

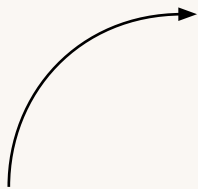
sentido←común

CAMINAR ENTRE IGUALES

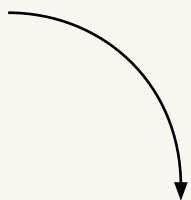


Curar la salud

INDICE

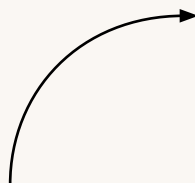


De lo que se trata

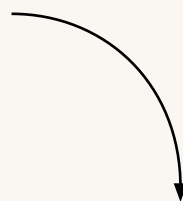


La recuperación de lo público

HUGO LÓPEZ-GATELL



El cartón de Goycochea



La salud universal en las américas
¿una entelequia?

FERNANDO CANO | DIANA LAURA PÉREZ MARTÍNEZ

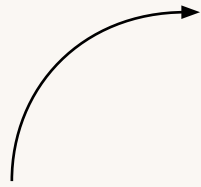
sentido~~x~~común

CONSEJO EDITORIAL Lorenzo Meyer, Enrique Semo, Elena Poniatowska, Paco Ignacio Taibo II, Pedro Miguel, Beatriz Aldaco, Héctor Díaz-Polanco, Rafael Barajas “El Fisgón”, José Hernández, Rafael Pineda “Rapé”, Armando Bartra, José Gandarilla, Violeta Vázquez- Rojas, Silvana Rabinovich, Elvira Concheiro, Violeta Nuñez, Diana Fuentes, Elisa Godínez, Juan Pablo Morales, Irving Rojas, Víctor Aramburu, Adrián Velázquez.

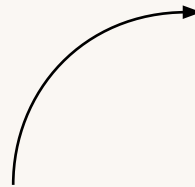
DIRECTOR FABRIZIO MEJÍA | **SUBDIRECTORA** RENATA TURRENT | **EDITOR** SAMUEL CORTÉS | **DISEÑO** ANDRÉS MARIO RAMÍREZ CUEVAS

<http://sentidocomunmx.com>

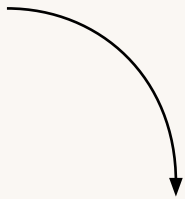
ÍNDICE



Entrevista con la
Dra. Oliva López Arellano
Secretaria de Salud de la CDMX

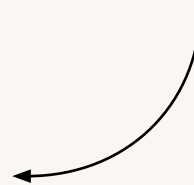


El Uso Patológico de Sustancias
Psicoactivas, la Criminalidad y las
Violencias.**GADY ZABICKY**

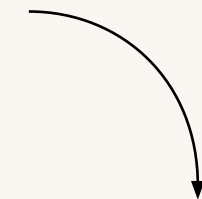


¿Cómo se ha transformado nuestra
alimentación y por qué está aumentando
la población que vive con obesidad?

ANA PAULA DOMÍNGUEZ BARRETO
MARIANA ARELLANO | SIMÓN BARQUERA



HISTORIETA
Las determinantes
sociales de la salud
BEATRIZ MARTÍNEZ | WALDO



DATO ENCERRADO
IRVIN ROJAS Y VÍCTOR ARAMBURU



De lo que se trata



Escribió George Steiner que “un maestro es quien pone en tu camino una obsesión”. En este número de Sentido Común nos quisimos acercar a las condiciones de ese camino y sus varias bifurcaciones. La educación no es sólo la obsesión compartida en las aulas sino un espacio de diversidades, conflictos, y experiencias que sólo se dan en nuestras escuelas, universidades autónomas, normales, universidades pluriculturales y las del Bienestar, éstas últimas como una práctica nueva del gobierno de la 4T.

