimiento que suele provocar diversos trastornos físicos y mentales”. Cuando se habla del teletrabajo o home office, se hace referencia a las ventajas de este; por ejemplo, el ahorro en tiempo de traslado y menos estrés por el tráfico. En el caso de las mujeres, sin embargo, el incremento en el gasto de servicios en casa, se suma el tener que malabarear entre el trabajo y las tareas domésticas, las cuales han sido históricamente relegadas a las mujeres de manera no remunerada (Vega, 2020: 1).

Como se observa, el trabajo doméstico, la labor de cuidados y/o crianza y la jornada laboral en home office conforman lo que se ha denominado de una “triple jornada” experimentada por las mujeres en la pandemia. Además, la cuarentena las obliga a realizarla simultáneamente y en el mismo lugar. Es posible señalar algunas de esas tareas: la higiene y preparo de los alimentos, la limpieza del hogar – trabajo doméstico que a veces era realizado por otras mujeres de manera remunerada; la crianza de hijas(os) y/o el cuidado de adultas(os) mayores; además de la labor que provee sus ingresos, antes desarrollada en otros espacios físicos. Asimismo, hay otros escenarios posibles como las mujeres que perdieron sus trabajos en razón de la crisis sanitaria y se quedaron sin ingresos para la manutención de sus hogares.

Las exigencias del trabajo realizado desde sus domicilios requieren mayor

atención, resolver problemas en solitario, lo que aumenta la intensidad y el esfuerzo físico y mental para mantener los ritmos de trabajo. Sumado a ello, se incrementa la carga laboral, con el trabajo doméstico y el mantenimiento del hogar. Se mezclan los espacios: donde antes se recuperaba la fuerza de trabajo, de descanso, de relajación – el espacio privado – hoy es el lugar en el cual las(os) niñas(os) deben llevar a cabo las tareas escolares, el juego, se cuida, se limpia y se realiza el trabajo remunerado, a través de tecnologías desconocidas y sin el entrenamiento necesario para utilizarlas.

Aunque esa situación ha sido mencionada en algunos medios de comunicación (CIEG UNAM, 2020), se considera necesario profundizar el debate respecto al tema y realizar investigaciones en nuestro contexto latinoamericano, puesto que las desigualdades en la ejecución del trabajo doméstico generan sufrimiento emocional, físico y psíquico para las mujeres de nuestra región e impactan en su proceso salud-enfermedad-atención.

- Abagaro, C. y Cuéllar, R. (2019). “Trabajo, fuerza de trabajo y salud y el capitalismo tardío. Una mirada a la crisis en curso”. *Revista Estudos do Trabalho*, Vol. IX, Núm. 23: 109-133.
- Abramo, L. y Valenzuela, M. E. (2016). “Tempo de trabalho remunerado e não remunerado na América Latina: uma repartição desigual”. En: Abreu, A., Hirata, H. y Lombardi, M. R. (Org.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo Editorial, 113-123.
- Antunes, R. (2020). *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado* [recurso eletrônico]. São Paulo, Boitempo Editorial.
- Ávila, M.B. y Ferreira, V. (Org.) (2014). *Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres*. Recife: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, Instituto Patrícia Calvão.
- Biroli, F. (2018). *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. São Paulo, Boitempo Editorial.
- CEPAL (2011). *Las mujeres cuidan*. Boletín 2. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <https://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/6/43266/P43266.xml&xsl=/mujer>

- Chávez, M. (2010). *Trabajo femenino: las nuevas desigualdades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas.
- CIEG UNAM (2020). *Trabajo doméstico y de cuidado*. Notas. Covid-19 y género. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <https://cieg.unam.mx/covid-genero/notas-trabajo-domestico.php>
- Cruz, A. C., Noriega, M. y Carduño, M. A. (2003) “Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 19, Núm. 4: 1129-1138.
- Cuéllar, R. y Noriega, M. (1996). “Modernización, condiciones de trabajo y salud”, *Salud de los Trabajadores*, Vol. 4, Núm. 1: 5-15.
- Lawson, M., Parvez, A., Harvey, R., Sarosi, D., Coffey, C., Piaget, K., y Thekkudan, J. (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. OXFAM International, el poder de las personas contra la pobreza. Recuperado el 24 de agosto de 2020, de <https://www.oxfam.org/es/informes/tiempo-para-el-cuidado>
- Lima, N., Buss, P. y Paes-Souza, R. (2020). “A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 36, Núm. 7: 2-4.
- López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006). “Desigualdades en Salud”: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?”, *Salud Colectiva*, Vol. 2, Núm. 1: 61-74.
- Mazzei, C. (2004). *A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização*. Campinas-SP: Autores Associados.
- Oliveira, O. (coord.) (1991). *Trabajo, poder y sexualidad*. México D.F., El Colegio de México.
- OIT (1996). *Dice la OIT: Las mujeres constituyen el grueso de los trabajadores más pobres*. Publicado el 30 de julio de 1996. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_008423/lang-es/index.htm.
- OMS (2018). *Género y salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/gender>
- OPS (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valor el trabajo no remunerado*. Recuperado el 24 de agosto de 2020, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6034/LA%20ECONOMIA%20INVISIBLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, D. y Cooper J. (Comp.) (2005) *El debate sobre el trabajo doméstico*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas.
- Sorj, B. (2009). “Trabalho remunerado e trabalho não-remunerado”. Em: Venturi G., Recamán, M. y Oliveira, S. (Org.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 107-119.
- Unidiversidad (20 de marzo de 2020). *Pandemia y aislamiento aumenta la carga sobre las mujeres*. Unidiversidad. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <http://www.unidiversidad.com.ar/la-pandemia-y-el-aislamiento-aumenta-la-carga-sobre-las-mujeres>.
- Vega, I. (16 de julio de 2020). *La doble explotación de las mujeres en tiempos de home office*. La Izquierda Diario. Recuperado el 25 de agosto de 2020, de <https://www.laizquierdadiario.com/La-doble-explotacion-de-las-mujeres-en-tiempos-de-home-office>

Breno Bringel
Geoffrey Pleyers
editores



Alerta global

**Políticas, movimientos sociales y futuros
en disputa en tiempos de pandemia**



<http://biblioteca.clacso.edu.ar/>

La salud. Una mirada retrospectiva y los nuevos tiempos

Artículo con modificaciones, publicado originalmente en el diario “El Universal” el 3 de julio de 2020

En el siglo XVIII, nos plantea M. Foucault (“La política de la salud en el siglo XVIII”, en Estrategias de poder), surge un modelo de organización sanitaria que tiene correspondencia con la sociedad disciplinaria. Destacan en el modelo distintas dimensiones: confinamiento estricto, cartografía del control, supervisión visible, información centralizada, control numérico de los vivos y los muertos, desinfección periódica de los espacios, en su conjunto como producto de la sociedad disciplinaria, regida por la vigilancia y el castigo. La razón del modelo se sustenta en el combate a la lepra y la peste. El discurso hegemónico se concreta en un modelo biomédico. Las autoridades sanitarias de los gobiernos son las encargadas de su formulación.

Sin duda las poblaciones estaban angustiadas, hartas del confinamiento. Es cierto, con mucho menos información sobre la relevancia de la higiene y en condiciones de infraestructura urbana nada comparable a la condición actual del saneamiento básico como el drenaje y el agua potable, sin aparatos electrónicos que hacen más soportable y llevadero el encierro. Pero emocionalmente –y en el horizonte de un tiempo incierto-, hay mucho de encuentro entre las condiciones del siglo XVIII y el XXI, en la objetualización del cuerpo y las salidas asépticas desde lo biológico.

En el siglo XVIII, no hay textos que den cuenta de la situación social que se vivía. Es el trabajo de pintores y novelistas, sobre todo los primeros, que ilustraron el rictus del dolor, la desesperanza y la soledad de esos acontecimientos. Con el arribo de la sociología o la psicología en los siglos XIX y XX, las teorías del sujeto y los metadiscursos ocuparon la atención de esas disciplinas para representar los sucesos que se vivieron.

En el siglo XXI, los gobiernos han utilizado poco los marcos teórico-metodológicos de las ciencias sociales para la formulación diagnóstica y la resolución de las problemáticas de interés público, específicamente en lo referido a la salud. Sigue predominando el modelo biomédico, lo que, además, le da un sesgo intencionalmente construido al escenario social, de que se trata sobre todo de una crisis sanitaria provocada por un virus, no asimismo del capital y la sinergia de las desigualdades sociales que contribuye a profundizar las desigualdades en salud.

Alejandro Espinosa Yáñez
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

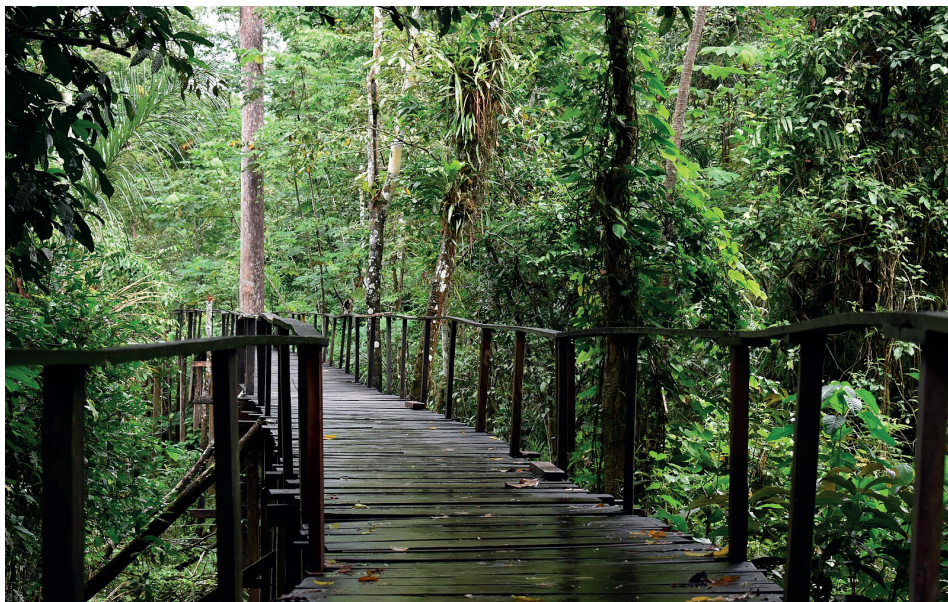


Foto: Licencia libre de derechos.

El siglo XX, ese del “despliegue de maldad insolente, ya no hay quien lo niegue” (tango Cambalache, 1935), continúa la lectura del cuerpo como máquina, lo que no ignora la impronta científica de L. Pasteur, así como de la Administración Científica del Trabajo y, sin casualidades, del encuadramiento de la medicina producto del Informe Flexner en 1910. Se trata de “referentes insoslayables del proceso anterior; a partir de los cuales se toma de la forma de producción dominante —la máquina— la concepción del cuerpo [...] y de la causalidad microbiológica, la respuesta a la búsqueda de una teoría de las enfermedades”, señalará Spinelli (2005, p. 315).

Sin embargo, en el siglo XXI, aludiendo a la experiencia mexicana —lo mismo ocurre en otras latitudes—, y sin soslayar evidencia empírica y narraciones científicas que aluden a la complejidad del mundo moderno, el caso de la salud mental ocupa un lugar central en la cotidianidad. No en vano, por ejemplo, en el 2012 se registraron aumentos en las cuotas de los hospitales psiquiátricos hasta de mil por ciento, lo que se relacionaba estrechamente con el crecimiento exponencial de la demanda. Asimismo, un año después, en

el 2013, se informaba por varias fuentes que al crecimiento de la violencia le correspondía un aumento del 30% en el número de enfermedades mentales. Se alude al secuestro y el crecimiento de las adicciones, relacionadas con la depresión, lo que se manifiesta, entre otras cosas, en la mayor prevalencia del suicidio. Por ejemplo, la población rural en el Producto Interno Bruto ha caído; sin embargo, en lo que hace a la tasa de suicidio, mantiene una tendencia en absolutos y relativos que no corresponde, paradójicamente, con su caída poblacional. Es decir, que hay un problema agudo que está manifestándose en esta situación.

Por cierto, un medio de suicidio, en incremento en la población rural e indígena, es la ingesta de agrotóxicos (folidol, glifosato); de ahí la certeza y paradoja de cuando se señala que lo que daña Monsanto, lo cura Bayer (Bayer, sin ironías, compraba lotes de mujeres en Auschwitz para experimentos, cf. “<https://www.radiojai.com/index.php/2020/01/30/40232/cuando-bayer-compraba-lotes-de-mujeres-en-auschwitz/>, esa historia propia del “huevo de la serpiente”).

En tiempos recientes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala

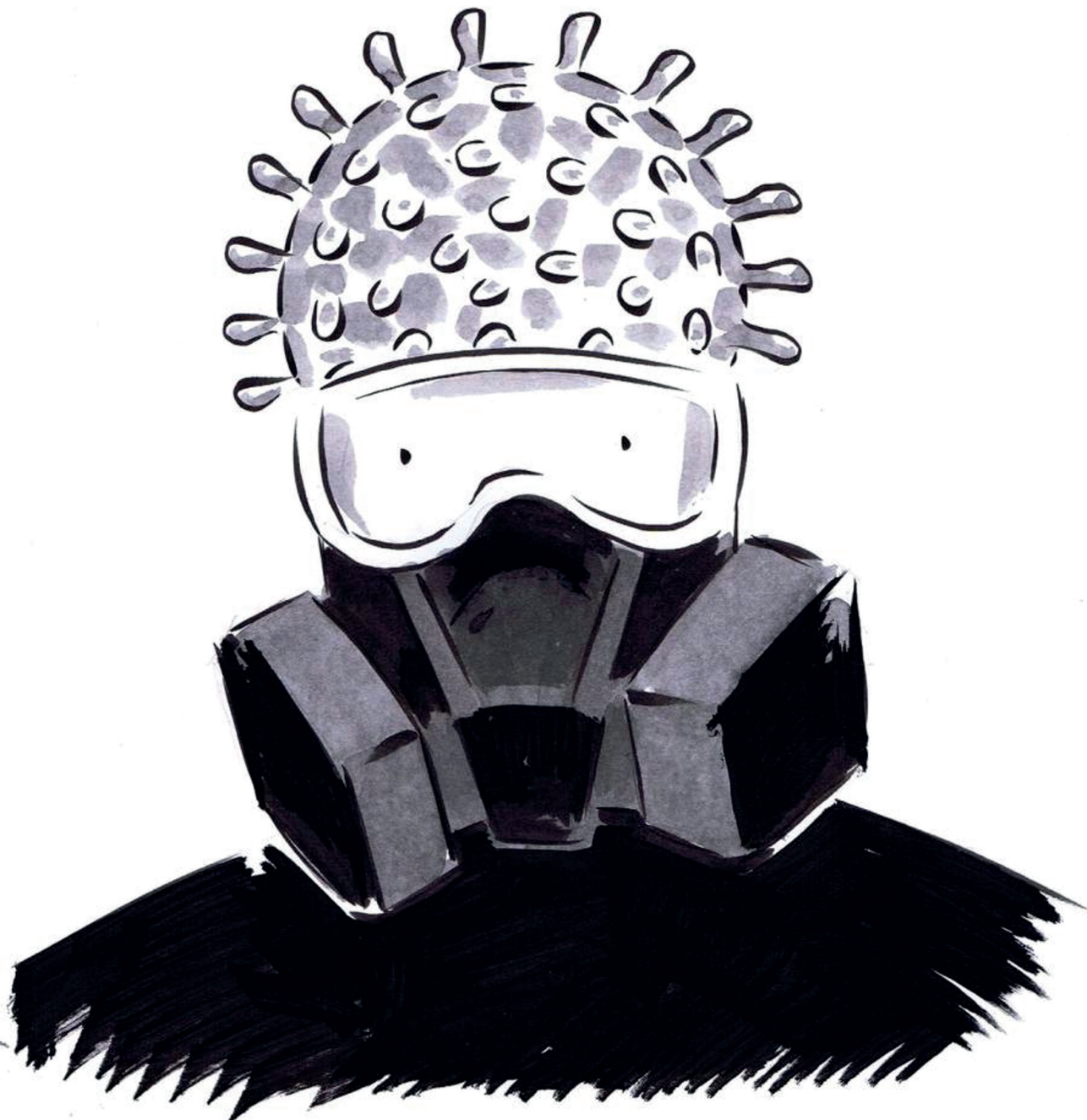
que el estrés afecta a 75% de los trabajadores y que aproximadamente el 15% de las consultas médicas están relacionadas con este problema de salud —subrayemos eso, los trabajadores, así como no ignoremos el aumento exponencial en los últimos años del consumo de clonazepam (y de ansiolíticos en general)—, que se decanta en un 25% de los infartos ligados a este mal: diabetes, hipertensión arterial, ansiedad, depresión, falta de apetito sexual, cansancio. La OMS planteaba que en 2020 el estrés sería la segunda causa de padecimiento en el mundo; aproximadamente el 15% de las consultas médicas están relacionadas con el estrés. Todo esto cuando nos alcanzó la pandemia, con diabetes, hipertensión arterial, ansiedad, depresión, y con un almanaque al que queremos darle vuelta.

Es decir, si la pandemia no conoce fronteras, las afecciones mentales tampoco. En su recorrido desbordan los muros de los espacios laborales, tocan a la gente del sector informal, se introducen y penetran en las dinámicas ordinarias en los hogares, en los mercados; hacen surcos en las zonas rurales e indígenas. El encierro es para salvar vidas, pero también daña la vida. La respuesta en el siglo XXI a la pandemia no puede ser solamente biomédica y con medidas higiénico-preventivistas. Al lado de los epidemiólogos y virólogos, con ellos, es necesaria la presencia de psicólogos, economistas, sociólogos, en un espacio dialógico amplio y productivo. La mirada parcial entrecierra otras posibles rutas para encarar los impactos del virus.

Referencia

SPINELLI, Hugo. “Condiciones de salud y desigualdades sociales: Historias de iguales, desiguales y distintos”. En: Minayo, Maria Cecilia y Coimbra Jr., Carlos E. A. (orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro, Brasil, Editora Fiocruz, 2005, pp. 315-331.

DESMONTARON LA SANIDAD PÚBLICA, PERO CUANDO
LLEGÓ EL VIRUS LA RECLAMABAN...



EL ROTO

Viñeta de Andrés Rábago El Roto, reproducida con su autorización

Esperanza de vida y Esperanza en la vida

*Cinco caminos cortados que no encontrarán
la luz...*

Ángel Parra, La suerte de mi compadre

Muertes evitables

Es un viernes de finales de abril del 2020 y ha anochecido en Cuentepec, comunidad nahua del poniente de Morelos. Bernardo y Luis están sentados en la banqueta, platicando en la placita central del pueblo. Pasan a su lado unos jóvenes ebrios y sin mediar palabra los balacean. Las rencillas entre familias, de larga data, se disparan, literalmente, con la ingesta de alcohol.

Bernardo muere a causa de la añeja venganza de sangre entre los Rodríguez y los Acevedo; Luis sobrevive. En el velorio de Bernardo, entre otros deudos, Eulogio, tío del occiso y su esposa Severina se contagian de una fuerte gripe que clínicamente coincide con la covid-19. Pero su condición, en diversos sentidos, no les permite acceder a prueba diagnóstica alguna de laboratorio, ni al saturado hospital que se encuentra en la cabecera municipal. Recurren a una farmacia de “Similares”. Eulogio fallece.

Entre la cuenta no oficial de los cerca de cincuenta muertes atribuibles en Cuentepec a la covid-19, tres de ellas, en otra familia que no es ninguna de las dos mencionadas, propician a su vez que un joven del mismo núcleo, abrumado, se quite la vida lanzándose a la barranca del río Tembembe.

Paul Hersch Martínez
Instituto Nacional de Antropología
e Historia



Representación de un escolar de Cuentepec sobre los riesgos y problemas percibidos en su comunidad (en González Chávez, 2020:28).

En ese mismo lapso y comunidad, coincidiendo con estos tiempos de aceleración tecnológica de los medios de comunicación —que no necesariamente de entendimiento mutuo— la aparición en facebook de una fotografía trucada dispara la murmuración, al insertar la imagen de un desconocido junto a la de Isabel, una joven madre cuyo marido se encuentra trabajando en el norte. La fotografía falsificada atraviesa la frontera y llega al migrante. La joven, incapaz de lidiar con la difamación, opta a su vez con desafortunado éxito por el suicidio, mediante la ingesta de pastillas del gramoxone que se usa para evitar las plagas al momento de almacenar el maíz, e Isabel las usará para evitar la vergüenza. Pero ella no recurrió al rebozo para ahorcarse, como lo hiciera hace ya tiempo Fulgencia, otra joven esposa en la misma comunidad para cancelar en definitiva una relación conyugal marcada por la violencia del marido, ante la noticia de que regresaba del norte.

Así las cosas, desde una perspectiva incluyente de la epidemiología, o mejor, desde una epidemiología total... ¿Qué se registra y qué no? ¿Qué amerita atención y qué no?

En esta difundida necesidad y presión de medirlo todo, la cuenta de los muertos por la covid-19, tanto la diaria como la acumulada, cobra protagonismo como marcador evolutivo de la pandemia. Llevar la cuenta, sin embargo, no significa que nos demos cuenta cabal de lo que sucede.

Las cifras, en su indiscutible relevancia, parecieran sintetizar el alcance de la pandemia, aunque a otros ojos y sensibilidades, también la experiencia de un solo “caso” puede bastar para asomarnos, aunque sea sucintamente y de otra manera, a la vastedad y hondura de lo que implica.

Una comunidad marginada cultural, económica y políticamente, con o sin virus, atestigua la persistencia de las venganzas de sangre, en las cuales el alcohol funciona como detonante de una

violencia tan crónica como naturalizada, en el marco de conflictos interfamiliares por tierras y recursos. Y esos conflictos se generan no por un atavismo originario, sino porque existe un medio carente de instituciones confiables y de mecanismos solventes de impartición de justicia.

A su vez, la carga laboral intensiva y desgastante del ejercicio de la albañilería en quienes salen de Cuentepec a trabajar a otras ciudades del estado forma parte del cuadro. La marginación de la comunidad se expresa también en la precariedad de los servicios de salud, que se topan con la pandemia en condiciones de desmantelamiento institucional. Los contagios no son accidentales y tampoco el subregistro, distribuido diferencialmente. El acceso a “redes sociales” virtuales dispara letalmente el efecto de la murmuración en un pueblo pequeño, mientras el temor a retornar a una vida de violencia conyugal es otro camino más a la desesperanza patogénica. Son todos eslabones

críticos (Núñez Urquiza, 2004) de una cadena que demanda la acción concertada de lucha por una verdadera salud colectiva.