Comenzamos con dos visiones generales, una de Angélica Buendía Espinosa, doctora en Ciencias Sociales y Educación de la UAM-Xochimilco, y otra de Luciano Concheiro, subsecretario de educación superior de la SEP, que nos dan señales del proyecto educativo que sigue. Completamos ese paisaje con un ensayo de Víctor Aramburu sobre la infraestructura educativa y sus añejas deficiencias.

En la segunda parte, quisimos ir hacia la diversidad de nuestro sistema educativo y es por ello que invitamos a la doctora Violeta Núñez de la UAM y José Gandarilla, del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, a escribir sobre la UNAM, al ex alumno de la Normal Rural

Isidro Burgos de Ayotzinapa y ahora diputado, Manuel Vázquez Arellano (también conocido como “Omar García”) y a Mario Chávez Campos, director del magisterio desde la SEP, sobre las normales; a Héctor Díaz Polanco, ex presidente de los diputados de la capital, sobre las becas universales en la Ciudad de México; al maestro de la UAM, Aldegundo González Álvarez, y a María de los Ángeles Gordillo Castañeda, directora de Educación Intercultural, sobre las universidades Benito Juárez; y a Ismael Minjárez Sosa, sobre la experiencia política en la Universidad Autónoma de Sonora.

Cerramos este número con una conversación entre mujeres de la UNAM. Las académicas Lissette Silva, Verónica López Nájera, Alina Herrera, María Fernanda Minero Saucedo, y Nina López aceptaron nuestra invitación a dialogar entre ellas sobre feminismo, violencia de género, y patriarcado dentro de las universidades. Transcribimos sus reflexiones críticas motivados por dar a conocer a los lectores qué está sucediendo con ese tema que aparece en los medios corporativos como morbo. Ese es nuestro trayecto alrededor del aula. Esperemos que, en su andar por este número, encuentren su propia obsesión.



Wanda

La recuperación de lo público

Las consecuencias para la ciudadanía son que no hay una rectoría que esté pensando en el bienestar ni individual ni colectivo, lo que hay es una rectoría empresarial comercial

En este texto resalto la importancia de no perder de vista que nuestro propósito fundamental es proteger, promover, y defender el interés público, no otra cosa, no intereses circunstanciales, no intereses de grupo, no intereses que están en torno a los aparatos de gobierno o del estado mexicano, estamos por lo público y lo público es el pueblo de México, las personas, las comunidades que están esperando una transformación. En el título de la conversación de hoy se habla de la recuperación de lo público, no solamente de visualizar lo público, sino recuperarlo. Y esto es porque claramente, como seguramente la mayoría o todas las personas aquí asistentes lo tienen presente, a lo largo de los últimos treinta y seis años al menos, quizá cuarenta, quizá más, se ha ido reduciendo el espacio de lo público en el nivel nacional, en el nivel regional, en el nivel global. Ahora cuando se habla de perder lo público es porque eso público se ha ido convirtiendo en materia de lo privado, se ha restringido el acceso a los servicios, a los bienes, a los medios de producción que en su momento son esenciales para lograr el cumplimiento de derechos. La esencia de lo público es el tener los recursos que permiten estructurar las capacidades individuales y colectivas, muy importante, colectivas, para proteger y hacer cumplir los derechos.

Entrando en materia de salud pública, quisiera empezar hablando del deterioro del bienestar conducido deliberadamente por un proceso de privatización. Durante el periodo neoliberal, en México, y la mayor parte de la región de América Latina y el Caribe –y seguramente en otras latitudes también, ciertamente en Asia hay ejemplos muy emblemáticos de ello–, uno de los elementos clave de la transformación neoliberal implicó la desregulación –el quitar la regulación o reducirla al mínimo, en unos casos al quitarla por completo–. ¿Por qué razón? Porque la rectoría del estado, la rectoría de gobiernos soberanos emanados del pueblo de la voluntad popular, justamente lo que representa es la capacidad de una colectividad de un estado nacional o multinacional de tomar el control de su propio destino y de poder encontrar los equilibrios más convenientes entre las necesidades individuales (y) las necesidades colectivas, y esos equilibrios son cruciales para poder conservar no solamente una supervivencia básica sino el potencial desarrollo con