Desde una perspectiva epidemiológica incluyente y en un recorte breve de una vasta dinámica, aparece una concatenación de hechos concretos susceptibles de un análisis somero. En ese cuadro, las grandes formas de dominación se plasman en escenarios compartidos de riesgo y en dinámicas locales que derivan a su vez en daños y sufrimiento evitables. La conciencia de esa evitabilidad tiene un carácter ineludiblemente moral y político.

Esperanza de vida y esperanza en la vida

Hoy podemos visualizar, a propósito de la pandemia de covid-19, un motivo más de atención en el campo de la epidemiología, aunque no es nuevo; se trata de la necesidad de una reflexión

que parta de un indicador clave en el campo de la salud pública, que es el de la esperanza de vida, para de ahí explorar otro indicador posible, relacionado, pero eminentemente cualitativo, que es el de la esperanza en la vida.

En términos estadísticos, la progresión positiva de la esperanza de vida se ha estancado en México por efecto de la creciente mortalidad en el grupo etario entre los 15 y 29 años, en particular en hombres a causa de la violencia (Aburto y cols., 2016; González y Vega, 2019; Martínez, 2019). Ello, aun sin considerar el impacto de la mortalidad generada en el transcurso del 2020 por la Covid-19 en el cálculo de la esperanza de vida a nivel general.

Por supuesto, no se puede tener esperanza en la vida, si no se dispone de vida (o de vida vivible) en la cual depositar esa esperanza. No es un juego de palabras. No lo es en particular respecto a las generaciones jóvenes, cuando nuestra sociedad se encuentra ante el desafío de reconocer la relevancia crí-

tica de su esperanza en su vida, y por consiguiente de protegerla, a contrarriente de las condiciones actuales que la vulneran.

Y cuando a propósito de la covid-19 se habla del retorno a la “normalidad” o de generar hoy una “nueva normalidad”, cabe cuestionar el regreso a la normalidad patogénicamente estructural que imprime a la pandemia su sello, replicando en ella no sólo sus propias características de desigualdad y exclusión, sino de desesperanza. Y si las vacunas, con su potencial de protección (pero también de utilidad político-electoral y económica) generan esperanza, ¿es para retornar vacunados ojalá contra el virus, pero inmunizados frente a qué condiciones sociales y ambientales? ¿a las mismas? O en un alcance más amplio, ¿cuál es la inmunización posible contra la exclusión social? ¿qué laboratorio la ha de producir, y con qué medios o procesos?

No va a salir de laboratorio alguno: no atañe a la técnica; no impactará la



Viñeta de Andrés Rábago El Roto, reproducida con su autorización

bolsa de valores, no a la de los valores esenciales. Es política y remite a la construcción de ciudadanía.

La estructuración social dominante es ya la enfermedad del planeta. El diminuto virus sólo pone en evidencia el efecto damnificador —y por tanto desesperanzador— de la sinergia en que operan las tres grandes formas de dominación a que se refiere Santos: el capitalismo, la colonialidad y el patriarcado (2018: 28) que, es preciso plantear desde una perspectiva sanitaria, operan como lo que denominara Bibeau como “dispositivos patogénicos estructurales” (1992).

En ese marco, visualizar a la protección de la esperanza en la vida como un imperativo específico actual en nuestra sociedad, a pesar de su amplitud, lleva a reconocer en esa tarea un asunto de salud pública. Se trata de una tarea con una focalización, porque la esperanza en la vida tiene particular relevancia en el grupo etario de los jóvenes, al ser éste un segmento poblacional determinante para cualquier comunidad y cualquier proceso de transformación social: es de ahí que ha partido históricamente mucho del riesgo y de la innovación que han posibilitado esos procesos, sin que ello implique ignorar el aporte de todos los integrantes de la sociedad.

Horizontes de riesgo y desesperanza

Ahora bien, al abordar los factores de riesgo, sabemos que la tendencia dominante a acotarlos a su dimensión individual, como sucede en ese mismo sentido con los “estilos de vida”, resulta útil a la persistencia de la causalidad estructural del daño. Una perspectiva colectiva de la salud pública implica necesariamente, sin embargo, contextualizar la expresión individual indiscutible de esos factores en el marco de los procesos sociales, de lo que resulta la pertinencia de visualizar horizontes y escenarios compartidos de riesgo.

Una reflexión en torno a la esperan-

za en la vida no puede pasar por alto la relevancia de las aproximaciones que desde la psicología han focalizado a la desesperanza como motivo de análisis. Víctor Frankl planteaba al respecto la relación entre el sentido de la vida y la motivación para vivirla, en tanto que lo contrario, la ausencia de sentido, se asocia con la frustración y la desesperanza (González y Hernández, 2012; García, Gallego y Pérez, 2009).

Estos trabajos desde la psicología establecen el alcance de la desesperanza como factor predisponente del suicidio, de tiempo atrás otro creciente problema de salud pública, en particular entre adolescentes y jóvenes a nivel mundial y nacional (De Leo, Bertolote y Lester, 2003; Dávila y Pardo, 2020). Además del impulso por quitarse la vida, la desesperanza ha sido asociada a una diversidad de condiciones psicopatológicas (depresión, esquizofrenia, alcoholismo, sociopatía) así como a enfermedades físicas; sin embargo, si durante mucho tiempo este término de la desesperanza se tomó simplemente como una sensación difusa, y por tanto demasiado vaga y amorfa como para ser sometida a estudios cuantitativos y sistemáticos, el esfuerzo progresivo por objetivarla derivó en su caracterización como un sistema de expectativas negativas en torno a la propia persona y su futuro de vida, y en ese marco es que existe de hecho una escala de desesperanza (Beck y cols, 1974) que ha sido evaluada en México, y donde la pérdida de motivación y las expectativas negativas sobre el futuro son predictores consistentes de desesperanza y riesgo suicida (González y Hernández, 2012). Desde dicha escala y mediante la inclusión de elementos sociodemográficos, emergen a su vez condiciones predisponentes de desesperanza, como la insuficiencia económica, la ausencia de apoyo familiar o la exposición a experiencias humillantes (Córdova y Rosales, 2010).

Desde una perspectiva de salud colectiva, la esperanza en la vida y la des-

esperanza tienen una determinación y un alcance social que se concretan en el marco de los horizontes compartidos de riesgo, a través de la sinergia existente entre los dispositivos patogénicos estructurales antes mencionados. Esta sinergia impacta no sólo la esperanza de vida, sino la esperanza en la vida: genera patrones específicos de desatención que en los hechos inmediatos y cotidianos anulan la relevancia del cuidado de la vida como imperativo compartido, lo que deriva en una sociedad generadora de desesperanza, soslayada como un asunto ajeno a la salud pública y a las políticas públicas.

Y en ese contexto, se ha planteado que la misma educación y escolarización de los jóvenes naturaliza la exclusión y la desesperanza al construir para la juventud un futuro incierto, ofreciendo un presente amenazante, en términos que a la fecha se han agudizado desde varias vertientes:

Quando más de la mitad de los jóvenes está fuera de la escuela, cuando miles de ellos habitan las calles en un estado permanente de intoxicación; cuando los índices de suicidio juvenil son cada vez más preocupantes; cuando el fenómeno de la migración es escandaloso —de acuerdo con Naciones Unidas, migran de México 225 mil jóvenes al año—, cuando leemos en los resultados de las encuestas juveniles que su proyecto de vida es “ganar bien”; cuando el narcotráfico y la llamada delincuencia organizada se ha empeñado en cooptar a buena parte de los jóvenes del país, cuando el desempleo acosa y el trabajo informal capitaliza básicamente a la población juvenil, ¿de qué estamos hablando? (Gil y Soto, 2008: 78)

Estamos hablando de la confluencia de una serie de factores sociales que además se han exacerbado en los últimos años.

Miedo y esperanza

Así, aquí cabe citar a Santos, porque su reflexión tiene implicaciones di-

rectas para la nuestra en el campo de la salud:

Dice Spinoza que las dos emociones básicas de los seres humanos son el miedo y la esperanza. La incertidumbre es la vivencia de las posibilidades que surgen de las múltiples reacciones que pueden existir entre ambas. Puesto que estas relaciones son diferentes, los tipos de incertidumbre también lo son. El miedo y la esperanza no se distribuyen por igual entre todos los grupos sociales o épocas históricas. Hay grupos sociales en los que el miedo supera de tal modo a la esperanza que el suceder del mundo les pasa por delante sin que puedan hacer que el mundo suceda. Viven en espera, pero sin esperanza. Hoy están vivos, pero en tales condiciones que mañana podrían estar muertos. Hoy alimentan a sus hijos, pero no saben si mañana podrán hacerlo. La incertidumbre en que viven es descendente, porque el mundo les pasa de formas que dependen poco de ellos. Cuando el miedo es tanto que la esperanza desaparece por completo, la incertidumbre descendente se vuelve abismal y se convierte en su opuesto: en la certeza del destino de tener que sufrir el mundo por injusto que sea (2016: 331)

En nuestra sociedad, el miedo y la esperanza no sólo se distribuyen de manera diferencial, sino que se administran política y económicamente, casi tanto como la incertidumbre que, como afirma el autor citado, se ubica en algún punto entre ambas, lo que puede ilustrarse, por ejemplo, con el tema de los seguros médicos y de vida en el ámbito privado. Y la esperanza a la que se refiere corresponde al fin al segundo indicador posible, el de la esperanza en la vida, que no necesariamente se expresa en años o en cifras, pero lo que resulta pertinente destacar aquí es que media en la producción de la salud, tanto individual como colectiva y de ahí señalar la dimensión colectiva de su contraparte, la desesperanza en la vida, nodo en definitiva patogénico, causa y efecto a la vez, no sólo en el campo de los afectos y las emociones, sino en términos fisiológicos, metabóli-

cos, de salud corporal.

Si el horizonte anunciado de colapso ambiental planetario, ya manifiesto crecientemente en cambios climáticos, contaminación y disminución de la biodiversidad es aun hipotéticamente evitable, la incertidumbre global que genera, potenciada por el modelo económico dominante que origina en mucho ese proceso antropogénico, remite a la etiología de la desesperanza que viven hoy numerosos jóvenes con información, en tanto que muchos otros más, por sus condiciones de precariedad y de lucha cotidiana por la sobrevivencia, la viven en su realidad inmediata.

A su vez, la reducción del mundo al alcance centrado en el individuo, limitado al radio de sus intereses personales, puede ser causa y efecto de esa desesperanza. En esas condiciones ya limitadas, los horizontes se acotan aun más, porque el futuro, en su vida, pareciera limitado o incluso inviable. Perfilado un futuro incierto, de desesperanza, de incertidumbre abismal, el pensar en una vida a largo plazo es un asunto propio o característico de los jóvenes, tal como proyecta la evolución histórica del indicador denominado esperanza de vida, pero se vuelve problemático: ¿Para qué traigo niños al mundo? ¿Para qué me aventuro a compromisos? Y entonces surge en toda su crudeza la máxima capitalista esencial del sálvese quien pueda. De ahí que la necesidad de partir del pesimismo del intelecto se deba atemperar con el optimismo que nace de la voluntad, como afirmara Gramsci (1981:139) y destaca hoy el mismo Santos.

Pero además, así como el indicador de esperanza de vida permite ubicar los efectos diferenciales que imprime a la salud individual la determinación social en sus diversas vertientes interconectadas en sinergia, también a nivel colectivo existe y opera la esperanza en la vida, en un determinado punto, ubicable en una línea continua, que tiene

en sus extremos a los polos de una plena esperanza y de una total desesperanza, correspondiendo a la incertidumbre descendente que se vuelve abismal referida por Santos, y que se transforma así en la certidumbre trágica de un destino irrevocable de sufrimiento.

Así, la desesperanza en la vida puede derivar (podemos plantearlo de manera empírica o explorarlo con método) en procesos resultantes de autodesatención, de falta de medios y referentes para dotar de sentido a la existencia, de enajenación respecto a la colectividad, de una incertidumbre abismal como la enunciada.

En este marco, cabe mencionar el problema que señalara Taylor respecto a una sociedad fragmentada, cuyos integrantes encuentran cada vez más difícil identificarse con su sociedad política como comunidad, donde las personas acaban considerando a su sociedad en términos puramente instrumentales, y donde la ausencia de una acción común eficaz hace que se vuelvan sobre sí mismas (1994: 142-143).

Por supuesto, en estas condiciones críticas hay sin embargo quienes refrendan hoy su compromiso con el futuro, involucrándose ahora mismo, lo que proviene de la indignación resultante de constatar las brutales injusticias del presente, y también de su propia capacidad de resistencia y de osadía ante los miedos programados. Ellos tienen hoy la palabra.

Y si lo inmediato debe ser sin duda alguna atendido, sin embargo un modelo incluyente de salud, que la concibe como derecho de ciudadanía; que implica acceso universal; que trasciende la persistente tendencia prescriptiva generadora de dependencia en individuos y comunidades; que integra: que subvierte la mercantilización a ultranza, la colonialidad, y el patriarcado; que no elude al diálogo y a la compasión como asuntos de su incumbencia; en fin, un modelo que procura la vida, no puede soslayar el cuidado formal de

la esperanza en la vida, tanto en su dimensión individual como colectiva.

¹ Los nombres de las personas han sido cambiados. Agradezco a Lilián González Chévez y a Yuridia Barreto Pavón, quienes aportaron el indispensable registro de estos testimonios.

Referencias

Aburto, José Manuel, Beltrán-Sánchez Hiram, García Guerrero, Víctor Manuel y Vladimir Canudas-Romo (2015), "Homicides in Mexico reversed life expectancy gains for men and slowed them for women, 2000-19", *Health Affairs* 35, 1:88-95, en: <https://images.app.goo.gl/CAjSpTgIT3p9dUWR6>

Beck, Aaron T., Weissman, Arlene, Lester, David y Larry Trexler (1974). "The measurement of pessimism: The hopelessness scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6): 861-865.

Bibeau, Gilles (1992), "¿Hay una enfermedad en Las Américas?: Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo". En: Pinzón CE y cols (eds) *Cultura y salud en la construcción de Las Américas: Reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología, Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, pp. 41-69.

Córdova Osnaya, Martha y José Carlos Rosales Pérez (2010), "La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo", *Psicología y Salud* 20(2): 195-201.

Dávila Cervantes, Claudio y Ana Melissa Pardo Montaña (2020), "Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017", *Revista Brasileira de Epidemiologia* 23: E200069, 1-14

De Leo, Diego, Bertolote, José y David Lester (2003), "La violencia autoinfligida", en: Krug, E.C., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y R. Lozano, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la



Viñeta de Andrés Rábago El Roto, reproducida con su autorización

Salud, Oficina Regional para las Américas, pp. 199-231.

García-Alandete, Joaquín, Callego-Pérez, José Francisco y Esteban Pérez-Delegado (2009), "Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico", *Universitas Psychologica* 8(2): 447-454.

Gil Montes, Verónica y Adriana Soto (2008), "Educación y escolarización de los jóvenes: ¿pedagogía de la exclusión y la desesperanza?", *El Cotidiano*, 152: 73-78.

González Chévez, Lilián y Yaretti Santana (2020). Diagnóstico participativo comunitario San Sebastián Cuentepec, Morelos, Centro de Investigación en Ciencias Sociales y estudios Regionales. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

González-Pérez, Guillermo Julián y María Guadalupe Vega-López (2019), "Homicidio juvenil en México y su impacto en la esperanza de vida masculina: variaciones geográficas y factores asociados", *Salud Colectiva* 15, en: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1712>

González Tovar, José y Alicia Hernández Montaña (2012), "La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck", *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2): 313-327.

Gramsci, Antonio (1981), *Cuadernos de la cárcel*, Tomo I, México: ERA.

Martínez, Fabiola (2019), "Por violencia y obesidad se redujo dos años la esperanza de vida", *Diario La Jornada*, domingo 2 de junio, p. 12, en: <https://www.jornada.com.mx/2019/06/02/politica/012n1pol>

Núñez Urquiza, Rosa María (2004), *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México.

Santos, Boaventura de Sousa (2016), "La incertidumbre, entre el miedo y la esperanza", en: *La difícil democracia. Una mirada desde la periferia europea*, Madrid: Akal, pp. 331-337.

_____, (2018), *O Fim do Império Cognitivo. A afirmação das epistemologias do Sul*. Coimbra: Almedina.

Taylor, Charles (1994), *La ética de la autenticidad*, Barcelona: Paidós.

ALAMES XVI CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA

1/2

SEDE REPÚBLICA DOMINICANA



Comunicado Público

El Comité Organizador del "XVI CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA 2020", en consenso con la Coordinación General de ALAMES al extenderles un abrazo caribeño y solidario en una época de crisis sanitaria, producto de la pandemia del COVID 19, a los Capítulos de País de ALAMES, a las redes temáticas de ALAMES, a los/as miembros/as, amigos/as, estudiantes e interesados en general; tiene a bien informarles que el XVI CONGRESO DE ALAMES, se ha postergado **PARA PRINCIPIOS DEL SEGUNDO SEMESTRE (JULIO/AGOSTO) DEL AÑO 2021**, debido a la pandemia covid-19 y su impacto a nivel mundial.

En nuestro país, a la fecha tenemos 94,241 personas positivas a covid-19, las cifras más altas en todo el Caribe, y con una circulación comunitaria activa del virus, lo que hace suponer que no se esperen mejorías a corto y mediano plazo por la predominancia de un enfoque clínico del problema.

Esta postergación se realiza atendiendo a las recomendaciones de las autoridades sanitarias del país, organismos especializados y miembros acreditados de ALAMES, dado el curso ascendente de la pandemia en República Dominicana. Sin embargo, continuaremos con el trabajo de organización del mismo, para garantizar su realización exitosa el próximo año.

En ese sentido, el equipo organizador informará oportunamente la fecha próxima del Congreso y estará en contacto permanente con todos los capítulos de país, redes y todos los interesados en asistir a este magno evento y ofrecerá detalles relacionados al congreso a través de los siguientes canales de comunicación:

1. Correo: alamesrd@gmail.com
2. Página Web del congreso <https://alamesrd2020.com/>
3. Página Web de ALAMES <https://alames.org>
4. Redes sociales /Facebook ALAMES RD <https://www.facebook.com/alames.rd>

En nombre del Capítulo Dominicano de ALAMES y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) organizadores principales del congreso, junto a la Dirección Internacional de -ALAMES- reiteramos nuestro compromiso con la organización de un congreso a la altura que toda Latinoamérica y el Caribe merecen en estos momentos de desafíos para el pensamiento y práctica crítica de la medicina social.

Cordialmente,

Equipo organizador REPÚBLICA DOMINICANA
Septiembre 2020



Colegio Médico de Oaxaca "Dr. Aurelio Valdivieso" A.C.

Oaxaca de Juárez, Oax., 26 de junio de 2020.

PRONUNCIAMIENTO

A LA OPINION PUBLICA:

El Colegio Médico de Oaxaca Dr. Aurelio Valdivieso rechaza y repudia enérgicamente las declaraciones públicas del exsecretario de Relaciones Exteriores Jorge Castañeda Gutman hechas en un canal de Televisa, transmitidas el 22 de junio del 2020, por ser discriminatorias, racistas y clasistas en contra de los oaxaqueños al referirse a **Putla de Guerrero, Oaxaca**, como un pueblo <<arrabalero>> y <<horroroso>>, a la vez que confesar el tráfico de influencias que realizó con ayuda de Héctor (Aguilar Camín) y Diódoro (Carrasco Altamirano, gobernador de ese entonces) para beneficiar a su hija Javiera Pinochet Morales y así cambiarla a otro pueblo <<un poquitito menos horroroso>> para realizar su servicio social como pasante de la carrera de Medicina.

En realidad, no sorprenden éstas sus manifestaciones despreciativas y viscerales ya que han sido recurrentes debido a su ideología antipopular, gracias a la cual fue designado secretario de Relaciones Exteriores por Vicente Fox, y con esta ideología representó a México ante el mundo, lo cual también explica el declive que la política exterior mexicana ha sufrido durante las últimas décadas.

No vale la pena, no es necesaria una disculpa pública a Oaxaca y a Putla de Guerrero pues Jorge Castañeda sólo fue una vez más brutalmente cínico al externar públicamente su ideología, antimexicana por antonomasia. Él es así y siempre lo será, su ideología es así por esencia y jamás cambiará. No tienen remedio.

Y en lo que atañe al área médica, que nos importa directamente, tampoco consideramos necesaria una investigación y fincar responsabilidades jurídicas acerca de su confesión pública del tráfico de influencias en que incurrieron Jorge Castañeda, Héctor Aguilar Camín y Diódoro Carrasco para alterar la normatividad del servicio social en Medicina y así beneficiar a su hijastra, la ahora médico Javiera Pinochet Morales. Lo cual desnuda por sí la catadura carente de ética de todos ellos.

Y si para Jorge Castañeda y su hijastra los adjetivos <<arrabalero>> y <<horroroso>> son la lejanía, ruralidad y marginación en que han transcurrido y transcurren miles de pueblos en Oaxaca y México, bien saben que ellos como gobernantes son de los principales responsables de tales situaciones en que han vivido esos miles de pueblos durante muchos años de regímenes de gobiernos que en contraparte así se han vuelto inmensamente ricos a costa de las precarias condiciones de vida de dichas poblaciones, entre ellas las oaxaqueñas.

Y gracias a que su padre también fue funcionario gubernamental y secretario de Relaciones Exteriores y vivió siempre del presupuesto público Castañeda ha vivido siempre en otro mundo, opulento y desvergonzadamente lujoso y poderoso, muy diferente del mundo real de la mayoría de oaxaqueños y mexicanos al que desprecia.

Por lo tanto, la comunidad del área de la salud representada por el Colegio Médico de Oaxaca Dr. Aurelio Valdivieso declara a **Jorge Castañeda Gutman** persona non grata para Oaxaca.

Posiblemente sería simbólico que al menos la Cámara de Diputados estatal tuviera la congruencia de declararlo persona non grata para Oaxaca.

Por lo demás, Oaxaca y Putla continuarán existiendo y luchando por su gente a pesar de los obstáculos como lo han venido haciendo siempre gracias a su cultura y a su historia de vida, sin importar, pero sin permitir la discriminación, la injuria y el clasismo racista propios de ideologías y psicologías afectadas por complejos de superioridad.

Atentamente,

COLEGIO MÉDICO DE OAXACA "DR. AURELIO VALDIVIESO" A.C.

Teletrabajo y tiempo personal

Transcripción de una presentación de Luis Bueno Rodríguez en Radio Educación el 27 de agosto de 2020 a partir de dos preguntas de relevancia actual

1. Ante la falta de normatividad en la materia ¿Cómo detectar cuando la patronal está cruzando la línea que divide el teletrabajo del tiempo personal?

2. ¿Qué retos se tienen por delante en la definición de normas para este tipo de trabajo, sobre todo en lo que tiene que ver con la salud emocional y la convivencia familiar?

Buenos días

Les saluda Luis Bueno Rodríguez, profesor-investigador de la UAM Iztapalapa y presidente del Centro de Investigación Laboral y Asesoría Sindical, CILAS.

Les comento que desde los inicios del Siglo XX los empresarios intentaron diversos mecanismos para evitar la “invasión” de la problemática emocional, sentimental, lúdica, de amistad, de la vida familiar y social de las trabajadoras y los trabajadores en su territorio empresarial porque tal “invasión” la consideraban como un estorbo a la racionalidad productiva. Llegaron a diseñar normas que lo prohibían. Ante la imposibilidad de lograrlo en el plano de lo humano -porque el pensamiento, las emociones y necesidades no tienen fronteras territoriales ni temporales-, y en la medida en que la separación del tiempo de trabajo del tiempo libre y privado es una creación artificial de la sociedad humana que impone la relación social asalariada -en los hechos existe no sólo una invasión de lo humano en la vida laboral sino de lo laboral en la vida familiar y el tiempo libre en general-, los empresarios optaron por cambiar la estrategia y aceptar e incluso promover su presencia para encausarlos en sus fines productivos y de aumento de la ganancia.

Ahora, en el siglo XXI, utilizando a la pandemia como catalizador, se intenta recuperar con nuevos bríos lo ya iniciado a fines del siglo pasado para impulsar un nuevo cambio en la estrategia. Utilizando o no las tecnologías de la información y la comunicación, combinada con el uso de estilos de gestión aparentemente democráticos, para disfrazar el ejercicio del mando o la subordinación y aparentar una relación no asalariada con falsos trabajadores autónomos, se pretende instaurar la disponibilidad a las 24 horas del día a un mayor número trabajadoras y trabajadores. Con el teletrabajo y el home office, ahora se trata de una estrategia de invasión justamente a la inversa: la del tiempo de trabajo sobre el tiempo per-

Luis Bueno Rodríguez
Área de Estudios Organizacionales
Universidad Autónoma Metropolitana,
Unidad Iztapalapa



Foto: Licencia libre de derechos.

sonal, con impactos negativos severos en la relación y condiciones laborales, pero también en el plano emocional, de la vida familiar y social.

Urge regular en la LFT estas nuevas condiciones laborales que se desarrollarían en territorios distintos al de la empresa contratante, sobre todo cuando se trata del hogar como espacio laboral y antes de que el teletrabajo sea utilizado para potenciar el uso ya indiscriminado del outsourcing y los contratos temporales y de tiempo parcial o por horas, con lo que aumentaría la intromisión en la vida personal.

La normatividad que se establezca debe tener el propósito de disminuir al máximo la “invasión” del tiempo personal y eliminar los efectos negativos en la salud laboral, incluida la emocional y las afectaciones a la convivencia familiar y social. En tal sentido, debe contener las siguientes **CRITERIOS O CONDICIONES**:

1. Reconocimiento de la condición de trabajo asalariado de cualquier tipo de labor que se desarrolle fuera del territorio de la empresa, sobre todo en el domicilio de las trabajadoras y trabajadores.

2. Obligación de los patrones de realizar acuerdos con los sindicatos, siempre con la consulta previa y democrática de las trabajadoras y trabajadores y, sobre todo, con el acuerdo de las trabajadoras y trabajadores directamente implicados en el teletrabajo.

3. Eliminación de los falsos contratos temporales y de servicios profesionales o similares, la disminución de la jornada de trabajo de tiempo completo y aumento de las vacaciones, con la eliminación de los contratos por hora.

4. El derecho de las trabajadoras y trabajadores de acomodar los hora-

rios de la jornada laboral, continuos o discontinuos, de acuerdo con sus condiciones familiares particulares.

5. Condiciones salariales y laborales y prestaciones iguales a los de las trabajadoras y trabajadores presenciales. Inclusión de los gastos derivados de la compra y uso de equipos, conexión telefónica e internet y nuevas tecnologías, y los del uso del espacio del hogar como gastos de la empresa.

6. Establecimiento de las enfermedades ergonómicas y psicosociales derivados del teletrabajo como riesgos de trabajo con todas sus consecuencias legales.

7. Derecho exclusivo de la trabajadora o del trabajador a la reversibilidad para el regreso a las labores presenciales o a una combinación, de acuerdo con sus circunstancias familiares particulares.



Viñeta de Andrés Rábago El Roto, reproducida con su autorización

Reseña

Coloquio “Miradas Sociales frente a la pandemia COVID19”

Como parte de la III Semana Nacional de Ciencias Sociales, organizada por el Consejo Mexicano de las Ciencias Sociales (COMECESO) desarrollada del 5 al 9 de octubre en formato virtual, y ante la emergencia sanitaria mundial por la pandemia COVID19, la cual es un problema de salud tanto de interés clínico como social, se realizó en el marco de esta semana el evento denominado: “Miradas en Ciencias Sociales frente a la pandemia de COVID-19”. El evento fue convocado por el Centro de Ciencia y Desarrollo de la Complejidad Humana (CCIDECH) de El Colegio Mexicano de Sociología S.C. (El COLMES), la Licenciatura de Sociología de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), La Universidad de la Sierra Sur de Oaxaca (UN SIS) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - México (ALAMES).

Se trató de la socialización de 15 miradas en medicina y ciencias sociales desde México y Latinoamérica sobre el fenómeno del COVID19, desde una complejidad fuera del reduccionismo solamente epidemiológico con que se aborda la enfermedad y a través del cual se vinculan muchas políticas de salud en Latinoamérica. ¿Es la epidemia por el virus SARS Cov 2 un problema exclusivo de lo biomédico?. El problema ha demostrado la necesidad de la mirada de las ciencias sociales ante los mayores problemas que trae esta epidemia: desigualdad, desempleo, pobreza, corrupción, violencia de género, protesta social, derechos humanos, hegemonía médica, dominación, entre otras.

El coloquio fue dividido en dos mesas, la primera se llevó a cabo el lunes 5, coordinada por el Mtro. Joel Reyes Hernández, de El COLMES, y el Dr. Edgar Bautista Jiménez por parte de ALAMES. Esa tarde inició el Dr. Ramón C. Rocha Manilla, médico e investigador de la Secretaría de Salud, exponiendo acerca de la morbi-mortalidad, sus determinantes sociales y sus complejos biológicos de las poblaciones indígenas en México frente al COVID19. Se trató de un abordaje que muestra una cierta ventaja de las poblaciones indígenas en su respuesta ante la pandemia COVID19, incluyendo esto las prácticas sociales de los pueblos originarios, además de alguna posible protección a partir de su contexto genético; quizá una mayor vulnerabilidad a las poblaciones mayas y menor en las poblaciones mixteco-zapotecas y nahuas. Luego, el Dr. Adrián Delgado Lara, profesor investigador de la Universidad de la Sierra Sur Oaxaca, planteó el tema de “La salud pública y la crisis por COVID19”, compartiendo referencias de cómo la Salud Pública es una disciplina rectora del modelo médico biológico, pero que es basada en las ciencias sociales. La Dra. Éricka G. Orozco Saúl, adscrita al Instituto Nacional de Cancerología, desde una mirada bio-social, desarrolló la importancia de la intervención en crisis para contrarrestar los efectos psico-sociales ante la epidemia COVID19. A su vez, el Dr. Antonio Hernández, quien se desempeña en el Gru-



3^a Semana nacional de las **CIENCIAS SOCIALES**



COLOQUIO

Miradas en Ciencias Sociales frente a la pandemia de COVID-19

5/6 octubre - 16-19h00 México

<https://www.facebook.com/EICOLMES>

po de Trabajo de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO, de El Salvador, planteó la experiencia que se desarrolla en el marco de la medicina social en ALAMES Centroamérica. Su tema giró sobre la mirada a la dinámica sociopolítica desde la sociedad, el Estado y la respuesta del Sistema de Salud frente al COVID19 en El Salvador. Posteriormente, la Dra. Lorena Moscovich, politóloga argentina, investigadora de la Universidad de San Andrés, desarrolló una perspectiva norteamericana en cuanto a la protesta social de los excluidos en tiempos del COVID19. Una aportación que permitió abordar la desarticulación de la colectividad social ante la exigencia de derechos que implica la pandemia y sus formas de interpretación desde el Estado. La Dra. Ana Rita Castro, profesora e investigadora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y también integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, llevó a cabo su participación aportando su reflexión sobre las políticas públicas y la epidemia en México. Finalizó la jornada con la participación del Dr. Ricardo Pérez Avilés, sociólogo, profesor e investigador de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quien ha dedicado

mucho de su trabajo al estudio de los conflictos sociales en defensa del medio ambiente. Expuso un conjunto de ideas en relación a la intervención social ante la epidemia COVID-19.

El martes 6 se desarrolló la segunda mesa del coloquio, coordinada por el Dr. Miguel Ángel Karam Calderón, profesor investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) y la Mtra. Rosa Isela Rentería Martínez, integrante de El COLMES. La jornada inició con la participación de los maestros Paulina Torres Aguilar, y Fernando Miguel Lara Gallardo, del Servicio Nacional de Bachillerato en Línea, Prepa en Línea-SEP, quienes de acuerdo a su enfoque laboral, plantearon la visión sobre la transformación morfológica de la educación en tiempos del COVID-19: la virtualidad. A su vez, la Mtra. Daniela Dávila García, socióloga, profesora investigadora de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, licenciatura de Sociología de la BUAP, planteó un enfoque centrado en los retos microsociales y su complejidad respecto a la articulación sistemática, marcando la mirada sobre el desarrollo comunitario ante el COVID19. La Mtra. Amanda Ramos

García, antropóloga, profesora investigadora de la Universidad Veracruzana Intercultural, enfocó su análisis en los efectos a los derechos humanos asociados con la pandemia COVID19 en México. Los sociólogos Hizamar Stefania García Gómez e Ignacio Antonio Ramos López, de la Universidad Autónoma Metropolitana, plantearon una mirada teórica bourdiana al visualizar al COVID-19 como una estrategia de dominación. El Dr. Paul Hersch, investigador del INAH y miembro de ALAMES, aportó una reflexión sobre los problemas que enfrenta la población frente a la hegemonía biomédica con motivo de la pandemia, analizando la articulación entre la colonialidad y la COVID19. El evento cerró con la invaluable participación de la Dra. Asa Cristina Laurell, quien en su desarrollo crítico en relación con el manejo global de la pandemia, abordó en su intervención el tema de las vacunas y el riesgo de la hegemonía económica que podría darse en su gestión frente a la COVID19.

Las video grabaciones del coloquio se encuentran disponibles en el canal youtube: ccidech, <https://www.youtube.com/channel/UC4J3S6HaftlqN-THJmclnvHg>

Como por arte de magia, “ahora lo ves”: la visibilidad de los trabajos esenciales durante la pandemia

Texto publicado originalmente en portugués en el sitio “Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador” (<https://www.multiplicadoresdevisat.com/coordenacao-multiplicadores-visat>). La traducción al español estuvo a cargo de la integrante del Consejo Editorial del Boletín de ALAMES, Dra. en CSC. Camila Pereira Abagaro.

“Ahora lo ves” es una expresión común en el mundo de la magia, que incluso se utiliza con frecuencia para títulos de películas que tratan del tema. Denota un “poder” para hacer desaparecer y reaparecer objetos y personas, siendo un truco imprescindible en el arsenal de cualquier ilusionista que se precie. Aquí recurrimos al uso del término para reflexionar sobre algunas actividades que han ganado mayor visibilidad en el contexto de la pandemia de Covid-19. Con la necesidad del distanciamiento social para evitar la propagación del nuevo coronavirus, varios servicios, empresas y negocios estuvieron cerrados por un tiempo.

Quien pudo, se quedó más tiempo en casa, en teletrabajo, o redujo la jornada fuera de casa. Esto provocó alteraciones en el tamaño y en la velocidad de las demandas cotidianas, por ejemplo: nunca se había pedido tanta comida a domicilio, generando un gran flujo de repartidores por las calles.

Algunas personas, al estar más tiempo en casa, también pudieron darse cuenta del problema que es la producción diaria de basura, incluso porque se disparó un debate sobre la seguridad de los trabajadores responsables de la limpieza urbana y la recolección de residuos, ante la exposición al nuevo coronavirus posiblemente presente en lo que es descartado como basura por las personas.

La reducción de las actividades de esos profesionales nos obligó a percatarnos de su importancia, así como fortaleció las reflexiones sobre la cantidad de cosas que desechamos. En el caso de los trabajadores de la salud, es incluso ocioso explicar las razones de su mayor visibilidad frente a una pandemia, con elevado número de muertes y sistemas de salud abarrotados. Ante una emergencia de salud pública, estos trabajadores se encuentran en la primera fila del front.

Aquí mencionamos tres casos, pero hay otras actividades que continuaron realizándose intensamente durante la pandemia e, incluso, recibieron más atención

Diego de Oliveira Souza
Doctor en Trabajo Social/UERJ
Profesor investigador del PPGSS-UFAL y de
la Licenciatura en Enfermería-UFAL/
Arapiraca, Brasil

por parte de la sociedad, espacio en los medios de comunicación, etc. Parece que, como por arte de magia, la sociedad descubrió que esas actividades son esenciales, aunque no figuren entre las de mayor prestigio o salarios. Esa mayor visibilidad tuvo cierta importancia para estas categorías, considerando la oportunidad de avanzar con ciertas pautas de lucha.

Vimos, por ejemplo, manifestaciones inéditas de repartidores que trabajan por aplicativos. Y vimos, todavía, a los trabajadores de enfermería presionando por viejos problemas como, por ejemplo, el piso salarial y la jornada semanal de 30 horas. Nosotros, que estamos del lado de la clase trabajadora, debemos apoyar y reconocer la importancia de este proceso, pero también ver sus limitaciones, sobre todo porque, como se sabe, la magia es siempre un gran juego de ilusión. La supuesta visibilidad no parece ser consistente, al menos no hasta el punto de transformar estructuralmente las actividades visibilizadas en el “escenario” de la pandemia.

Es todo un truco: no podemos engañarnos y creer que a partir de ahora

la sociedad que vive de apariencias pasará a valorar aquello que es esencial. Tras los momentos de mayor miedo y de suspensión del cotidiano “normal”, poco a poco, volveremos a ser defraudados por los viejos trucos del capital, aunque con un nuevo disfraz. No nos sorprendamos cuando los medios de comunicación se olviden de los barrereros o de los repartidores, ya que parece que esto solo se convierte en un tema cuando no se tienen las superficialidades habituales para llenar las redes sociales. Sin embargo, la “nueva normalidad” pronto resultará vieja, al menos en aquello que es esencial.

El gran ilusionista, en ese arte de magia, es el capital, pues para él lo esencial es garantizar su producción/reproducción. Para ello, logra capturar las contingencias sociales a su favor y aparece/desaparece con aquello que le conviene, cuando le conviene. De hecho, no debemos olvidar el truco decisivo de ese gran ilusionista, ya que desde hace tiempo ha conseguido convencer a todo el mundo (o a la mayoría necesaria) de que la riqueza producida en la sociedades es, por derecho, de quienes no la produjeron, simplemente porque poseen los medios de producción.

Aquellos que realmente insertan algo nuevo en el mundo (producen valor); es decir, quienes trabajan y producen la riqueza social, como por arte de magia, quedan siempre más pobres. Que ellos a veces sean vistos, a veces guiados por los medios de comunicación, no implica en sí, avances en la ruptura de este mecanismo. Poner fin a ese truco depende, sobre todo, de los propios trabajadores, pero para ello se hace necesario salir de la posición de espectador de la ilusión y asumir el papel de sujeto revolucionario. No será la pandemia o una fantástica “nueva normalidad” lo que dará visibilidad y hará prevalecer lo esencial sobre lo fugaz, sino ¡la lucha de clases! Construir los caminos objetivos y subjetivos para esa tarea sigue siendo un desafío, pero que puede quedarse menos distante cuando se vea que la magia no existe y que el poder del ilusionista sólo se sostiene mientras haya engañados. No hay capital sin trabajo; ¡la existencia de aquel depende de la existencia de este! Al revelarse ese “secreto”, quién sabe, un día, el hechizo se volverá contra el hechicero.

¡Luchemos!



Foto: Licencia libre de derechos.

Catalina Mónica Eibenschutz Hartman

Breve semblanza

Presentado en febrero de 2013 al proponer al Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud su candidatura como profesora distinguida

En la historia de las instituciones podemos observar con claridad su expansión y fortalecimiento y sabemos a ciencia cierta que la vida de toda institución va más allá del tiempo de aquellos sujetos que las conforman y más allá de la voluntad de sus miembros y comunidades. Entendemos con claridad, que su estructura se ve fortalecida por su organización y por la capacidad de formalizar sus procedimientos y de instaurar normas y reglamentos para regular su funcionamiento y transitar por distintas generaciones. El caso de las universidades no es muy diferente al de otras instituciones del Estado, lo que si podemos decir, es que sus fortalezas dependen en mucho de la fuerza de quienes les dan vida: los miembros de su comunidad y sus órganos de gobierno.

En la UAM hemos generado formas de reconocimiento para distinguir a quienes se han destacado por sus aportes para el fortalecimiento de la Universidad y para distinguir su paso por la vida de la institución, señalando las huellas que han dejado en sus compañeros y compañeras de trabajo y en los marcos organizacional y normativo de la institución, en sus planes y programas. Es por estas razones que un grupo de académicos docentes de la UAM- Xochimilco hemos decidido proponerle al Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud la candidatura como profesora distinguida de Catalina Mónica Eibenschutz Hartman, para que este órgano colegiado revise la documentación que estamos presentando sobre su trayectoria y considere la aprobación de su candidatura para llevarla en su caso al Colegio Académico de la UAM.

Manuel Outhón
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

Catalina Mónica Eibenschutz Hartman es una mujer mexicana, médica, con una especialidad en endocrinología, es un ser humano con cualidades dignas de



Foto: TVUNAM México.

ser puestas en alto y que se expresan en su calidez, su generosidad, su solidaridad y su compromiso con un futuro más justo, democrático e incluyente para las nuevas generaciones de mexicanos. Estas cualidades son, para quienes la conocemos y hemos sido, tanto sus alumnos, como sus compañeros de trabajo y de vida a lo largo de los años, pan y fruto cotidiano de sus relaciones y vínculos en el mundo laboral y fuera de él. Desde su decisión de trabajar como joven médica en Cuba tras la revolución, hasta el día de hoy su compromiso personal y político con la justicia social han sido el valor más importante de su ya larga trayectoria. Y no queríamos empezar esta breve semblanza sin dejar de señalar que toda su actuación ha estado marcada por este compromiso.

Catalina pertenece a la generación de académicos que dieron origen a la propuesta Xochimilco su ingreso a la institución fue a finales de 1974, con su incorporación formal a nuestra División de Ciencias Biológicas y de la Salud, en el Departamento de Atención a la Salud. La naciente propuesta del

sistema modular tendría que concretarse en el diseño de planes y programas de estudio, el ingreso de la primera generación estaba en ciernes y fue necesario que los docentes volcaran su experiencia en el diseño del Tronco Interdivisional con la inicial propuesta de tres programas modulares: 'Ciencia y Sentido Común', 'Trabajo y Fuerza de Trabajo' y 'Lo Normal y lo Patológico'. Se buscaba con el primer módulo dar respuesta a una problemática epistémica común a las dos divisiones y sus planes de estudio (a saber Ciencias Sociales y Humanidades y Ciencias Biológicas y de la Salud, cabe recordar que la División de Ciencias y Artes para el Diseño arranco operaciones un año despues), Los otros dos módulos se pensaron pensado para abrir las problemáticas comunes a cada una de las áreas divisionales. La participación de Catalina en estas tareas fue fundamental y una buena parte de sus contribuciones permitieron el diseño final de un solo módulo el de Conocimiento y Sociedad, que sigue vigente como el programa de inicio de las currículas de Xochimilco. Es importante destacar

que Catalina se ha mantenido en contacto permanente con este espacio de docencia participando como profesora del Tronco Interdivisional, en el módulo Conocimiento y Sociedad, sabedora de que el primer contacto de los alumnos de nuevo ingreso con la UAM-X y su sistema modular es altamente significativo para su tránsito por su plan de estudios.

Dentro de las tareas iniciales de la unidad, la División de Ciencias Biológicas y de la Salud impulsó dos talleres de diseño curricular que tuvieron lugar durante los trimestres de primavera e invierno de 1975, Catalina Eibenschutz fue una de las docentes que participaron en ambos talleres, cuya contribución al diseño formal de los planes y programas de estudio de las licenciaturas divisionales, se constituyó como el pilar para el desarrollo de la docencia y la puesta en marcha del modelo educativo Xochimilco. Fruto de estos talleres se elaboró el documento conocido como "El Diseño Curricular", versión final a cargo de Gilberto Guevara Niebla, de abril de 1976, uno de los primeros trabajos académicos de



Foto: TVUNAM México.

investigación educativa, elaborados por un colectivo de profesores que reflexionan acerca del diseño de los módulos como programas de enseñanza-aprendizaje de las licenciaturas de la DCBS.

En paralelo con estos trabajos, Catalina formó parte del grupo de profesores que diseñaron los troncos de carrera de las licenciaturas de medicina, estomatología y enfermería, gestando en su momento una de las primeras aproximaciones a la enseñanza de las ciencias de la salud desde un enfoque social, al considerar el vínculo indisoluble entre las formas de enfermar y morir y los procesos sociales y económicos, hecho sin precedentes en la educación en licenciaturas del campo de la salud hasta ese momento. La conceptualización de las fases de las tres licenciaturas y la similitud en la distribución de objetos de conocimiento y problemas que enfrentan las tres prácticas profesionales logro una integración curricular, que consideraba espacios para la realización de la docencia la investigación y

el servicio, desde un enfoque interdisciplinario y con una mirada social tanto de la salud y la enfermedad, como de las profesiones de su enseñanza-aprendizaje.

Durante ese período Catalina también participó con los docentes que diseñaron el primer programa de posgrado de nuestra institución: la maestría en Medicina Social, programa respaldado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que partía de la conceptualización de un nuevo paradigma para la comprensión del proceso salud-enfermedad y el estudio de sus determinaciones sociales e históricas. En la maestría, Catalina trabajó con el equipo docente en el diseño de los módulos y seminarios y fue la responsable del módulo y el área de Práctica Médica y Política Sanitaria.

El Programa de la maestría continúa vivo y vigente en nuestra institución y sigue siendo pionero y pilar en América Latina de programas similares y de grupos de estudio en el continente

americano. Derivado de estos desarrollos y con la incorporación de egresados del programa de la Medicina Social, entre otros académicos, se han creado los programas de maestría en Salud de los Trabajadores y las Trabajadoras y el Doctorado en Salud Colectiva en la propia UAM-Xochimilco.

El campo de actuación de Catalina Eibenschutz en los primeros años de la vida de nuestra UAM, no quedó solamente en el plano de los trabajos académicos, de diseño de programas, docencia e investigación, sus inquietudes sociales y políticas la llevaron a participar en la fundación del SITUAM, desde donde como representante de la comisión negociadora, en la primera huelga, contribuyó para la puesta en marcha de criterios y normas para el ingreso y la permanencia del personal académico a la institución, logrando por convenio bilateral que el concurso de oposición público y abierto fuese la vía legítima para ingresar como profesor definitivo a la universidad, junto

con la creación del tabulador académico y la propuesta para la entrada en vigor de las comisiones dictaminadoras de área. Es necesario destacar que estos mecanismos hoy presentes en el Reglamento Orgánico y normados por el Colegio Académico, tienen en su esencia los principios que animaron en aquel momento a quienes desde el SITUAM buscaron, normas y procedimientos académicos y justos para el ingreso y la permanencia en la institución.

Las huellas se pueden seguir en su trayectoria como docente de la licenciatura en Medicina Social, donde además de las tareas de docencia e investigación propias del posgrado, dirigió la tesis de varios estudiantes; destacándose por su trayectoria los siguientes: Rebeca de los Ríos y Daniel Purcalla quienes llegaron a ser directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Rene Darce quien fungió como Viceministro de Salud de Nicaragua; así como Rene que fue Secretario de Salud en el Estado de Chiapas y Director de la Facultad de Medicina de la UACH.

Catalina Eibenschutz ocupó el cargo de Jefa del Departamento de Atención a la Salud de 1978 a 1982, cargo que le permitió jugar un papel preponderante en los consejos Divisional y Académico. La característica central de su gestión fue la de involucrar a los docentes en una dirección colegiada de la vida departamental, buscando tomar decisiones de consenso sobre el destino de los recursos y el futuro de los planes y programas del DAS.

Trabajando con un importante grupo de colaboradores y con una modalidad de dirección colegiada, estableció convenios con las Instituciones de Salud (IMSS, y Secretaría de Salud, así como en su momento la Dirección de Servicios de Salud del Distrito Federal), para la rotación por sus servicios de los estudiantes de medicina y enfermería de la UAM-X. Formalizó el progra-

ma de servicio social de la carrera de medicina, primer programa regionalizado y supervizado por académicos de la UAM-X, cuyas bases y permitieron años después a la propia unidad generar el Programa Chiapas de investigación y servicio, que sigue vigente y que ha permitido no sólo la incorporación de proyectos y programas de profesores de las tres divisiones de la unidad, sino también de académicos de otras unidades de la UAM, programa en el cual Catalina ha estado presente con diversos proyectos y acciones desde su aprobación.

Durante su gestión en el DAS se establecieron las Áreas de investigación en la UAM, y ella desde la jefatura de Departamento realizó el primer Congreso de Investigación del DAS, en el que se definieron las líneas de investigación y los programas que permitieron nuclear a los docentes y definir las Áreas Departamentales de investigación, la experiencia como muchas otras durante su gestión fue de carácter colegiado.

Impulsó y favoreció la creación del programa de especialización en Patología Bucal, base del programa actual de maestría. Catalina fue un miembro destacado de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), así como de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), fue representante de la UAM-X en la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). En cada una de estas asociaciones nacionales e internacionales, fue una defensora y promotora del carácter público de la educación y del compromiso social de las universidades en cada una de sus acciones y programas en servicio, docencia e investigación.

En un período en el que los académicos destacados de varias universidades en Latinoamérica eran perseguidos por gobiernos De facto, Catalina desde su lugar como funcionario de la UAM y destacando su compromiso personal

y el de la institución con el asilo y la protección a perseguidos, buscó y logró la incorporación por concursos de oposición abiertos, de destacados académicos en el exilio, tales como el doctor Edgardo Enríquez Frödden (Don Edgardo para generaciones de médicos de la UAM y compañeros de trabajo) y el doctor Pablo Carlevaro Botero (Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Uruguay) entre otros.

Profesor don Edgardo Enríquez Frödden, ex ministro de educación en el gobierno de Salvador Allende y padre de Miguel Enríquez, dirigente del MIR chileno.

Su proceder y su actuación a lo largo de los años la han destacado como un importante referente del trabajo académico de docencia, investigación y servicio con un fuerte contenido social, prueba de lo cual son sus esfuerzos para lograr convenios internacionales de colaboración para promover estancias de estudiantes y profesores del DAS con las universidades de Nicaragua, Cuba y Costa Rica.

Fue miembro fundador en 1976 y continúa como miembro activo en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), y en su sede nacional: ALAMES México, en ambas asociaciones ha trabajado en cargos de dirección. También es miembro de la International Association of Political Health (IAPH).

Al terminó de su gestión en la jefatura del DAS, Catalina Eibenschutz, a pesar de recibir fuertes presiones para continuar una carrera en el ámbito de la dirección y la gestión universitaria, al ser invitada por importantes núcleos de profesores para participar como candidata en diversas ocasiones a la dirección de la DCBS, decidió volver al trabajo docente y de investigación y desde ese lugar el de una académica más de nuestra institución, Catalina ha ocupado la coordinación de la maestría en Medicina Social, la jefatura del Área de investigación Estado y Servicios de



Foto: TVUNAM México.

Salud y se ha desempeñado como miembro representante de los profesores en el Consejo Divisional de la DCBS, en el Consejo Académico de la unidad Xochimilco y ha sido miembro representante ante el Colegio Académico. Su participación en estos órganos colegiados siempre ha estado marcada por una clara referencia a la necesidad de discutir ampliamente las decisiones, buscando siempre una legitimidad en la UAM.

Su claro y público compromiso académico y político nos obligan a reconocer en nuestra institución, y en cada uno de los miembros de nuestra comunidad, la riqueza de la pluralidad de ideas políticas que dan lugar a la democracia y la fortaleza de nuestra universidad. Ha sido electa también en diferentes ocasiones como miembro de la Comisión Dictaminadora de Ciencias de la Salud de la UAM.

Se ha mantenido en los programas de docencia del Tronco Interdivisional, con los alumnos de primer ingreso a las licenciaturas de la UAM y ha sido profesora del programa de maestría en Desarrollo Rural, aún siendo docente de

la DCBS y el programa de la DCSH.

Promovió durante años el trabajo y la colaboración con el Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR México) en el desarrollo de programas de salud con refugiados centroamericanos que huían de la violencia en sus países: Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua. Es miembro activo de Médicos del Mundo España, en su sede México. Ha sido invitada como asesor de la OPS en Cuba, Nicaragua y Brasil. Fue miembro activo del Centro de análisis y política sanitaria CAPS en Barcelona 83/87.

Fue invitada como asesor de la Comisión Nacional de Intermediación (CONAI), durante los trabajos de negociación en la Catedral de San Cristóbal y durante las mesas de negociación para los acuerdos de San Andrés Larrainzar.

Fue invitada a participar en el grupo coordinador de educación médica de la Secretaría de Salud. Así como también ha sido miembro de la Comisión de Bioética de la Secretaría de Salud.

En la UNAM fue invitada como

miembro del macro proyecto de investigación diversidad cultura nacional y democracia en los tiempos de la globalización: las humanidades y las ciencias sociales frente a los desafíos del siglo XXI sub proyecto de investigación justicia desigualdad y exclusión. 2007/2008..

Es miembro del Consejo Nacional de Universitarios por una Nueva Estrategia de Desarrollo desde el 2008.

La Academia Nacional de la Mujer de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística le otorgó a Catalina Eibeschutz el 2002 el reconocimiento: Matilde Montoya, a médicas distinguidas de México, por su trayectoria profesional y sus méritos académicos.

Podríamos continuar con el recuento de sus merecimientos pero esperamos que los miembros del Consejo revisen la documentación, la examinen cuidadosamente y tomen una decisión sobre la propuesta que venimos formulando para solicitarle al Colegio Académico de la UAM, que nombre a Catalina Mónica Eibeschutz Hartman como Profesora Distinguida de la UAM.

Informe de Gestión Diciembre 2018 - Junio 2020

Asa Cristina Laurell

Nota:

El 30 de junio del 2020, la compañera Asa Cristina Laurell presentó luego de su renuncia a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, de la cual fue titular del primero de diciembre de 2018 al 15 de junio de 2020, un informe de gestión que con su anuencia incluimos en este número. El proceso necesario de reestructuración a fondo del Sector Salud en México ha quedado suspendido, no sólo ante la pandemia de covid-19 que pone de relieve precisamente diversos elementos que hacen imperativa esa reestructuración, sino por la suspensión misma del proceso que a dicho efecto dirigía la doctora Laurell. Sin embargo, ese esfuerzo referencial no debe quedar confinado, ni por la pandemia ni por otras patologías de diverso tipo: reclama con apremio avance y consolidación, si hemos de reconocer que la salud colectiva y la medicina social implican algo más que lúcidos postulados y agudos lineamientos. Y es que nuestra compañera ex subsecretaria cierra su informe afirmando precisamente que durante su gestión: “se incrementó mi comprensión del sistema público de salud y la convicción de que su reconstrucción requiere trabajar desde abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro. Todo intento de trabajar sentado frente a un escritorio en la capital mexicana, sin explorar las realidades del país, significa seguir como hace décadas...”



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

**Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración y
Desarrollo del Sector Salud**

**Informe de Gestión
Diciembre 2018 - Junio 2020**

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Informe de Gestión diciembre 2018 – junio 2020

Contenido

Presentación.....	1
Introducción	2
I. Reorganización y Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.....	3
II. Programa “Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral”. Programa presupuestario U013.....	8
III. Economía de la Salud.....	13
IV. Relaciones de trabajo con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).....	14
V. Temas relevantes y pendientes con la Oficina de la Abogada General.	15
VI. Creciente convergencia entre los servicios públicos hacia el establecimiento de un Sistema Único y Público de Salud.	17
VII. Estudio de las inequidades en salud.....	18
VIII. Aplicación de la Ley de Austeridad Republicana.	19
IX. Participación en la contingencia por COVID-19.....	20
X. Participación en materia de Normas Oficiales Mexicanas (NOM).....	23
XI. Participación en materia del Programa Nacional de Reconstrucción (PNR).	26
XII. Participación en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica . Pp S200.....	29
XIII. Intergración de informes de gobierno y evaluación del desempeño.....	31
XV. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.....	34
XVI. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.	38

Presentación

El presente informe de gestión se desprende del proceso de entrega-recepción con motivo de mi renuncia al cargo de Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, en cumplimiento a los artículos 3 fracción XI, 44, 46, 48 fracción X, 50, 52 y 53 del “Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de julio de 2017 y sus modificaciones en ese medio oficial de difusión el 5 de diciembre de 2017 y 6 de diciembre de 2018.

En este sentido, el objetivo del presente informe es dar a conocer las principales actividades y funciones realizadas, los resultados obtenidos y los logros que éstos representaron en la conducción, reorganización y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, así como también dar a conocer de manera crítica y analítica las principales problemáticas y obstáculos que se presentaron, mismos que impidieron desarrollar de manera óptima las facultades conferidas y las actividades innovadoras propuestas, en el período comprendido del 01 de diciembre de 2018 al 15 de junio de 2020.

Así el informe transparenta las acciones que la SIDSS realizó bajo mi conducción y pone en una perspectiva más imparcial los hechos extralaborales que llevaron a mi renuncia. Estos hechos, como se puede observar, no tenían relación con el trabajo realizado.

Aprovecho para agradecer a los directores generales y todos aquellos que me acompañaron durante mi gestión que incrementó mi comprensión del sistema público de salud y la convicción de que su reconstrucción requiere trabajar desde abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro. Todo intento de trabajar sentado frente a un escritorio en la capital mexicana sin explorar las realidades del país significa seguir como hace décadas y es ajena a la Cuarta Transformación de México.

Dra. Asa E. Christina Laurell

Introducción

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) es el área de la Secretaría de Salud (SS) encargada de la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyas atribuciones se encuentran conferidas en lo particular en el artículo 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Para el cumplimiento de sus funciones, la SIDSS cuenta con cuatro direcciones generales y un órgano desconcentrado: la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), la Dirección General de Información en Salud (DGIS), la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).

A través del trabajo conjunto de las cuatro direcciones generales y su órgano desconcentrado, bajo la conducción de la titular de la SIDSS, se desarrolló una labor articulada que resultó innovadora durante este periodo de gestión, pues este método de trabajo no se había llevado a cabo anteriormente. Las principales actividades de la SIDSS versaron en la conducción de la política nacional de salud para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social; establecer los mecanismos para la innovación y modernización de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud (SNS); conformar una sólida relación con el sector educativo para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; generación de las políticas y estrategias, que permitieron optimizar y garantizar la equidad en la asignación de recursos financieros para la atención a la salud, particularmente de la población sin seguridad social laboral, que ha sido históricamente la más desfavorecida; dirigir el Sistema de Información Estadística de la Secretaría y del SNS; coordinar la expedición y modificación de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM); dirigir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud y el Sistema de Indicadores de Salud; coordinar la generación y difusión de la información sobre mejores prácticas clínicas y tecnologías en salud en términos de su costo-efectividad, así como la generación de información para la rendición de cuentas a todos los sectores de la sociedad, que permitan la transparencia de los procesos y de los resultados que en materia de servicios de salud se brindan a la población.

Atendiendo a dichas atribuciones y al trabajo articulado, los principales resultados alcanzados durante la presente gestión se describen a continuación.

I. Reorganización y Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

El proyecto más importante realizado durante la gestión concierne a la reorganización del SNS público que al iniciar el sexenio se encontró en condiciones precarias, particularmente los Servicios Estatales de Salud (SESA). Participaron en este proyecto todas las direcciones generales y el órgano desconcentrado de la SIDSS, conjugando sus respectivas competencias y presupuestos.

Los planteamientos centrales de esta reorganización fueron: la sustitución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) por el programa de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral (PASMG); la elaboración e implementación de un nuevo modelo de atención denominado Atención Primaria de Salud Integral e Integrada México (APS-I Mx), que incluye el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) y la propuesta de sustituir las Jurisdicciones Sanitarias (JS) por Distritos de Salud (DS), así como el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); el cálculo del costo para garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud para la población sin seguridad social; así como la creciente convergencia entre los servicios para población abierta y los de seguridad social hacia el establecimiento de un Sistema Único y Público de Salud.

La contribución al primer planteamiento fue la elaboración de una propuesta de reforma a la Ley General de Salud (LGS) que fue parcialmente incorporada en el texto final de la reforma plasmada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 29 de noviembre de 2019, dado que la propuesta en mención sólo prevé el desmantelamiento del SPSS y su sustitución por el PSSMG en las entidades federativas, pero no plantea la recentralización de los SESA, parte que fue añadida posteriormente.

El punto de partida de la reorganización de los SESA fue el levantamiento del Censo Estratégico de Establecimientos para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud (Censo) para captar datos de las unidades de los tres niveles de atención. Se aplicó en cuatro etapas, entre febrero 2019 y febrero 2020, en 21 estados. Es una herramienta construida con una metodología participativa, para obtener datos actualizados de las unidades de salud de los SESA en el territorio nacional.

El Censo se construyó sobre una plataforma y la base del reporte fueron las cédulas de evaluación desarrolladas para captar datos de las unidades de los tres niveles de atención.

Los responsables de cada unidad médica reportan los datos de su unidad y éstos son posteriormente validados por los Responsables Estatales de Calidad (REC).

Se aplicó la primera etapa del Censo durante los meses de febrero y marzo de 2019 en las entidades prioritarias Oaxaca, Tabasco, Veracruz, Chiapas, Campeche, Guerrero, Yucatán y Quintana Roo. Participaron 3,892 establecimientos de primer nivel de atención. La segunda etapa del Censo inició su aplicación el 16 de agosto y concluyó el 30 del mismo mes con la participación de 6 entidades del centro del país, Hidalgo, Querétaro, Tlaxcala, Puebla y San Luis Potosí. Posteriormente entre noviembre de 2019 y febrero de 2020, se agregaron en una tercera fase Baja California, Ciudad de México, Colima, Durango, Estado de México, Sonora, Zacatecas y Jalisco. En las dos últimas etapas participaron un total de 9,169 establecimientos de atención médica en los diferentes estados.

Para la recolección de la información durante las etapas del Censo, se diseñó la plataforma para recabar información de los establecimientos de atención primaria y hospitalaria del Sector Salud a partir de la integración de aproximadamente 704 y 1,200 rubros respectivamente. El módulo de PNA abarca los servicios básicos (agua, drenaje y luz); mantenimiento; mobiliario; equipamiento médico; instrumental; medicamentos y biológicos; cartera de servicios incluyendo medicina preventiva, rayos-X y laboratorio; recursos humanos por tipo de personal y de contratación; población total de su área de influencia y población estimada para atender de primer nivel en la unidad; también recopila información de la distancia mínima y máxima de traslado.

El módulo de segundo y tercer nivel de atención posee una estructura más compleja y contiene un apartado para cada una de las áreas y especialidades. Abarca consulta externa, hospitalización, urgencias, unidad quirúrgica, tocología y tococirugía, unidad de cuidados intensivos, laboratorios de análisis clínicos, imagenología así como farmacia y anatomía patológica, dietología, cocina, casa de máquinas, para los cuales se recogen los datos básicos. Igualmente se registran los recursos humanos por tipo, forma de contratación y también el personal en formación.

Otros ítems de importancia son los principales problemas que presenta la unidad para la atención médica con referencia a su estado general, daños y mantenimiento recibido, saturación de los servicios, suficiencia o insuficiencia de personal de salud por tipo, especialidad y servicio, equipamiento, insumos y procesos de la organización desde la visión del equipo directivo de la unidad. Esta información está almacenada en una aplicación web que fue creada con el fin de recopilar los datos.

El Censo permitió conocer la problemática de los SESA, su deterioro y abandono, particularmente en el sureste del país. También se manifestó la gran heterogeneidad entre las SESA, ya que algunos, como es el caso de San Luis Potosí, cuenta en general con buenas condiciones, pero está subfinanciado.

Como resultado de estos censos se tiene un diagnóstico preciso respecto a las necesidades de mantenimiento, mobiliario, equipamiento, medicamentos y personal de los centros de salud; a manera de ejemplo, se incluyen como anexo 1 los resultados obtenidos en el estado de Veracruz.

A través de este procedimiento diagnóstico fue posible cuantificar la inversión requerida en mantenimiento, mobiliario y equipamiento, particularmente en el PNA para realizar compras consolidadas. A pesar de la urgencia de mejorar el PNA estas compras no se realizaron por fallas de la unidad encargada de éstas. Se tienen también los datos censales de los hospitales de segundo y tercer nivel, pero dada su complejidad se requiere hacer una “auditoría médica” en cada uno de sus componentes, como las realizadas por ejemplo en los hospitales de Tabasco en febrero 2019.

El Censo fue completado con visitas de campo con la participación de los directores generales y parte del personal de estructura de la SIDSS. Estas visitas tuvieron una importancia decisiva debido a que los niveles directivos de la SIDSS pudieron conocer de cerca la realidad de los SESA visitando las Jurisdicciones Sanitarias (JS), centros de salud de distinta complejidad y hospitales de todos los niveles, particularmente los hospitales comunitarios, lo cual fue la base para la generación de propuestas posteriores para el fortalecimiento y adecuación del PNA.

Durante las visitas de campo, personal de la DGIS pudo conocer la problemática que presentaban las unidades médicas respecto a la integración de la información y su transmisión a las JS. Con base en este conocimiento se desarrolló un nuevo sistema de información de acceso oportuno a los datos relevantes de las entidades federativas, los Distritos de Salud (DS) o JS, las unidades de salud (centros de salud u hospitales) y municipios. La nueva organización de los datos permite realizar la planeación, seguimiento y evaluación a estos distintos niveles. Este nuevo Sistema de Información para la inteligencia institucional representó un logro en la presente gestión, debido a que su nuevo enfoque le brinda los atributos de: único, amigable, intercomunicado, una reducción de la carga de captura manual, así como la generación de productos de información para los

distintos niveles descritos. Esto coadyuva en la utilización de la información de manera eficiente.

El análisis realizado con base en el Censo y las visitas de campo reveló que el eslabón más débil de los SESA es el PNA donde, en teoría, debe resolverse del 80 al 85% de la problemática de salud, cuestión muy alejada de la realidad actual.

Para trabajar la reorganización y fortalecimiento del PNA se constituyó un grupo interinstitucional de alto nivel con participación de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de salud de las fuerzas armadas y Pemex (Grupo de PNA). Su trabajo fue muy importante para la formulación del nuevo modelo de atención único para todas las instituciones (anexo 2). Este trabajo interinstitucional fue, junto con planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (anexo 3), la base de la formulación del nuevo modelo de atención, la APS-I Mx.

Distingue a este modelo que el PNA tiene un peso decisivo y abarca desde el territorio hasta los centros de salud y hospitales comunitarios. Como resultado se concretaron las características de los Distritos de Salud (DS) y la hoja de ruta para la instrumentación de la APS-I Mx lo cual se encuentra plasmado en tres libros: "Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: la propuesta metodológica y operativa"; "Administración y Organización de los Distritos de Salud (APS-I MX)"; e "Intervenciones de APS-I Mx en los Distritos de Salud"¹ (anexos 4, 5 y 6). El primero contó con un tiraje de 650 ejemplares que fueron distribuidos a las principales autoridades del sector salud. Los segundos se encuentran en proceso de autorización de impresión, pero contarán con un tiraje menor. Se generó, además, la versión preliminar de un texto sobre la metodología de construcción de las RISS (anexo 7).

Una vez formuladas las bases de los DS se realizaron dos pruebas piloto de su implantación en Chiapas y San Luis Potosí. El punto de partida de estas pruebas piloto consiste en la idea de que es necesario discutir su instrumentación concreta con el personal directivo de los SESA así como los directivos de IMSS ordinario, IMSS Bienestar e ISSSTE retomando

¹ Estos documentos se encuentran también publicados en la página de la Secretaría de Salud, disponibles para consulta en las siguientes ligas: "Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa": http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf; "Administración y Organización de los Distritos de Salud (APS-I Mx)": http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Administracion_y_organizacion_de_los_Distritos_de_Salud_APS-I-Mx.pdf; "Intervenciones de APS-I MX en los distritos de salud": http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Intervenciones_de_APS-I_Mx_en_DS.pdf

el planteamiento del Grupo del primer nivel de atención. Es así porque tiene experiencia directa en operar los servicios en el estado y conoce sus realidades concretas. En ambos casos se hicieron ejercicios para delimitar los DS que significaron un rediseño respecto a las JS. En el caso de San Luis Potosí, significó una reducción respecto a las JS y se firmó un acuerdo entre la SIDSS y dichos servicios estatales sobre los plazos y la legislación estatal al respecto (anexo 8), lo que representó un logro para avanzar en la consolidación de la instrumentación del modelo APS-I Mx a nivel nacional.

Otros logros relacionados con la reorganización y fortalecimiento del SNS, fueron la elaboración del modelo de Gestión de Equipo Médico que desde el CENETEC se generó para ser aplicado en las entidades federativas, así como el modelo basado en la aplicación de la interconsulta a distancia para apoyar la implementación de la APS-I Mx, sobre todo en comunidades alejadas, buscando la máxima eficiencia con tecnología ya instalada y de fácil acceso.

II. Programa “Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral”. Programa presupuestario U013.

Este programa presupuestario (Pp) se instrumentó con los recursos transferidos del Componente Salud del programa Prospera en 2019, cuando éste fue abrogado. Es de señalar que el recurso se liberó hasta el segundo semestre de 2019.

PASMG se basó en los principios del Presidente de dirigir los recursos a las zonas indígenas y de mayor marginación y garantizar servicios dignos con el personal, insumos y medicamentos requeridos.

El objetivo del programa fue garantizar el acceso efectivo y continuo en la prestación de servicios de salud con calidad para la población en condiciones de alta y muy alta marginación y sin acceso a la seguridad social laboral, a través del fortalecimiento de las redes de servicios de salud. Para ello, se planteó que las unidades de salud fueran dignas con disponibilidad de personal de salud, abasto oportuno y equipo e instrumental médico moderno. El presupuesto recibido en 2019 fue de 6,587.76 millones de pesos (mdp), que se redujeron a 6,066.18 mdp. De este presupuesto 62.2% se transfirió a 31 entidades federativas, 22.1% al IMSS Bienestar y 15.7% a proyectos especiales en cuatro estados (tabla 1). El programa quedó a cargo de la SIDSS a través de la DGPLADES.

Cuadro 1. Distribución de los subsidios del Programa "Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral", ejercicio 2019.

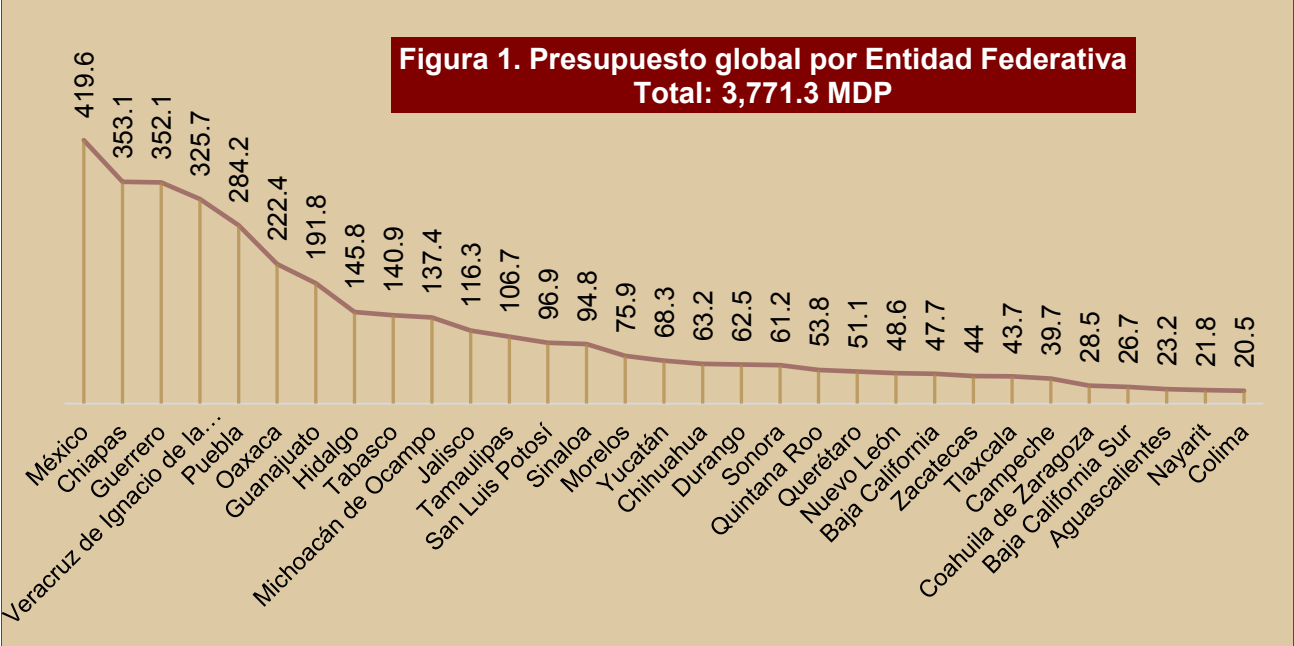
Estado	Sueldo Neto Mensual	%
Entidades Federativas	3,771,349,310.00	62.17
IMSS Bienestar	1,342,933,005.00	22.14
Proyectos para los estados de: Nayarit, San Luis Potosí, Querétaro y Zacatecas	951,905,910.00	15.69
TOTAL	6,066,188,225.00	100.00

Fuente: DGPLADES, 2019.

Estas instancias fijaron los criterios de operación del programa para el ejercicio fiscal 2019 y definieron como población objetivo a las personas sin seguridad social de regiones, municipios y localidades con bajo Índice de Desarrollo Humano y que acuden a las redes de servicios de salud del primer nivel de atención, a hospitales comunitarios de los SESA, a Centros Regionales de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CEREDI) y unidades del IMSS Bienestar. Esta población fue estimada para 2019 con base en datos de

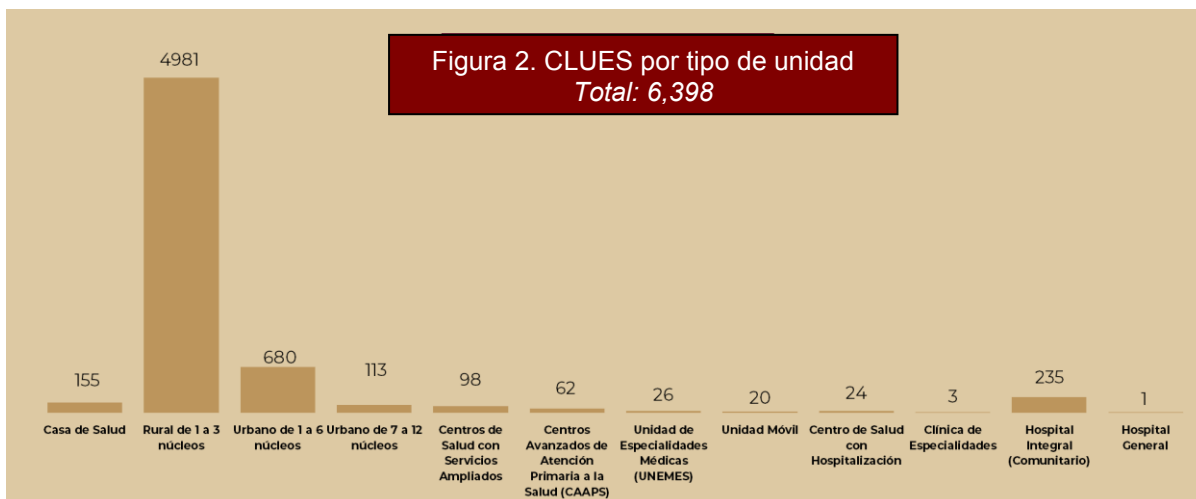
CONAPO, en 28,133,508 personas, de las cuales 4,705,900 están sin acceso a cualquier servicio.

El presupuesto destinado a las entidades federativas se distribuyó como se aprecia en la siguiente gráfica:



MDP: Millones de pesos.
Las cantidades no suman el total por razones del redondeo.
Fuente: Programa de Gasto autorizado por la DGPLADES, 2019.

Se incluyeron 6,398 establecimientos de salud, de los cuales, el 78% fueron centros de salud rurales con 1 a 6 núcleos básicos y el 68% se ubicó en localidades aisladas en condiciones de alta y muy alta marginación, con una población potencial a atender de 8.2 millones de personas, de las cuales, 1.7 millones fueron indígenas (figura 2). Se distribuyeron los recursos entre los rubros de recursos humanos, medicamentos e insumos, equipamiento médico y mantenimiento de infraestructura física. De los 5,114 mdp se ejercieron 4,489.6 mdp, pero al final del período hubo un subejercicio de 12.2% respecto del presupuesto original.



MDP: Millones de pesos.

Las cantidades no suman el total por razones del redondeo.

FUENTE: Programa de Gasto autorizado por la DGPLADES, 2019.

A fin de validar que los recursos asignados se utilizaran correctamente, DGPLADES y DGIS desarrollaron la herramienta informática denominada Sistema Integral de Seguimiento (Seguimiento U013) para la comprobación, seguimiento y control del gasto que permitiera tener disponibles las evidencias que dan soporte al programa y con ello dar respuesta inmediata a las consultas de información. Para la elaboración del sistema, se contó con la retroalimentación de las áreas sustantivas de la DGPLADES y la colaboración de los estados, estableciéndose los módulos de control y seguimiento de los recursos humanos contratados, los medicamentos, la dignificación de las unidades, así como seguridad, control de acceso y cierre del ejercicio.

En cuanto al uso del presupuesto para Recursos Humanos, de los 7,412 puestos programados se contrataron a 6,919 personas (93%) y de los 3,357 establecimientos de salud considerados para apoyo con personal, se logró que 3,194 (95%) contaran con él.

El presupuesto para Medicamentos y Material de Curación de 1,938.34 mdp tuvo problemas de ejercicio por varias razones. El presupuesto original en este rubro fue el más alto del programa y llegaba a 1,838.41 mdp. Hubo varias solicitudes de reprogramación de los subsidios transferidos, razón por la cual se incrementó a 1,939 mdp, de los cuales se ejercieron 1,557.1 mdp. En este resultado influyeron múltiples situaciones relacionadas con el catálogo autorizado, la lentitud de las licitaciones y el abasto tardío de la licitación consolidada nacional.

Ocurrió algo similar con el Equipamiento Médico, ya que los precios autorizados por CENETEC fueron poco atractivos para los proveedores locales. El presupuesto original

para este rubro fue de 952.24 mdp y se ejercieron 772.56 (81%). En los estados se programó la adquisición de 167,870 unidades de instrumental y equipo médico, de las que se adquirieron 123,988 (72%), con las que se dotó a 2,771 establecimientos de salud de los 2,821 considerados.

El presupuesto original para Mantenimiento y Conservación de Inmuebles era de 1,082.87 mdp, pero se incrementó a 1,188.04 mdp por las solicitudes de los estados. En total se ejercieron en este rubro 1,234.74 mdp, lo que permitió dignificar 1,985 establecimientos de salud, o sea, 11% más de los inicialmente programados. En promedio se invirtieron recursos en cada establecimiento de salud por un monto de 622 mil pesos.

Los recursos destinados a las partidas genéricas Combustibles, Lubricantes y Aditivos y Servicios de Traslado y Viáticos, originalmente sólo se autorizaron a IMSS Bienestar. Posteriormente, mediante convenios modificatorios, se autorizó el ejercicio de recursos en esas partidas a dos estados. A Guerrero se le autorizó además la partida Instalación, Reparación y Mantenimiento de Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio. En esas partidas se ejerció 159.6 mdp o el 95.6% del presupuesto modificado. La estructura del presupuesto del IMSS Bienestar fue de 1,342.9 mdp y se ejerció en su totalidad, pero se hicieron modificaciones durante el transcurso del ejercicio 2019.

Se realizaron dos tipos de supervisión al programa: presenciales y por correo electrónico. Las visitas presenciales a las 31 entidades tuvieron como objetivo dar seguimiento al estado del ejercicio del recurso transferido del Pp y verificar el estatus de los procesos de adjudicación y/o contratación por componente; recabar la evidencia documental del gasto y fortalecer el Sistema de Seguimiento U013. Para llevar a cabo estas visitas a las entidades se conformaron 10 equipos de 3 personas que visitaron los 31 estados durante noviembre de 2019.

Derivado de los resultados obtenidos en la primera visita a las entidades, se vio la necesidad de dar un seguimiento más cercano al estado del ejercicio del recurso transferido, motivo por el cual, los estados emitieron reportes por correo electrónico en los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2020, los cuales fueron la base para la construcción de resultados.

En diciembre 2019 se realizó una visita piloto al estado de Baja California Sur para verificar en campo la aplicación del recurso autorizado en los establecimientos de salud considerados en el Programa de Gasto autorizado por la DGPLADES. Se aplicaron cédulas de cotejo documental en acciones de infraestructura física, medicamentos, recursos

humanos y equipamiento, una encuesta de necesidades y una encuesta de percepción de calidad en la prestación de servicio.

El programa hizo énfasis en la transparencia del uso de los recursos y fue acompañado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP). Estas consideran que es un ejemplo para otros programas presupuestarios, en cuanto a rendición de cuentas. Además, se apegó estrictamente a los lineamientos del Presidente en cuanto a considerar primero a poblaciones en situación de vulnerabilidad e históricamente desfavorecidas.

A partir del 19 de febrero de 2020, de manera conjunta entre la SIDSS y el INSABI por indicaciones de SHCP, se solicitó al titular de la Unidad de Administración y Finanzas de la SS realizar las gestiones para llevar a cabo la transferencia de recursos presupuestarios y de 142 plazas eventuales con cargo al programa U013, de la unidad 611 "DGPLADES" a la unidad M78 "INSABI" y a la U00 "Comisión Nacional de Protección Social en Salud" (CNPSS), respectivamente. En este contexto, la responsabilidad operativa programática y presupuestal se encuentran actualmente bajo la responsabilidad del titular del INSABI y/o de la CNPSS.

En este contexto, resulta necesario asegurar que los recursos transferidos a las entidades federativas, para el ejercicio fiscal 2020 del PASMIG, contemplen y asignen invariablemente el presupuesto para los gastos de operación de las unidades médicas móviles del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM), los cuales que no podrán ser inferiores a los autorizados mediante oficio por la extinta Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el ejercicio 2019.

III. Economía de la Salud.

El PASMIG, plasmado en las reformas a la LGS y la Constitución, significa un costo adicional importante por la ampliación de la cobertura a todos los padecimientos y el acceso a todos los medicamentos correspondientes. Para estimar este costo se constituyó un grupo interinstitucional con integrantes de la SIDSS, IMSS, ISSSTE y las oficinas de la OPS en Washington y México. Se hicieron varias estimaciones con metodologías diferentes y con datos de distintas fuentes. Se ajustaron los datos por edad, sexo y condición socioeconómica, ya que son variables con un impacto conocido sobre el costo de los servicios.

Las distintas estimaciones arrojan resultados semejantes e indican que se requiere de un gasto de entre 107,321 y 290,804 mdp anuales adicionales. Como se observa los costos estimados están muy por encima de los 40,000 mdp anunciados como incremento al sector salud para la población abierta. Es importante subrayar que no está incluido el costo de la nueva infraestructura y del nuevo equipamiento en estos cálculos.

Por otra parte, DGPLADES y DGIS hicieron varias estimaciones sobre los costos de los servicios del PNA basados en los componentes de atención de las distintas unidades de este nivel. Asimismo, DGIS calcula anualmente el gasto en salud, cuyos resultados pueden consultarse en la siguiente liga: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/> , “Gasto en Salud”.

Es importante resaltar que uno de los principales logros de la gestión diciembre, 2018 a 16 de junio 2020 fue la constitución del Grupo de Economía de la Salud, ante la desaparición informal de la Unidad de Análisis Económico, lo cual permitió interrelacionar temas económicos enfocados en el sistema de salud con tecnologías informáticas, constituyéndose un área de investigación multidisciplinaria que estudia la costo-efectividad de los servicios de salud.

En esta área, incorporada en la DGPLADES, se desarrollaron múltiples estimaciones como: estimación de los costos de operación por partida de gasto para las Unidades Médicas Móviles del PFAM; costeo del Análisis de viabilidad de la sustitución de las Unidades Médicas Móviles (UMM) del PFAM; el costeo del Hospital Quirúrgico Móvil para proporcionar funciones hospitalarias ambulatorias; el costo de los servicios de salud para la población sin seguridad social mencionado anteriormente; así como el análisis de la viabilidad de alternativas para otorgar PNA a 59,317 localidades rurales, entre otros.

IV. Relaciones de trabajo con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Desde la firma del acuerdo con algunos gobernadores en Mérida, Yucatán el 12 de diciembre de 2018, la política de salud planteada por el Presidente fue la federalización o recentralización voluntaria de los SESA. El órgano prestador de estos servicios sería el INSABI y éste su papel está incluido en la reforma de la LGS. La relación institucional de la SIDSS con el INSABI se deriva de que la SIDSS tiene las funciones de rectoría del SNS mientras que la función del INSABI es la prestación y operación de servicios. Esto significa que debe establecerse una relación complementaria y continua entre ambas dependencias.

Por parte de la SIDSS están involucradas sus cuatro direcciones generales y su órgano desconcentrado y por parte del INSABI su titular y los encargados de las áreas de medicamentos y equipo, de personal de salud, de infraestructura y de administración, así como los encargados de las cuatro regiones del país.

La colaboración empezó con un seminario sobre modelos de atención en salud bajo la conducción del ex viceministro de salud de Guatemala el 29 de marzo de 2019. Durante este seminario se presentó el modelo “Salud Integral e Incluyente” instrumentado en Guatemala y se comparó con los planteamientos desarrollados por la SIDSS para la reorganización de los SESA. Posteriormente, se invitó a integrantes del INSABI el 11 de diciembre de 2019 a un seminario donde personal de la SIDSS presentó detalladamente el modelo APS-I Mx.

Desde la publicación de la reforma a la LGS el 29 de noviembre de 2019, las reuniones con los integrantes preliminares del INSABI y de la SIDSS fueron sistemáticamente suspendidas por el INSABI. La labor conjunta sólo se ha dado entre las direcciones generales de la SIDSS y los encargados de las cuatro áreas del INSABI. La falta de una definición legal específica del INSABI contribuye a la falta de institucionalidad en su relación con la SIDSS.

V. Temas relevantes y pendientes con la Oficina de la Abogada General.

Desde el mes de mayo de 2019 la Oficina de la Abogada General (OAG) pidió comentarios y propuestas para el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. A pesar de que este documento en su última versión fue presentado el 12 de julio de 2019, no ha sido atendida la solicitud de una discusión entre los titulares de las instancias mayores de la SS, pese a las múltiples solicitudes formales emitidas por la SIDSS.

La última opinión solicitada a la SIDSS por parte de la OAG fue el 25 de febrero de 2020 referente a la propuesta de anteproyecto del Reglamento Interior del INSABI. Esta solicitud que fue atendida en tiempo y forma el 17 de marzo de 2020, mediante oficio, donde se hacen de conocimiento a la OAG y al titular de la Secretaría de Salud, las propuestas y comentarios de la SIDSS para la integración del Reglamento Interior del INSABI.

Asimismo, se recibió por parte de la OAG una convocatoria extemporánea por correo electrónico el sábado 15 de febrero de 2020, a la presentación del Estatuto Orgánico del INSABI. La convocatoria era para el martes 18 de febrero de 2020, incumpliendo con el requisito indispensable de plazo de convocatoria para este tipo de sesiones, toda vez que se emitió la invitación en un día inhábil y no fue hecha por el presidente del organismo correspondiente, el Secretario de Salud. Esto se hizo notar a través de correo electrónico a la convocante. La sesión de presentación del Estatuto Orgánico resultaba incongruente debido a que, hasta el momento, no se había convocado a la titular de la SIDSS a reunión alguna para la aprobación del Estatuto próximo a presentar, siendo que funge como vocal en la Junta de Gobierno del INSABI. El lunes 17 de febrero de 2020, se recibió por correo electrónico la notificación de cancelación de la presentación del Estatuto Orgánico del INSABI, programada para el 18 de febrero de 2020.

El 24 de marzo de 2020 fue recibida en la oficina de la SIDSS por vía económica para firma, el Acta de la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del INSABI, celebrada el 17 de febrero de 2020 a las 17:00 horas, reunión a la cual la titular de la SIDSS no fue convocada. Fue hasta ese día 24 de marzo de 2020 (un mes y siete días después de que se llevó a cabo la primera sesión extraordinaria), que junto con el Acta arriba señalada, se recibió el oficio de invitación firmado por el titular de la SS, el cual no obra en los registros ni controles de correspondencia oficiales de la SIDSS (Sistema de Administración de Correspondencia –SAC–), así como tampoco cuenta con sello de recibido por parte de esta oficina de la SIDSS, por lo cual se tenía total desconocimiento del evento y del contenido del documento materia de aprobación.

Adicionalmente, en el Acta de la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del INSABI, se menciona en el desahogo del cuarto punto del orden del día, que el Estatuto Orgánico del INSABI fue aprobado de manera unánime, lo cual resulta imposible siendo que la titular de la SIDSS e integrante de la Junta de Gobierno no participó en dicha sesión a pesar de que su nombre consta en el Acta.

VI. Creciente convergencia entre los servicios públicos hacia el establecimiento de un Sistema Único y Público de Salud.

Una de las estrategias generales de la política nacional de salud es avanzar hacia la fusión entre todos los servicios públicos de salud. El trabajo conjunto entre las instituciones del Grupo de Primer Nivel de Atención, encabezado por la SIDSS y con participantes de las instituciones de seguridad social, tenía como premisa el compromiso que el resultado del trabajo conjunto se instrumentaría por todos los participantes. La innovación de esta perspectiva es considerar a toda la población, asegurada o no, desde este nivel como una población única y sujeta a las mismas intervenciones tanto de promoción y prevención como de atención médica. La colaboración entre los SESA y las instituciones de seguridad social se ha visto en las pruebas piloto.

Este compromiso va de la mano con la implantación de los Distritos de Salud en sustitución de las jurisdicciones sanitarias.

VII. Estudio de las inequidades en salud.

Se generó el Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México (anexo 9) elaborado por el Observatorio Nacional de Inequidad en Salud (ONIS), el cual es coordinado por la SIDSS. El ONIS reúne la colaboración entre instituciones del Estado mexicano, academias y organismos internacionales, permitiendo conjugar y alinear grandes bases de datos provenientes de distintas fuentes de información administrativa recolectada con otros propósitos y someterlas a un análisis riguroso para producir un conocimiento complejo sobre la salud de la población. Dado que la única variable común entre estas fuentes de datos fue el municipio este primer informe hace una estratificación de éstos sobre la base de etnicidad y ingreso medio. Estos estratos mostraron brechas claramente distinguibles.

El primer informe generado, dada la riqueza de los datos y la metodología utilizada, abre muchas vertientes para esclarecer procesos específicos involucrados en la producción de las desigualdades en salud que se sufren en el país.

VIII. Aplicación de la Ley de Austeridad Republicana.

De conformidad con la política de austeridad del actual gobierno federal, que se materializó en la Ley Federal de Austeridad Republicana publicada en el DOF el 19 de noviembre de 2019, la SIDSS inició a principios de 2019 un proceso de reestructuración orgánica, mediante el cual redujo en un 20% su estructura, representado un ahorro de \$24,118,069.48 con 41 plazas canceladas, tanto de la SIDSS como de sus direcciones generales y órgano desconcentrado adscritos.

El 8 de julio de 2019, se remitió mediante oficio la estructura autorizada y firmada por la SIDSS y el 27 de enero de 2020 se recibió por parte de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, la Estructura de la SIDSS autorizada, quedando registrado en el Sistema Rhnet bajo el escenario "SIDSS_GA191014101"; con este acto se concluyó el proceso.

Es importante resaltar que la SIDSS fue la única unidad de la SS que logró con éxito la consolidación de su estructura, la cual se encuentra alineada al proyecto de Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. A la fecha no tuvo ninguna responsabilidad jurídica laboral por el acto.

Otro resultado importante relacionado con la Ley de Austeridad Republicana durante la presente gestión, fueron las economías obtenidas con la reducción del espacio físico ocupado por la coordinación de apoyo técnico de la SIDSS, con lo cual, a partir de 2020, esta Subsecretaría no ejerce recursos por concepto de "Arrendamiento de edificios".

IX. Participación en la contingencia por COVID-19.

La Secretaría de Salud constituyó el Subcomité Técnico de Enfermedades Emergentes (STEE) el 31 de enero de 2020 para atender la emergencia sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2, en cuyo seno se conformaron 8 grupos técnicos de trabajo. Asimismo, se convocó a la constitución del Comité Nacional de Seguridad en Salud.

La DGED representó a la SIDSS en el STEE antes de que las sesiones quedaran suspendidas debido a la jornada nacional de Sana Distancia; participó en las reuniones del Grupo de Atención Médica e Investigación y el Grupo de Equipos de Respuesta Especializada, y colaboró en la revisión de documentos de lineamientos oficiales². Esta participación coordinada permitió la conformación de interrelaciones profesionales y técnicas con los diferentes participantes del sector y de otros sectores, así como el monitoreo de procesos para atender las necesidades de salud de la población afectada.

La DGIS participó en el diagnóstico de la capacidad de atención de las instituciones del sector; en la definición de una estrategia para la recolección de información de hospitales COVID-19 para conocer las camas susceptibles a reconvertir y las características de equipos médicos; diseñó la plataforma de la cédula para el diagnóstico hospitalario y la posterior revisión de resultados; integró reportes ejecutivos de la Cédula de Evaluación para hospitales prioritarios COVID-19, así como de la plataforma de consulta y análisis; desarrolló dos aplicativos para apoyar al INSABI con el monitoreo diario sobre disponibilidad de camas e integración de reportes ejecutivos cada 24 horas de la Red Negativa de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) de más de 600 hospitales cuyo documento, elaborado con DGPLADES, se envía diariamente al INSABI para la toma de decisiones a nivel nacional.

Realizó además la generación de Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES) para las unidades temporales COVID-19 y desarrolló con el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE) un documento sobre el correcto llenado del certificado de defunción. Apoyó también en la creación de los modelos matemáticos para la proyección futura de la pandemia, incluyendo el seguimiento de su posible “aplanamiento”.

² Documentos disponibles para consulta a través de la página web habilitada por el Gobierno Federal para la atención a COVID-19: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>

La DGPLADES, participó en las mesas de infraestructura en salud, dando como resultado, el listado inicial de unidades médicas que tanto la Secretaría de Salud como el IMSS e ISSSTE dispondrían para la atención a COVID-19 en sus planes de reconversión, logrando la firma de un acuerdo sectorial; generó la Plataforma de información de infraestructura para la reconversión Hospitalaria; así como el documento “Propuesta de medicamentos para el tratamiento de COVID-19” (anexo 10); coordinó la suscripción del Acuerdo General para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica entre la SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX, con el objetivo de fijar los lineamientos generales y criterios operativo-administrativos, financieros y jurídicos en los procesos para el intercambio y/o prestación unilateral de servicios de atención médica hacia la universalización de los servicios de salud; definió el Catálogo de Intervenciones, Tratamientos, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tarifas para el Intercambio de Servicios y los procedimientos de derivación y contraderivación establecidos en el Manual de Lineamientos Generales para el Intercambio de Servicios.

La DGCES participó en el desarrollo de instrumentos de capacitación, particularmente integró dos cursos sobre COVID-19 y realizó difusión de los mismos. Respecto a la acreditación de unidades médicas, elaboró una cédula de autoevaluación para Centros de Atención Temporal y Hospitales Móviles. Desarrolló el instrumento y video sobre triage respiratorio e infografías con recomendaciones para el personal de salud; realizó la integración de necesidades de recursos humanos especializados en el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria y diseñó el Lineamiento e infografías para uso del Equipo de Protección Personal (EPP). En las reuniones virtuales del Comando Operativo COVID-19 participó en la revisión de avances de las estrategias; en reuniones del CONASA atendió la situación de los pasantes de servicio social de medicina y de enfermería y realizó la encuesta “Expectativas y percepciones del personal de salud en formación” a becarios en formación.

Asimismo, en apoyo al Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia generada por el virus SARS-CoV-2 publicado el 30 de marzo de 2020 en el DOF y en atención al acuerdo No. 202 del 13 de mayo de 2020 del Comando de Operaciones de Emergencia en Salud Pública (COESP), personal de la DGCES realizó visitas del 21 al 29 de mayo a 19 establecimientos de los estados de Baja California, Chiapas, Hidalgo, Morelos, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz. Se aplicaron cédulas de evaluación de los Centros de Atención Temporal y Hospitales COVID-19 para

identificar barreras al logro de una atención de calidad y retroalimentación a los SESA en la instrumentación de la estrategia de reconversión y expansión hospitalaria.

El CENTEC atendió las solicitudes de asesoría para la actualización del Compendio Nacional de Insumos para la Salud enfocados a la atención de COVID-19. Brindó colaboración técnica y clínica con la OPS/OMS en el desarrollo de la “Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con COVID-19 en las Américas” y en el “Uso de oxígeno y estrategias de ventilación invasiva y no invasiva en el contexto de la infección por el nuevo coronavirus”; colaboró con la COFEPRIS para la generación de fichas de especificaciones técnicas para ventiladores, desfibriladores-monitores y termómetros electrónicos e infrarrojos, así como en la generación de disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores durante la emergencia sanitaria.

X. Participación en materia de Normas Oficiales Mexicanas (NOM).

El CENETEC participó en los grupos técnicos para la revisión y actualización de NOM, contribuyendo con el componente de equipamiento médico, en los siguientes comités:

- Normas SSA3: 034 (Ambulancias), 016 (Infraestructura hospitales), 025 (Cuidados Intensivos), 030 (Acceso a personas con discapacidad), 027 (Urgencias) y 034 (Atención médica prehospitalaria).
- Normas SSA1: 240 (Tecnovigilancia) y 241 (Buenas prácticas de fabricación de dispositivos médicos).

Asimismo, la DGCES se encuentran en revisión las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

Cuadro 2. Estatus de revisión de NOM por parte de la DGCES.

NOM	ESTATUS
NOM-003-SSA3-2010 , Para la práctica de la hemodiálisis.	En espera de respuesta de la CONAMER.
NOM-004-SSA3-2012 , Del expediente clínico.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional.
NOM-005-SSA3-2010 , Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	En OAG para publicación en el DOF.
NOM-006-SSA3-2011 , Para la práctica de la anestesiología.	Pendiente de Análisis de Impacto Regulatorio para la CONAMER.
NOM-007-SSA3-2011 , Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.	Pendiente de Análisis de Impacto Regulatorio para la CONAMER.
NOM-011-SSA3-2014 , Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos.	En consulta nacional.
NOM-012-SSA3-2012 , Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.	Pendiente respuesta de la OAG y Análisis de Impacto Regulatorio para la CONAMER.
NOM-015-SSA3-2012 , Para la atención integral a personas con discapacidad.	Pendiente respuesta del jurídico y envío del Análisis de Impacto Regulatorio para la CONAMER .

NOM	ESTATUS
NOM-016-SSA3-2012 , Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	Se encuentra el proyecto en la OAG.
NOM-017-SSA3-2012 , Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional y pendiente Análisis de Impacto Regulatorio.
NOM-025-SSA3-2013 , Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	Proyecto de NOM para el Comité Consultivo Nacional.
NOM-026-SSA3-2012 , Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional.
NOM-027-SSA3-2013 , Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional.
NOM-028-SSA3-2012 , Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.	Está en la OAG.
NOM-029-SSA3-2012 , Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional.
NOM-030-SSA3-2013 , Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.	Está en la OAG.
NOM-034-SSA3-2013 , Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.	Aprobado para Comité Consultivo Nacional y pendiente Análisis de Impacto Regulatorio.

NOM	ESTATUS
Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018 , Educación en Salud, para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas en Establecimientos para la Atención Médica.	En revisión para atender comentarios.
Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013 , Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.	Inicia revisión en 2019.
Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2018 , Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.	Pendiente publicación DOF.
Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA3-2018 , Educación en Salud. Criterios para la Utilización de los Establecimientos para la Atención Médica como Campos Clínicos en la prestación del Servicio Social de Enfermería.	Pendiente publicación DOF.
NOM-031-SSA3-2012 , Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.	En proceso en el DIF.
NOM-032-SSA3-2010 , Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.	En proceso en el DIF.

Fuente: DGCEs, 2020.

XI. Participación en materia del Programa Nacional de Reconstrucción (PNR).

El Programa Nacional de Reconstrucción (PNR) se incorporó en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2019, con el objeto de retomar la responsabilidad del Estado en la protección de los derechos humanos de las personas y de las comunidades afectadas por los sismos de septiembre de 2017 y febrero de 2018, con un presupuesto para la Secretaría de Salud de 800 mdp.

El 26 de marzo de 2019 se publicó en el DOF, el acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales del Programa Nacional de Reconstrucción y con fecha 29 de agosto de ese mismo año se publicaron los Lineamientos Específicos del Sector Salud.

La cobertura del PNR en materia de infraestructura de salud, se enfocó a las localidades afectadas por los sismos, ubicadas en los estados de Chiapas, México, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Ciudad de México.

Se solicitó a los Organismos Públicos Descentralizados (Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Instituto Nacional de Psiquiatría y al HRAE Tuxtla Gutiérrez) y a las entidades federativas de los estados referidos a través de sus Secretarías de Salud, una relación de unidades afectadas por los sismos, que en ese momento no contaban con recursos para su reconstrucción o terminación. Sobre esta base se integró un listado de 401 inmuebles de salud con posibles daños provocados por dichos fenómenos naturales.

Se llevó a cabo en forma coordinada con la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física, las SESA y los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) el levantamiento in situ de los daños de cada unidad a través de las cédulas de diagnóstico para determinar qué unidades médicas incluir en el PNR. Para ello se consideró la concentración, la proporcionalidad y la gravedad de los daños que presentaban; así como aquellas que no fueron consideradas con recursos del FONDEN o que para su conclusión requerían recursos adicionales. Con estos criterios se diagnosticaron un total de 102 inmuebles de infraestructura en salud para su reconstrucción.

En los meses de septiembre y octubre de 2019 se formalizaron Convenios Específicos de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el carácter de subsidios, con las Secretarías de Salud y de Finanzas de los estados de Chiapas, México, Guerrero, Morelos, Oaxaca y Puebla. Asimismo, mediante adecuación presupuestaria se transfirió recurso al Hospital General de México, Hospital Juárez de

México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Hospital Regional de Alta Especialidad en Chiapas.

El total de recurso transferido a las entidades federativas y OPD fue del orden de los 467.98 mdp, de los 800 mdp presupuestados originalmente, para la atención de 102 unidades con acciones de rehabilitación, demolición, estudios y proyectos ejecutivos.

Los Estados de Puebla y México, considerando los plazos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación y en los Lineamientos Específicos de comprometer el recurso antes del 31 de diciembre de 2019, y considerando que éste les fue transferido el 2 y el 27 de diciembre de 2019 respectivamente, manifestaron no estar en condiciones de poder ejercer los recursos en la fecha establecida, solicitando su reprogramación para el ejercicio fiscal 2020. La misma situación prevaleció con el Hospital General de México.

El Estado de Morelos, derivado de economías que presentó incorporó dos unidades más para su rehabilitación, sin incrementar el monto transferido, para un total de 104 acciones.

En conclusión, se registraron 104 acciones para su reconstrucción con recursos del Programa Nacional de Reconstrucción 2019. Sin embargo, por los pronunciamientos de Puebla, México y el Hospital General de México de no poder ejercer el recurso en 2019 y reprogramar las acciones para el ejercicio 2020; se atendieron en la Ciudad de México y en los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos y Oaxaca, un total de 81 inmuebles de infraestructura en salud.

Las 81 acciones registradas presentan un avance físico del 100% y se está en proceso de revisión de la información presentada para la comprobación de los recursos transferidos.

Para dar continuidad al PNR se autorizaron 333.33 mdp en el PEF 2020 a la Secretaría de Salud para la operación del programa, lo cual permitirá la reconstrucción de 62 unidades médicas en los estados de México, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla y Ciudad de México.

Con fecha 2 de abril del año en curso se publicaron en el DOF el Acuerdo por el que se establecen las Reglas de Operación del PNR para el ejercicio 2020, estableciendo en su numeral 7.3 el Proceso de operación del sector salud.

Del monto total autorizado (333.3 mdp) se transferirán 316.6 mdp a las entidades federativas y OPD (Instituto Nacional de Psiquiatría, Hospital General de México y Hospital Juárez de México) para la atención de las unidades registradas ya que las Reglas de Operación del PNR considera un 5% para gastos de operación. Es decir que 16.6 mdp se destinarán para las acciones de verificación, supervisión y seguimiento.

De las 62 acciones programadas en el PNR 2020, se llevará a cabo la sustitución y reubicación por obra nueva de 20 unidades médicas, mismas que cuentan con Certificado de Necesidad y proyecto ejecutivo; la rehabilitación de 36 unidades y la elaboración de 6 estudios y proyectos ejecutivos.

Es de señalar que las acciones programadas en el 2019 del estado de México, Puebla y del Hospital General de México, están presupuestadas para este ejercicio fiscal.

A la fecha están formalizados todos los Convenios Específicos de Colaboración en materia de Transferencia y de Traspaso de los Recursos Presupuestarios Federales, con la Secretaría de Salud y de Finanzas del estado de México, Guerrero, Morelos, Oaxaca Puebla y con el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Hospital Juárez de México y el Hospital General de México. Los recursos para Guerrero y el Instituto Nacional de Psiquiatría fueron transferidos y traspasados en la primera semana del mes de mayo.

XII. Participación en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica . Pp S200.

La DGPLADES, como área normativa responsable de vigilar la operación del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM), realizó acciones de análisis durante el mes de diciembre del ejercicio 2018, para la actualización e integración de las Reglas de Operación del Programa FAM para el ejercicio 2019. Derivado de lo anterior y con la finalidad de ampliar la red de atención a través de unidades móviles en regiones de alta marginación y dispersión poblacional, logró la continuidad de acciones a través de 739 unidades médicas móviles de diferente capacidad resolutive que operaron en todo el territorio nacional. Con lo anterior se logró acercar los servicios de primer nivel de atención a la salud a 706 municipios y 11,049 localidades, en beneficio de más de 1.5 millones de personas. Se les otorgaron 9.86 millones de acciones en materia de salud, de las que 2.03 millones corresponden a atención médica y 7.83 millones a acciones de promoción y prevención a la salud que contribuyeron con el bienestar social del país .

Durante el año 2019, se formalizaron convenios con las diversas entidades federativas, a fin de transferirles recursos por 421,491.33 miles de pesos, para cubrir los conceptos de honorarios asimilados a salarios del personal contratado por el programa, viáticos y pasajes para el personal gerencial de las 32 entidades federativas, gastos de operación del Centro Operativo para la Atención de Contingencias (COPAC) y sustitución de 13 unidades médicas móviles que ya cumplieron su vida útil de operación en el estado de Querétaro.

Respecto al ejercicio de enero al 15 de junio de 2020 se transfirieron a las 32 entidades federativas 409.534 mdp, para cubrir los conceptos de honorarios asimilados a salarios del personal contratado por el programa, así como los viáticos y pasajes para el personal gerencial y gastos de operación del Centro Operativo para la Atención de Contingencias (COPAC). Para el presente año se cuenta con 741 unidades médicas móviles con las cuales se tiene una cobertura a nivel nacional beneficiando a 730 municipios y 11,451 localidades con servicios de primer nivel de atención, en donde más de 1.5 millones de personas también han sido beneficiadas, a través del otorgamiento a nivel nacional de 3.28³ millones de acciones en materia de salud (0.67 millones correspondientes a atención médica y 2.61 millones a acciones de promoción y prevención a la salud), con lo cual se ha podido

³ Las cifras de productividad del PFAM para este periodo son proyectadas derivado de la contingencia por COVID-19.

contribuir en gran medida al acceso integral de servicios de salud brindados a la población más vulnerable del país.

XIII. Intergración de informes de gobierno y evaluación del desempeño.

En el marco de las atribuciones de la DGED, se realizó la integración del apartado de salud en su informe escrito y anexo estadístico del 1er Informe de Gobierno 2018-2019. En el mes de abril 2019 se solicitaron los enlaces correspondientes al Informe de Gobierno y Labores y en el mismo mes se realizó la reunión informativa para facilitar la integración del informe. Los trabajos formales para la integración iniciaron en el mes de junio y terminaron el 24 de agosto de 2019. El informe se concluyó en tiempo y forma, principalmente por la comunicación y seguimiento cercano con las áreas aportantes, así como con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El eje rector del Informe de Gobierno es el Plan Nacional de Desarrollo (PND). La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) se encarga de coordinar las actividades de integración en la administración pública federal. En la Secretaría de Salud, esta tarea es atribución de la SIDSS, específicamente de la DGED, que se encarga de coordinar el desarrollo de la integración del Apartado de Salud. Este apartado contempla dos secciones: el informe escrito y el anexo estadístico. El informe escrito es el resumen narrativo, mientras que el anexo es una serie de cuadros estadísticos.

La DGED inició tareas de preparación en marzo 2020. Los trabajos de integración inician formalmente con la petición de la SHCP aproximadamente entre la última semana de mayo y la primera semana de junio. Es importante mencionar que la integración del apartado de salud es un proceso iterativo que comprende al menos tres ciclos de petición, integración, entrega y ajuste al documento entre la DGED y SHCP. Aproximadamente, en la tercera semana de agosto SHCP envía a Presidencia la versión integrada del Informe, para revisión y comentarios. La versión final del documento contiene los ajustes solicitados por Presidencia y la validación de SHCP.

El Informe de labores de la Secretaría de Salud se realiza como cumplimiento al artículo 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el instrumento mediante el cual todos los secretarios de estado rinden un informe de las actividades realizadas entre el 1 de septiembre al 30 de agosto. En este sentido, las acciones realizadas sobre este tema son las siguientes:

- Integración, elaboración y entrega del primer informe de labores que abarcó el periodo 1 de septiembre 2018 al 30 de agosto de 2019. Adicionalmente, este informe implica la contratación de la edición e impresión de éste en formato electrónico ya

que se envía a distintas instancias a través de la Secretaría de Gobernación. Esta primera edición se encuentra disponible en la siguiente página electrónica: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/490167/1er Informe de Labores SS 2018-2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/490167/1er_Informe_de_Labores_SS_2018-2019.pdf)

- En 2020, se encuentra en proceso de integración de segundo informe de labores que comprende el periodo 1 de septiembre de 2019 al 30 de agosto de 2020. Este informe a diferencia del anterior se está integrando con base en el borrador del Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024. Aún se encuentra en la validación de temas a reportar por parte de las unidades administrativas de la Secretaría de Salud y de la Instituciones pública que forman parte del Sector Salud.

Adicionalmente y en atención a lo que establece la fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente, corresponde a la DGED establecer y coordinar un Sistema General de Indicadores de Salud, conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes que permita dar seguimiento a los resultados de las actividades de la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud.

Durante 2019 y 2020 se están actualizando todos los indicadores de resultado con el fin de contar con información para la toma de decisiones. A la fecha se encuentra un avance del 70%.

La Secretaría de Salud a través de la DGED se ha encargado de dar seguimiento a la evaluación de los objetivos intermedios de los sistemas nacional y estatales de salud a través de los 57 indicadores de resultado en coordinación con el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Falta poner los trámites para hacer las evaluaciones externas.

XIV. Guías de Práctica Clínica.

El CENETEC llevó a cabo la publicación de 19 Guías de Práctica Clínica (GPC) de actualización en el Catálogo Maestro durante el 2019 (en sus dos versiones de “Evidencias y Recomendaciones” y “Referencia Rápida”), para su difusión e implementación en el Sistema Nacional de Salud. Está pendiente la publicación de 13 GPC (1 de nueva creación y 12 de actualización) para la primera Sesión Ordinaria del Comité Nacional de GPC del 2020 que no se ha realizado por la emergencia COVID.

Asimismo, realizó la actualización del Universo Prioritario de GPC conformado por 53 GPC en 10 categorías: enfermedades cardiovasculares; diabetes mellitus; neoplasias; embarazo normal y sus complicaciones; sobrepeso y obesidad; salud mental; enfermedad renal; enfermedades respiratorias agudas; enfermedades diarreicas agudas; y enfermedades emergentes.

Desarrolló e implementó el “Motor de búsqueda de GPC” en el Catálogo Maestro. En 2019 se registraron 2,064,335 de visitas al Catálogo Maestro, lo que significó un incremento del 41% comparado con el 2018. Los países con mayor número de visitas después de México son Colombia, Perú, Estados Unidos, Ecuador, Argentina, España, Bolivia, Guatemala y Venezuela.

Se proporcionó apoyo técnico a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) para el desarrollo del Catálogo Priorizado del Programa de Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral, primera edición 2019 y se publicó dentro del sitio web del CENETEC las guías clínicas generadas por la Dirección del Programa de Salud en el Adulto y Anciano del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

XV. Formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

A través de la DGCES se asignaron 7,315 becas para médicos internos de pregrado y un total de 53,237 becas para los pasantes de servicio social de todas las áreas de la salud.

Cuadro 3. Asignación de becas para médicos internos de pregrado, 2019 y 2020.

INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO		2019		2020	TOTAL
		Primer semestre	Segundo semestre	Primer semestre	
		2,051	3,201	2,063	7,315
SERVICIO SOCIAL	Investigación	169	224	170	563
	Medicina	3,595	4,523	3,442	11,560
	Atención Médica	2,852	3,497	2,694	9,043
	Regulación Sanitaria	95	35	98	228
	Enfermería	4,498	18,963	4,295	27,756
	Estomatología	1,305	1,538	1,244	4,087
	TOTAL	14,565	31,981	14,006	60,552

Fuente: DGCES, 2020.

En febrero de 2020 se inició un estudio comparativo de dos modalidades de Servicio Social en Medicina en 5 estados: Chiapas, Chihuahua, Colima, Guanajuato y Morelos para determinar la idónea en la formación integral de los médicos pasantes. Algunos resultados preliminares se tendrán en julio de 2020.

En materia de Residencias Médicas se informa la siguiente ocupación de campos clínicos en los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia:

Cuadro 4. Ocupación de campos clínicos por residencias médicas.

CICLO ACADÉMICO 2019-2020		CICLO ACADÉMICO 2020-2021	
Campos Clínicos Ocupados	Unidades Hospitalarias	Campos Clínicos Ocupados	Unidades Hospitalarias
10,220	134	10,221	134

Fuente: DGCES, 2020.

Para los ciclos académicos 2019- 2020 y 2020-2021 se logró tener una ocupación superior al 98% con relación a las plazas autorizadas por la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) de la SS. Asimismo, en 2020 se logró el pago de los residentes en la primera quincena del mes de marzo. Este logro fue el resultado de múltiples reuniones con la DGRHO, en las cuales se estableció la colaboración conjunta para que se implementara un sistema informático para la generación de los Formatos de Movimientos de Personal (FOMOPE) y su captura a partir de los datos proporcionados por la DGCES.

Por otro lado, para fortalecer la atención médica especializada en atención primaria, se programaron rotaciones de campo para médicos residentes de último año de Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar y Pediatría como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Rotaciones de campo para médicos residentes de último año.

CICLO ACADÉMICO 2019-2020		CICLO ACADÉMICO 2020-2021	
Residentes Especialistas del último año	Unidades Hospitalarias para realizar rotación	Residentes Especialistas del último año	Unidades Hospitalarias para realizar rotación
1,550	145	1,562	145

Fuente: DGCES, 2020.

En materia de capacitación se coordinó la elaboración de los programas de capacitación de los Servicios de Salud de 31 Estados (excepto la CDMX), quienes reportaron, a través del Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud (SNAC), 42,115 eventos de capacitación para beneficiar a 1,617,377 trabajadores de la rama médica, paramédica y afín.

XLIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2019

El 29 de marzo de 2019 se publicó en la página de Internet de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) la Convocatoria para el XLIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2019

Del 13 de abril y hasta el 14 de junio de 2019, se realizaron las acciones de registro, pago, integración y revisión de expedientes electrónicos para determinar los médicos aspirantes que sustentarán el examen.

En los meses de junio y julio de 2019, se realizó el Encuentro Académico de Evaluación en Educación Médica con el fin de llevar a cabo la revisión del instrumento académico de evaluación.

En los meses de mayo a agosto se realizaron los diversos procesos de contratación requeridos, uno de los más críticos es el “Servicio Integral de Infraestructura Tecnológica para la aplicación del ENARM”, el cual se contrató mediante Licitación Pública en conjunto con la Dirección General de Tecnologías de la Información y la Dirección General de Recursos Materiales.

Del 24 al 29 de septiembre de 2019 se realizó exitosamente la aplicación del XLIII ENARM 2019 en las 10 sedes distribuidas en 6 entidades federativas (Chiapas, Ciudad de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León y Puebla).

El 18 de octubre de 2019 se realizó el proceso de selección del XLIII ENARM 2019 de los médicos que sustentaron el examen

El 19 de octubre de 2019 se publicaron en la página de Internet de la CIFRHS los folios de los médicos seleccionados en cada especialidad del XLIII ENARM 2019.

El 6 de noviembre de 2019, se efectuó la entrega de constancias de seleccionados en las 32 entidades federativas.

El XLIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) realizado en 2019 dio como resultado lo que muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 6. Resultados del XLIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas

XLVIII ENARM 2019				
Categoría	Sustentantes	Selección Ordinaria	Selección Extraordinaria	Total Seleccionados
Mexicana	41,130	9,480	392	9,872
Extranjera	1,316	191	16	207
SEDENA	167	72	0	72
SEMAR	67	25	0	25
Totales	42,680	9,768	408	10,176

Fuente: DGCES, 2020.

XLIV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2020.

El 27 de marzo de 2019 se publicó en la página de Internet de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) la Convocatoria para el XLIV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2020.

Del 4 de abril hasta la fecha, se realizaron las acciones de registro, pago e integración de expedientes electrónicos de los médicos aspirantes. El proceso terminará hasta el próximo 8 de mayo.

Para la aplicación electrónica del XLIV ENARM 2020, durante los meses de febrero a abril se han realizado trabajos conjuntos con DGTI para buscar alternativas que permitan reducir el costo de contratación de la infraestructura tecnológica, pero manteniendo los niveles de calidad y seguridad de la información. Las alternativas propuestas se basan en el cambio del formato de aplicación del examen en papel o en equipos tipo tabletas electrónicas.

Las propuestas exploradas representan un ahorro económico y para mantener los niveles de seguridad se opta por una solución que implica el uso de hojas de respuestas para lectores ópticos y tabletas electrónicas para visualizar el examen. Asimismo se dará continuidad a los trabajos para generar propuestas que contengan un formato de aplicación del examen con niveles adecuados de seguridad de la información que pueda ser aplicado en el futuro.

XVI. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.

La DGCES a través de la Dirección de Evaluación de Calidad ejerció los recursos asignados para el desarrollo del Programa Sustantivo a su cargo: G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica. En el periodo del 1 de diciembre de 2018 al 15 de junio de 2020, se formalizaron 12 Convenios Específicos de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con carácter de subsidios por un monto de \$14,220,000 para los viáticos y pasajes de personal evaluador que participa en los procesos de Acreditación y Reacreditación. Las 12 entidades beneficiadas fueron: Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas.

Se realizó un taller de competencias profesionales para la evaluación de la calidad de los establecimientos y servicios de atención médica en el marco del convenio de colaboración entre México y la Superintendencia de Chile, el 31 de julio y 1 de agosto de 2019; se realizaron 4 Reuniones Regionales: 12 y 13 de noviembre en Tepic, Nayarit; 19 y 20 de noviembre en Mérida, Yucatán; y 26 y 27 en Torreón, Coahuila; dirigidas a profesionales de la salud de nivel directivo y operativo para dar a conocer el Modelo de Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada México (APS-I Mx).

En el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica se realizaron visitas de evaluación a establecimientos adscritos a los 32 Servicios Estatales de Salud y CCINSHAE, con Acreditación y Reacreditación de 2,152 establecimientos en primer y segundo nivel para intervenciones del CAUSES, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y Seguro Médico Siglo XXI en ausencia de los nuevos criterios establecidos por INSABI. Hasta mayo 2020 hay 9,639 unidades acreditadas para CAUSES, 1,135 servicios para el FPGC y 60 servicios del Seguro Médico Siglo XXI. De enero de 2019 al 15 de junio de 2020 se han realizado 85 supervisiones en 55 establecimientos de 27 entidades federativas.

A partir de la modificación del Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica publicado en el DOF el 22/08/19, la prestación de servicios de salud de primer nivel contempló una acreditación diferenciada de acuerdo con la complejidad de los servicios mediante una autoevaluación inicial, que permitió la acreditación de 1,264 en 2019. En 2020 se han realizado 3 evaluaciones de las 1,452 incluidas en el Programa Anual de Acreditación 2020. De éstas se encuentran en proceso de dictamen 523 establecimientos en modalidad de autoevaluación.

En el periodo mencionado para el proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica se realizaron visitas de evaluación con fines de acreditación y reacreditación a establecimientos de los 32 Servicios Estatales de Salud y CCINSHAE; 2,152 acreditaciones en establecimientos en primer y segundo nivel para intervenciones de CAUSES, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y Seguro Médico Siglo XXI en ausencia de los nuevos criterios establecidos por INSABI. Al corte de mayo 2020 hay 9,639 acreditadas para CAUSES, 1,135 servicios en FPGC y 60 servicios en el Seguro Médico Siglo XXI. De enero de 2019 al 15 de junio de 2020 se han realizado 85 supervisiones en 55 establecimientos de 27 entidades federativas.

Cuadro 7. Acreditación de Establecimientos de Atención Médica

Categoría	2018	2019	2020
Programa Anual de Acreditación	1,040	2,669	1,452*
Establecimientos acreditados en CAUSES	9,778	7,782	9,639
Acreditaciones FPGC	505	861	1,135
Acreditaciones SM-SXXI	35	50	60

Fuente: DGCES, 2020.

* Acreditaciones programadas para el último cuatrimestre de 2020

El Programa G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica durante el ejercicio 2019, permitió la operación del proceso de acreditación mediante la ejecución de visitas de acreditación y reacreditación incluidas en el Programa Anual de Acreditación 2019. Esto incide en la calidad de la atención y la reducción de los riesgos asociados a la atención, al evidenciar el cumplimiento de criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad por parte de los establecimientos para la atención médica en apego a la normatividad vigente.

En apoyo al ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), publicado el 30 de marzo de 2020 en el DOF y en atención al acuerdo No. 202 del 13 de mayo de 2020 del Comando de Operaciones de Emergencia en Salud Pública (COESP), se realizaron visitas del 21-29 de mayo a 19 establecimientos de los estados de Baja California, Chiapas, Hidalgo, Morelos, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz, y se aplicaron cédulas de evaluación de los Centros de Atención Temporal y Hospitales COVID-19 para identificar barreras para lograr una atención de calidad y retroalimentar a los Servicios Estatales de Salud para la instrumentación correcta de la estrategia de

reconversión y expansión hospitalaria COVID-19. Se debe continuar realizando visitas en Entidades Federativas prioritarias.

Ciudad de México 30 de junio, 2020

EL ESCARAMUJO No. 106

SAN CRISTÓBAL DE LOS OXXOS *De la Pandemia de Coca-Cola FEMSA a la Sindemia...*

Gustavo Castro Soto
Otros Mundos A.C.

5 de Octubre 2020, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México

Además de los baches, la violencia, los feminicidios, los problemas vinculados a la falta de agua, la invasión ilegal de los humedales y terrenos prohibidos, las minas destrozando las montañas del Valle de Jovel, la corrupción, el robo de vehículos, el tráfico de droga, la destrucción de los bosques y la biodiversidad, los ríos contaminados, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, se distingue también por algo más: existen **33 tiendas Oxxo** que se van multiplicando por cada esquina de la ciudad junto con la imagen de **Coca Cola**. Estas tiendas venden refrescos principalmente de **FEMSA** y **comida chatarra**, y con su competencia han eliminado a muchas tiendas de los barrios y colonias de la ciudad. Han arrasado con la economía de muchas familias pobres en los alrededores en donde se instalan.

La empresa **FEMSA** (Fomento Económico Mexicano S.A.B. de C.V.) es la **dueña** de las tiendas **Oxxo** y al mismo tiempo es la **mayor embotelladora de Coca Cola Company en el mundo** y con mayor volumen de ventas. Tiene su sede en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, y opera en Filipinas así como en 10 países de América Latina entre las que se encuentra Argentina, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Colombia, México, Uruguay y Venezuela.

Las [Cadena Comercial OXXO, S.A. de C.V.](#), no son una franquicia, sino que operan bajo contratos de comisión mercantil y algunas otras con empleados directos. En **1978 FEMSA** abrió su **primer tienda Oxxo** en la ciudad de Monterrey, México. Hoy cuenta con más de **19,558 tiendas** en México, y más de 80 en Chile al igual que en Colombia.



En 2014 existían **622 mil tienditas** de abarrotes en el país según el INEGI. De ellas más de **85 mil** se ubicaban en la Ciudad de México. A pesar de que se calcula que atienden a más de **100 millones** de personas, y que representaban **50%** del sector de distribución, van desapareciendo con la agresiva instalación de **Oxxos** por todo el país. También se calcula que **por cada Oxxo** que abre, por lo menos **5 tienditas** de los alrededores terminan en la **quiebra** y cierran. Cada **8 horas** que se inaugura una nueva tienda **Oxxo** en el país elimina a su competencia y capta el dinero que ya no va a las familias, sino a la transnacional más poderosa que le acarrea mayores ganancias a *The Coca Cola Company*.



Una tienda de [abarrotes gana](#) en promedio **un peso** por la venta de un refresco de **Coca Cola** descontando los impuestos que paga. Y **Coca Cola FEMSA** ahorra miles de pesos en renta de locales y energía eléctrica al venderse sus refrescos chatarra fríos. Regala unos refrescos más si la tienda de abarrotes pone su refrigerador en “primera posición”, o sea de cara a la calle, para generar más publicidad, o si se compra más de diez cajas de sus productos En el caso de la venta de las Sabritas un abarrotes gana en promedio **dos pesos** por cada producto vendido. Como esto es más caro en las tiendas **Oxxo**, las ganancias de **FEMSA** son enormes, de ahí se explica su riqueza.

Otra Fuente, [El Financiero](#), documentó hace algunos años en un estudio que **8 empresas** de consumo masivo dominaban el **90%** de las ventas de las **750 mil tiendas de abarrotes y misceláneas** que operan en México, según datos de la Alianza Nacional del Pequeño Comerciante (Anpec), entre ellos **Coca Cola, Pepsi** (incluida Sabritas), **Bimbo, Grupo Modelo, Lala, Alpura, Philip Morris** (con Marlboro) y **Nestlé**. Kantar Worldpanel México estima que *“las tiendas tradicionales representan el 35% del gasto de los 31.5 millones de hogares en el país, y de ese monto, 43% se usa para la compra de lácteos y 58 por ciento para bebidas como refrescos, agua y jugos.”* También calcula que *“cada hogar mexicano realizó 276 visitas a una tienda de abarrotes o miscelánea en un año y 99 por ciento de las familias compraron una Coca Cola al menos en ese mismo periodo, aunque otros productos de Lala, Bimbo, Alpura y Nestlé también tienen una alta penetración.”*

Esto explica por qué **FEMSA** va por estas ganancias insertando las tiendas **Oxxo** por todos los barrios y colonias, por todas las gasolineras, con el fin de captar todos estos clientes que ha arrebatado a los abarrotes y tienditas y que ahora dice estar muy preocupado por ellas y desea apoyar a las familias mexicanas.

Según [Dinero/En Imagen](#), existen tiendas **Oxxo** en más de **50 pueblos mágicos**. Venden desde tarjetas de regalo de Google Play, iTunes, Xbox, Netflix, Spotify, Nintendo, Facebook, PlayStation, YouTube, etc; así como tacos, tortas, burritos, quesadillas, chilaquiles, molletes y hasta comida corrida, y **más de 2,500 productos en todas sus tiendas** que van desde chicles hasta celulares y tiempo aire conectando 1.2 millones de personas diariamente por medio de las recargas. También da el servicio de envío de dinero, depósitos y casetas telefónicas. **Se pueden pagar más de 5,000 servicios** como luz, agua, teléfono, televisión, predial, multas, tenencias, boletos de autobús, boletos de cine, hasta **actas de nacimiento y de matrimonio** en algunas ciudades.

Las tiendas **Oxxos** distribuyen productos de la transnacional estadounidense Colgate-Palmolive (Colgate, Palmolive, Suavitel, Ajax, Fabulso, Acción, Speed Stick, Hill's, Tom's) y **cuenta con 25 marcas propias**. **A diario se abren tres tiendas Oxxo nuevas**. Más de **13 millones de clientes** son atendidos diariamente. En 1995 abrieron la primera estación de servicio **OXXO Gas** y **actualmente cuenta con más de 500 gasolineras** en todo el país. **Oxxo** es la tercera cadena de supermercados con más ventas en México y **la séptima cadena comercial más grande en ventas en América Latina**.



Según [El Economista](#), las ventas de **Oxxo** representa más de **40%** de los **ingresos** anuales de **FEMSA**. Para Interbrand, es la **tercera marca** más valiosa del país, después de la cerveza Corona y Telcel.

Todo ese dinero y ganancias se canalizaban a las tienditas y abarrotes familiares quienes captaban a todos estos clientes. Por ello, FEMSA ha arrasado con las economías barriales y sigue abriendo sus tiendas por doquier.

PERO ESO SÍ, FEMSA ESTÁ MUY PREOCUPADO POR LAS TIENDITAS...

Con la [Ley de Oaxaca](#), de [Tabasco](#), y las que se preparan en otros estados del país como en Chihuahua, Ciudad de México, Tamaulipas, Colima y Chiapas, en el sentido de prohibir la venta de refrescos y comidas chatarras a menores de edad; con las **miles de firmas** en Chiapas exigiendo la expulsión de **Coca Cola FEMSA** de San Cristóbal de las Casas así como marchas y movilizaciones sociales; con la aparición reciente del **documental “El Susto”**; con la **solicitud del Síndico** de San Cristóbal de las Casas a la CONAGUA en el sentido de retirarle la concesión de **extracción de agua a Coca Cola FEMSA**; y con el inicio obligatorio a partir del 1 de octubre 2020 del **nuevo etiquetado** de productos que contienen exceso de azúcares, calorías, grasas saturadas, sodio, grasas trans (ácidos grasos insaturados), **Coca Cola FEMSA** ha visto, como en pocas ocasiones, amenazadas fuertemente sus ganancias y ha lanzado una agresiva y ridícula campaña publicitaria, visual y en los medios de comunicación. Su descrédito aumenta aunque su imagen es parte del paisaje urbano y rural en todo el país.

Por ello, ahora a **Coca Cola FEMSA** parece que le interesan las **tienditas** que ha ido destruyendo y en sus campañas televisivas recrea el apoyo a las familias, el reparto de mamparas transparentes para las tienditas que se reciben con sonrisas y felicidad por los dueños de un abarrotes, con imágenes donde la tiendita que aparece llena de productos Coca Cola también venden pan y otros productos del barrio. En San Cristóbal lanzan un proyecto de apoyo con tambos para la **captación de agua** de lluvia en los barrios. También han sacado a la calle los camiones gigantes con letreros enormes cuyos mensajes afirman que gracias a **Coca Cola FEMSA** dependen millones de familias y tienditas.

Así, la transnacional reparte sus productos en las pequeñas tiendas de abarrotes que les venden sus refrescos fríos sin pagar energía eléctrica ni rentas de locales, al tiempo que despliega en todos su propaganda con sillas, letreros, mesas, etc., con la imagen de la **Coca Cola**. Una contaminación visual que provoca cierto hartazgo a la población aunque la refresquera sigue imponiendo su imagen en cada rincón no sin miedo a perder un centavo de sus millonarias ganancias con su bebida y comida chatarras. Pese a todo ello, no sólo en México sino en América Latina existen denuncias, reclamos y movilizaciones por la [historia negra de las aguas negras](#) de **Coca Cola FEMSA**.



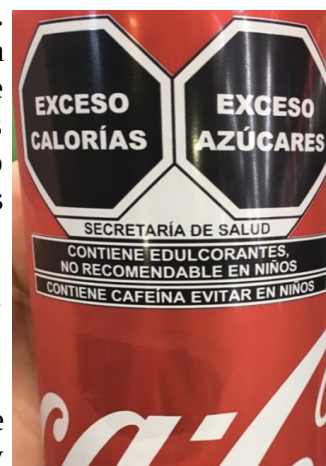
México es uno de los principales consumidores de refrescos especialmente de **Coca-Cola** pero también de otras de sus marcas como son Ciel, Sprite, Fanta, Power Ade, Delawer Punch, Ades, Del Valle, Monster Emery, FuzeTea, Yas, Sidral Mundet, y ;hasta la leche Santa Clara!

También en los **Oxxos** se venden los productos de la estadounidense **Pepsico** y su comida chatarra de **Sabritas**, así como de **Bimbo** y su filial de comida chatarra **Barcel**. En otras palabras, los **Oxxos** están llenas de refrescos y comida chatarra. Por ello no es casualidad que México tenga los mayores índices de la epidemia de la **obesidad, sobrepeso y diabetes** que se agrava en la población infantil. En el contexto de los más de 70 mil muertos por el **COVID-19**, el gobierno mexicano reveló que la **hipertensión y obesidad** fueron los principales problemas de salud preexistentes en todos los fallecidos.



México tiene los mayores índices de consumo de productos ultraprocesados de toda América Latina y el Caribe, y Chiapas es el ejemplo de lo que no se debe hacer ya que es la entidad del país con el mayor consumo de **Coca Cola** en un estado lleno de pobreza y miseria.

El **consumo de agua** por parte de las embotelladoras de **Coca Cola** es abismal. En San Cristóbal de los Oxxos la [planta de FEMSA consume 200 litros](#) por cada litro de refresco; **1.3 millones** de litros es lo que extrae del subsuelo, el que equivale al consumo diario de 13 mil personas; o el equivalente a 2,888 tinacos con capacidad de 450 litros de agua. Durante 20 años la refresquera extrajo alrededor de **10 mil millones** de litros de agua que equivalen a 4 mil albercas olímpicas.



Pese a todo, **FEMSA** tiene el descaro de afirmar que “*nos comprometemos a satisfacer las necesidades de hidratación de los consumidores y clientes de cada país donde operamos, además de desarrollar de manera sostenible cada comunidad donde operamos.*” Sus argumentos no han convencido y [cientos](#) de personas solicitan que el estado de Chiapas legisle al igual que Oaxaca y Tabasco para [prohibir la venta de bebidas y comidas chatarra en Chiapas a menores](#), y [27 mil firmas](#) que exigen que Coca Cola FEMSA [se retire](#) de San Cristóbal de las Casas ya que agudiza la crisis de acceso al agua en el Valle de Jovel. Por ello la campaña publicitaria de Coca Cola se vuelve más aguerrida. Para colmo expresa **Coca-Cola FEMSA**: “*En 2019 conseguimos un índice de uso de agua de 1.52 litros de agua por litro de bebida producida. Con esta referencia tenemos el compromiso de devolver la misma cantidad de agua que utilizamos en la producción de bebidas.*”

La **pandemia** de los **Oxxos** y del consumismo de **comida chatarra** ha generado una **sindemia**, que significa el contagio de dos o más pandemias como efecto dominó, que son causales unas de otras, que



interactúan y secuencialmente van apareciendo. De esta forma, la adicción a la **Coca Cola**, la falta de disponibilidad de **agua**, los **bajos precios** del refresco en zonas indígenas de Chiapas, la **diabetes**, la accesibilidad a la **comida chatarra** y la **crisis alimentaria** acompañada del colapso de los sistemas productivos locales, son enfermedades que se vinculan, se contagian y se dispersan. **Chiapas es el peor ejemplo** de lo que no se debe hacer, donde la empresa Coca Cola agrede la cultura indígena, se le permite entrar en todos los planteles educativos, en los edificios públicos e incluso en hospitales con sus refrigeradores para la venta de sus refrescos fríos cuya energía ni siquiera paga, donde financia eventos deportivos hasta campañas oficiales de salud bucal, donde a los niños se les alimenta con Coca Cola desde muy temprana edad, donde los problemas dentales, de diabetes y de adicción llegan a extremos preocupantes.

Tan solo en el **Hospital de las Culturas**, en dos años aumentó casi el **60%** de enfermedades que ponen en riesgo la salud de la población frente al **COVID-19** y que están asociadas a la **Diabetes**, una de las contribuciones del alto consumo de refrescos embotellados.

Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas			
Número de pacientes egresados pro patologías especificadas			
Enfermedad	2017	2018	2019
Diabetes Mellitus Tipo 1	3	4	4
Diabetes Mellitus Tipo 2	110	139	149
Hipertensión Esencial (Primaria)	43	75	85
Síndrome Metabólico	14	44	52
<i>Total</i>	170	262	290
<i>Elaboración: Gustavo Castro; Fuente: Base de Datos del Hospital de las Culturas/Departamento de Estadísticas.</i>			

LA VORACIDAD DE FEMSA

Los orígenes de **FEMSA** se remontan a 1890 con la creación de la **Cervecería Cuauhtémoc** por parte de los empresarios Isaac Garza, José Calderón Penilla, José A. Muguerra, Francisco Sada Gómez y Joseph M. Schnaider. Su crecimiento fue vertiginoso. En 1954 compró una planta **cervecera en Tecate**, Baja California Norte.

En 1979 abrió su división Coca-Cola FEMSA. En 1985 se fusiona con la **Cervecería Moctezuma** y en 1990 se fusiona con el nombre "Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma". En 1993 The Coca-Cola Company compra el 30% de las acciones de Coca-Cola FEMSA y con ello coloca el 19% del capital en



la Bolsa Mexicana de Valores y en el New York Stock Exchange. En 1994 Coca Cola FEMSA compra el 51% de las acciones de Coca-Cola en Buenos Aires, **Argentina**. En 1995 se asocian con Amoco Oil Co., para formar Amoxxo y operar los centros de servicio OXXO Express.

En 2003 compra Panamerican Beverages, Inc., **Panamco**, el embotellador más grande de América Latina y uno de los tres mayores embotelladores de productos Coca-Cola en el mundo. Con ello se convierte FEMSA en la compañía embotelladora líder de productos Coca-Cola en América Latina Latinoamérica y en la segunda más grande del sistema Coca-Cola a nivel mundial.

En 2004 compra el 30% de la **Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma** propiedad de John Labatt Limited. En 2006 logra el control de la cervecera **brasileña Kaiser**; en 2008 compra en Brasil la empresa **Refrigerantes Minas Gerais** Ltda., REMIL. En 2009 compra el negocio de agua embotellada Brisa a la empresa Bavaria, subsidiaria de SABMiller **Colombia**. También lanza la empresa Imbera, productora de enfriadores comerciales.

En 2011, junto con The Coca-Cola Company, compra Grupo Industrias Lácteas en **Panamá**, y fusiona la división de bebidas de **Grupo Tampico** y de **Corporación de los Ángeles** S.A. de C.V. con Coca-Cola FEMSA. En 2012 fusiona la operación de bebidas de **Grupo Fomento Querétaro**, S.A.P.I. de C.V. con Coca-Cola FEMSA S.A.B. de C.V. En 2013 compra el 100% de Industria Brasileira de Bebidas S.A. (SPAIPA), el segundo embotellador privado más grande de **Brasil**.

En 2013 Coca Cola FEMSA compra la Companhia Fluminense de Refrigerantes (“Companhia Fluminense”). También compra **Farmacias FM Moderna**, líder del ramo en Sinaloa y **Farmacias YZA**, líder del ramo en el sureste mexicano con base en Mérida, Yucatán. Fusiona Grupo Yoli con Coca-Cola FEMSA y toma el control de **Coca-Cola Bottlers Philippines**, Inc., CCBPI, propiedad de The Coca-Cola Company.

En 2014 compra el 80% de la cadena de **restaurantes Gorditas Doña Tota**. En 2015 compra la empresa **brasileña Atlas Transportes e Logística**, adquiere el 100% de la cadena de **Farmacias Farmacon** de Sinaloa y se apropia de la participación mayoritaria en **Grupo Socofar**, operador líder de farmacias en Sudamérica con más de 640 farmacias y 150 tiendas de belleza en **Chile** así como 150 farmacias en **Colombia**. Ese año inaugura una nueva planta embotelladora de última tecnología en **Brasil** y otra en **Colombia**.

En 2016 Coca-Cola FEMSA compra la embotelladora brasilera **Vonpar**, en 2018 compra **ABASA**, **Los Volcanes** y **MONRESA**, franquicias en **Guatemala** y **Uruguay**, ampliando a 14.6 millones de consumidores. En 2019 compra en **Ecuador** Corporación GPF, el operador líder de farmacias.

DOCUMENTAL “EL SUSTO”

Un **documental extraordinario** que retrata esta **sindemia** de la **Coca Cola** y las enfermedades en Chiapas y México. Aquí reproducimos los comentarios de **El Poder del Consumidor** sobre este documental.

El Poder del Consumidor afirma sobre este documental que “relata la crisis de salud pública derivada del alto consumo de bebidas azucaradas y productos ultraprocesados en México, y cómo detrás de ella se encuentran sus agresivas estrategias de publicidad y comercialización, así como la cooptación del gobierno mexicano por parte de esta industria a lo largo de varios sexenios, y las técnicas para bloquear las políticas públicas que ponen en peligro sus ventas.”



“La evidencia científica señala el consumo de bebidas azucaradas como un importante factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, una epidemia declarada Emergencia Sanitaria por la Secretaría de Salud desde el 2016, la primera en el mundo a causa de una enfermedad no transmisible y gracias a la cual la pandemia por COVID-19 encontró a una población mexicana enferma y debilitada, que nos mostró con claridad que la tragedia ya estaba allí.”

Afirma que “El 70% de los azúcares añadidos que consume la población mexicana proviene de las bebidas azucaradas, y 83% de niñas y niños entre los 0 y 4 años de edad ya consumen bebidas azucaradas de forma cotidiana.” Por si fuera poco, para el **Poder del Consumidor** “En México más de 11 millones de personas viven con diabetes, de los cuales aproximadamente 3 millones desconocen que la padecen. Por si no fuera suficiente, esta enfermedad cobra la vida de más de 100 mil mexicanos cada año.” Por ello y por salud pública, en 2014 México fue el primer país en adoptar el impuesto a las bebidas azucaradas como una política de salud pública.

“Las estrategias de publicidad y comercialización de las bebidas azucaradas han logrado posicionarlas en la vida cotidiana de la población, penetrando incluso en las tradiciones más populares, como el Día de Muertos.”

El doctor Simón Barquera, director del Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y experto entrevistado en el documental, subrayó que “40 mil 842 muertes de adultos cada año en México son atribuibles al consumo de bebidas azucaradas. Por eso, [El Susto](#) es una película imperdible. La población merece conocer que las bebidas azucaradas causan obesidad, enfermedades crónicas y muertes. Pero además, merecen saber por qué hay tanta oposición al impuesto de bebidas azucaradas y al nuevo etiquetado de advertencia”.



“Los daños vinculados a las bebidas azucaradas no se limitan únicamente a la salud de la población, sino que son integrales, pues también implican impactos para el medio ambiente y la cultura alimentaria, que a la larga limitan también el desarrollo social y económico del país.”

*“Gustavo Castro, defensor de Derechos Humanos y director de la organización **Otros Mundos AC** en Chiapas, declaró “si existe una empresa en el país con gran impacto negativo en el ámbito social, en la salud, en lo económico, político, y cultural, así como en la extracción del agua disputando el recurso a los pueblos, es la Coca-Cola. Somos el país que más riqueza le aporta a esta empresa cuya identidad se ha infiltrado en la cultura nacional y en la sangre diabética de los pueblos. **Tomemos conciencia, no tomemos Coca-Cola**”.*

“El Susto, triunfador en el United Latino Film Festival (Ohio, EUA), fue filmado entre el año 2008 y finales del 2017 y se ha exhibido en Europa y Estados Unidos, además de aparecer en la selección del Global Health Film Festival de Londres, del Dutch Global Health Film Festival en Los Países Bajos, y también del Vermont International Film Festival de Estados Unidos, entre otras.”

“En la presentación del documental, el reconocido actor mexicano Damián Alcázar, expresó “¡vaya! Ojalá que se pongan de moda permanente las frutas, los jugos y la salud, para las nuevas generaciones” y afirmó “me hubiera gustado que los etiquetados claros hubieran sido impuestos desde siempre en el comercio de la comida y bebidas industrializadas”.

“El panel de expertos fue moderado por la doctora Pilar Zazueta, historiadora de la LLILAS-Benson, de la Universidad de Texas en Austin, para quien “El Susto es una película que nos ayuda a entender cómo funciona el sistema alimentario contemporáneo, el cual favorece de manera desproporcionada a los intereses de algunas grandes empresas en detrimento de la salud pública”.

Por último, El Poder del Consumidor aseguró que “este documental ofrece un análisis riguroso sobre la relación entre el consumo de refrescos y la epidemia de diabetes en México. Además, ilustra cómo la sociedad civil es capaz de organizarse de manera efectiva con el objetivo de mejorar nuestra alimentación”.



A diario, por los medios de comunicación podemos escuchar diversos mensajes, todos referidos a la pandemia, aunque, a decir verdad, se va notando un marcado esfuerzo de algunos para que desaparezca al menos de las tapas de los diarios, la mención al tema.

El abanico va, desde que no existe el virus y es un invento del comunismo para restringir libertades, hasta observar como una persona en la provincia de Jujuy, le entregan una pala para cavar la fosa de su madre, por la saturación de los trabajadores de un cementerio.

Ante la diversidad de mensajes que la sociedad está recibiendo, **ALAMES ARGENTINA** considera necesario expresarse.

Estamos en un contexto particular del que no hay registro de haberlo vivido, salvo en algunas páginas de los libros de historia. Una pandemia que atraviesa de manera muy particular todos los países de ambos hemisferios, es decir, no hay clima, no hay PBI, no hay ideología, ni gobierno que haya quedado libre de los sufrimientos provocados por la pandemia.

En nuestro país, el contexto se ve compeljizado por una realidad social, producto de 4 años anteriores de un gobierno neoliberal. Ese gobierno impuso una política de transferencia de ingresos desde los sectores más postergados hacia los más privilegiado, profundizó las desigualdades y tuvo innegables consecuencias sobre la salud colectiva y sobre un Sistema de Salud Pública en el que se agravaron todos los problemas preexistentes y cuyo símbolo fue la degradación del Ministerio de Salud a Secretaria.

El proceso completo que desempeña esta patología virósica, se podría diferenciar en dos etapas, muy bien definidas por el sanitarista alameño *Mario Rovere*, una donde la diferencia se establece entre “No enfermarse y enfermarse” y otra referida a lo que permitiría “enfermarse y no morir”.

En la primera, es la política la que ejerce los arbitrajes. Es decir, las decisiones de los gobiernos respecto a la crisis, lo que administra y va marcando el rumbo de la situación. En la otra fase, la limitada entre “enfermarse y no morir”, la diferencia depende de la respuesta del Sistema de Salud y, dentro de él de la Salud Pública, determinantes sociales de gran significación.

En el comienzo de la pandemia en nuestro país, fue el Gobierno Nacional quien tomó las riendas, se rodeó de un prestigioso grupo de infectólogos e infectólogas de epidemiólogos y epidemiólogos y fue tomando diversas medidas y explicando a cada paso, el motivo de cada acción. Se intentó articular la política con los dos jefes de gobierno de las principales jurisdicciones, La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. Los medios, solo invitaban a los asesores, preguntaban e informaban. El confinamiento regulado, fue la estrategia para administrar la primera etapa de esta pandemia.

Con el pasar de los días y habiendo obtenido muy buenos resultados, se empezaron a escuchar otras voces. Los que no eran gobierno, es decir no tenían responsabilidades de gestión, se lanzaron a una campaña de cuestionamiento feroz del aislamiento social preventivo y obligatorio. Inspirados en los jefes de estado de Brasil, EE.UU. y otros países que privilegiaron no frenar los procesos económicos y apostaron a la llamada inmunidad rebaño. Claro que sin considerar la cantidad de muertes que eso iba a generar. Así fue, como el Reino Unido con uno de los Sistemas de Salud más fuertes, optó por esta estrategia política en la primera etapa y luego tuvo que implementar un aislamiento social, después de resultados catastróficos y cuando su primer ministro padeciera la enfermedad. Pero quienes minimizaron los riesgos sanitarios para no frenar la economía, tampoco lograron evitar importantes caídas en los PBI de sus países.

En la Argentina, en una primera etapa, se implementó el ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) con bastante rigurosidad. Se realizó sabiendo que el contagio no podía evitarse, pero si se realizaba de manera controlada se podría ganar tiempo para obtener ciertos resultados y así fue como se pudo aumentar significativamente el número de camas, se logró multiplicar el número de respiradores, se construyeron nuevos hospitales, se inauguraron otros construidos por el último gobierno calificado de "populista" por la oposición y que el gobierno neoliberal decidió no inaugurar pese a que estaban prácticamente concluidas las obras. También se logró tiempo para la fabricación de nuevos equipos de diagnóstico, como así también para explorar nuevos tratamientos, como el tratamiento con plasma de pacientes convalecientes y el protocolo de tratamiento sobre la base de suero equino. Proveernos de equipos de protección personal (barbijos, camisolines, máscaras, guantes, etc.) y aumentar el conocimiento de los trabajadores de salud en este tema.

Es decir, se robusteció el determinante social básico en este caso para que entre enfermarse y morir, exista una barrera, que es el sistema de salud.

En eso se trabajó firmemente, pero claro, hacer política no corresponde solo a quien gobierna.

La oposición de derecha tuvo que retomar lo que mejor maneja, valiéndose de su connivencia con los grandes medios de comunicación, que es la instalación de la agenda pública. Apelaron así a usar las fechas patrias y el fervor nacionalista llamando a diversas marchas el 20 de Junio, el 9 de Julio y el 17 de Agosto. Reclamando libertad (presuntamente afectada por la "cuarentena"), tratando de frenar leyes impulsadas por el oficialismo, una que grava con un impuesto por única vez a las grandes fortunas que permita paliar en parte la crisis y seguir fortaleciendo el sistema de salud y otra que pretende ordenar el funcionamiento de la Justicia Federal en Argentina. Estas manifestaciones callejeras operan de dos maneras distintas: una expresando una sádica oposición al gobierno con el fin de deslegitimarlo y debilitarlo. De paso, al movilizar a la gente, en plena pandemia, permite aumentar la circulación del virus con lo que se asegura un mayor número de contagios, por ende, de internados y de muertes, lo que se puede luego leer como un fracaso de las políticas llevadas a cabo por el gobierno. Esto lo sintetizó muy bien otra sanitarista alameña, Alicia Stolkiner quien denominó a esta forma de hacer política como "Necropolítica"

Cabe mencionar el conflicto de los trabajadores y trabajadoras de salud, quienes viven un terrible contraste.

Dentro de los hospitales, dentro de terapias intensivas: el desborde, la terrible sobrecarga de trabajo, el tan temido colapso del sistema. Un mundo en el que nada parece dar abasto, donde enfermos y familiares sufren, donde algunos mueren. Pero resulta que pese a las precauciones,

también los propios compañeros y compañeras de trabajo, se enferman y sufren, y algunos y algunas mueren. Esto obliga a lxs que quedan a pasar horas y horas encerrados en las terapias o salas de internación.

El contraste se da al salir y encontrarse con mucha gente cuya subjetividad ha sido trabajada de manera sistemática por los medios y donde proliferan sensaciones de que “ya pasó todo”, de que más de 200 muertes por día ya no significan nada, esa “sensación” que la libertad se expresa ignorando la mal llamada cuarentena, aunque contagiemos, y que si nos contagiamos no es tan grave. La “libertad de contagiar”, sensaciones reforzadas por algunos gobiernos locales que cediendo a la presión de comerciantes y empresarios abren bares y restaurantes.

No podemos ni debemos quedarnos quietxs frente a una simple numerología de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte.

En realidad, deberíamos saber que estamos sin duda ante una profunda ruptura antropológica.

El análisis y conclusiones que esta pandemia exige, van más allá de como se la atraviese

Si la política es una expresión de voluntad debemos generar políticas que nos deparen otra “normalidad” diferente a la preexistente.

El embarrar la cancha en la actualidad tiene entre otras cosas la finalidad de cambiar la lente del análisis, perdiendo de vista los motivos que generaron tanto esta pandemia como otras epidemias recientes, relacionadas con los modelos productivos y el agronegocio.

Pero no solo se deben cuestionar los modelos productivos, que sólo tienen como propósito la concentración de riquezas y la maximización de las ganancias. Esta pandemia también nos obliga a reflexionar sobre el concepto de “CUIDADO” ¿A quién, cómo, y por qué debemos cuidar? ¿Por qué hubo poblaciones vulnerables? ¿Qué sistema de salud garantiza mejor el derecho de los pueblos a la misma? ¿Qué prioridad en la asignación del gasto a la Salud Pública y otras políticas sociales?

Son muchos los interrogantes que el poder económico desearía invisibilizar. El mismo que nos trajo a este sufrimiento. No debemos permitirlo.

Solo queda organizarse, participar y luchar por construir colectivamente OTRA normalidad más digna y equitativa que merezca ser vivida.



La Vía Campesina

Movimiento Campesino Internacional

México

Al Lic. Andrés Manuel López Obrador
Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos
Al Congreso de la Unión
A los pueblos y comunidades indígenas y campesinas
Al pueblo de México
A la Opinión Pública nacional e internacional

CARTA EN DEFENSA DE LAS SEMILLAS Y LA AGRICULTURA CAMPESINA E INDÍGENA

LA VÍA CAMPESINA MEXICO RECLAMAMOS NUESTRO DERECHO COMO CAMPESINOS E INDIGENAS, A CONSERVAR, UTILIZAR, INTERCAMBIAR Y VENDER SEMILLAS Y OTROS MATERIALES DE PROPAGACION CONSERVADAS EN LAS UNIDADES DE PRODUCCION CAMPESINA E INDIGENA.

Los/as campesinos/as e indígenas, nuestras familias, nuestros pueblos y comunidades, somos importantes y necesarios para esta nuestra Patria.

Con nuestras prácticas y trabajo productivo, con nuestra cultura, rescatamos y valorizamos los conocimientos y prácticas de nuestros antepasados, de relación con la naturaleza y de producción de alimento

Con la generación de experiencias y nuestra acumulación de vivencias y recuerdos y nuestras prácticas individuales se recrea y enriquece la vida de nuestras comunidades y pueblos y mantenemos un mundo rural vivo.

Como hombres y mujeres del campo, tenemos la capacidad de producir alimentos saludables y suficientes que fortalezcan la salud, cuidamos la tierra, preservamos las aguas y la naturaleza toda. Pero necesitamos otro ambiente político y otro trato que potencie y facilite nuestro papel para con la sociedad y para con la naturaleza.

Y esto sólo será posible si sacamos la agricultura y todos los bienes comunes de los tratados comerciales (del transpacífico TTP II; del Unión Europea-México y el T-MEC, entre otros).

Los tratados y el T-MEC establecen que el País deberá ratificar o incorporar varios tratados internacionales sobre propiedad intelectual, entre ellos el Tratado de la Unión Internacional para la protección de las Obtenciones Vegetales (UPOV-91).

La UPOV-91 es controlada por ocho corporaciones transnacionales y su imposición en México es un atentado contra nuestra existencia de pequeños productores de alimentos y una amenaza para la propiedad colectiva del conocimiento tradicional.

Quien controla las semillas, controla la alimentación. A estas corporaciones transnacionales con su modelo de agricultura industrial, no les interesa los alimentos sanos, al privatizar y acaparar nuestras semillas y nuestras plantas medicinales, sólo les interesa el negocio y la ganancia.

Al privatizar y acaparar nuestras semillas y plantas medicinales, se abarca toda la cadena productiva y reproductiva del vegetal que se trate, incluyendo la producción, reproducción, venta, exportación e importación.

Así se podrán patentar vegetales, genes, microorganismos, etc, de la misma forma que se patentan las invenciones industriales.

Por lo tanto:

EXIGIMOS SACAR LA AGRICULTURA Y LOS BIENES COMUNES DEL T-MEC Y DEMÁS TRATADOS COMERCIALES

RECHAZAMOS Y NO ACEPTAMOS ENTRAR AL SISTEMA UPOV-91

EXPRESAMOS NUESTRO TOTAL RECHAZO A LA REFORMA DE LA LEY DE VARIEDADES VEGETALES.

RECHAZAMOS LA LEY FEDERAL PARA EL FOMENTO Y PROTECCIÓN DEL MAÍZ NATIVO Y DEMANDAMOS SU DEROGACIÓN.

Miles de productores campesinos están asfixiados por los altos precios de las semillas y expuestos al creciente monopolio de semillas híbridas certificadas y con propiedad intelectual.

Muchas de estas variedades fueron acriolladas por los campesinos en articulación de fito mejoradores de los centros públicos de investigación como el INIFAP, CINVESTAV y algunas Universidades Públicas.

Por lo que Demandamos:

UNA POLÍTICA PÚBLICA Y SE DESTINEN RECURSOS PARA QUE, EN ALIANZA CON LOS PRODUCTORES MEXICANOS Y LOS CENTROS PÚBLICOS, EXISTAN SEMILLAS PARA LA PRODUCCIÓN NACIONAL, ENCAMINADA A LOGRAR LA SOBERANÍA ALIMENTARIA, FORTALECIENDO LA AGRICULTURA SOSTENIBLE SIN AGROTOXICOS.

PROHIBIR LA SIEMBRA EXPERIMENTAL PILOTO Y COMERCIAL DEL MAÍZ GENÉTICAMENTE MODIFICADO, SU TRASIEGO Y COMERCIALIZACIÓN.

Reclamamos:

El derecho a participar en la toma de decisiones sobre las cuestiones relativas a la conservación y el uso sostenible de los recursos fitogenéticos para la alimentación y la agricultura.

El derecho a conservar, utilizar, intercambiar y vender las semillas o el material de multiplicación que hayan conservado después de la cosecha.

El derechos de los/as campesinos/as y otras personas que trabajan en las zonas rurales a mantener, controlar, proteger y desarrollar sus propias semillas y conocimientos tradicionales.

Que el Estado adopte medidas para respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a las semillas de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales.

Que el Estado reconozca los derechos de los/as campesinos/as a utilizar sus propias semillas u otras semillas locales que elijan, y a decidir las variedades y especies que deseen cultivar.

DEMANDAMOS QUE EL ESTADO MEXICANO ADOPTE Y ASUMA EN SU CONJUNTO LA *DECLARACION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS CAMPESINOS Y DE OTRAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN LAS ZONAS RURALES*, APROBADA EN SU ASAMBLEA GENERAL DEL 17 DE DICIEMBRE DE 2018.

Sin otro particular y esperando respuesta al presente, los abajo firmantes protestamos lo necesario.

México, a 9 de julio de 2020

FIRMAS

Si esta de acuerdo con la Carta, por favor anote su nombre y organización /colectivo y envíelos al correo: laviacampesinamexico@gmail.com