bienestar que necesariamente es distributivo. Entonces la rectoría del estado, la rectoría de los gobiernos soberanos es crucial, por eso ha sido un blanco del proceso neoliberal para poder quitar, dismantelar todo elemento de control hacia este proceso de acumulación de capital, en primera instancia, y de control sobre cualquier medio de producción. Pero hay tres campos o tres áreas que han sido también muy emblemáticas e ilustrativas. La primera es la desregulación ambiental: para poder tener un control, una expropiación, un usufructo de la naturaleza, los capitales globales y sus reproductores en capitales nacionales, necesitaban desregular lo que había como elementos de seguridad ambiental, nótese que el regular la conservación o reproducción del medio ambiente es un elemento intrínsecamente benéfico a la colectividad, porque aunque podemos aprovechar el ambiente de manera individual, fundamentalmente aprovechamos el ambiente en una expresión colectiva: el aire puro, los mantos de agua puros, la fauna, la flora, los suelos, los mares, etcétera, todo esto generalmente se utiliza en forma colectiva; entonces al desregular se dio un paso abierto a el que quiera, pueda y tenga la capacidad ya sea económica, económico-política de expropiar, que lo expropie, porque ya no hay controles de preservar el sentido público del medio ambiente. ¿Qué podemos ver hoy en México? Una devastación terrorífica del medio ambiente. El otro aspecto importante fue la desregulación laboral, finalmente las relaciones entre el capital y la fuerza de trabajo en los medios de producción requería para el neoliberalismo el de privar el reconocimiento de derechos, y muchos de los derechos tanto individuales como colectivos están asociados con la experiencia de reproducción de la riqueza; el capital necesitaba expropiar con mayor soltura, con mayor libertad, la plusvalía generada por los trabajadores y que no hubiera remordimiento alguno ni reconocimiento alguno de que la riqueza se produce colectivamente y se expropia de manera individual. Entonces empezó una serie de elementos de desregulación, el caso mexicano, además con brutales consecuencias, porque también implicó cambios constitucionales, y después una serie de leyes secundarias, y después las ataduras con la bandera de la libertad, que es la libertad de comercio, la libertad económica, la libertad empresarial, y los seres humanos, después. Entonces todo lo que en el siglo

XIX fue la construcción de una cultura y una narrativa a través de las luchas sociales relacionadas con el trabajo, se empezó a desprestigiar, y entonces se empezó con la otra gran guerra: la guerra cultural de considerar que cualquier debate en torno a la defensa de los derechos individuales y colectivos era una sobre ideologización y la proclama de que la ideología se había suicidado y que ya no había ideología, lo que había era realidades objetivas que tenían que ser analizadas por las personas técnicas, pero los derechos fueron ignorados. En el campo laboral, desde luego, esto incluye las condiciones de contratación, las condiciones de salario y crecimiento de salario, también las formas de organización y desde luego también el aspecto de pensiones.

La crítica a los consultorios adyacentes a las farmacias ha causado mucha polémica, pero es relevante para recordar un proceso que relaciona varios temas: las pensiones, la seguridad social y la atención de la salud. A finales de los años setenta y hasta principios de los ochenta, las instituciones públicas empezaron a hacer ofertas de seguros privados, el capital financiero global empezó a expandirse. Al final de los años setenta, a principios de los ochenta, el primer anzuelo, fue que en los niveles gerenciales de instituciones privadas se empezó a ofrecer servicios médicos privados. Tengo una anécdota de un compañero que trabajaba en la UAM y además estaba en la organización sindical, y dice que una mañana llegaron y les dijeron “aquí está tu tarjeta del seguro”. Él respondió que no había contratado seguro y le contestaron que ya se había pactado con el sindicato. Entonces empezaron a sustituir el espacio de la seguridad social pública porque había la oferta de seguros privados; y empezaron a enganchar de arriba para abajo en la jerarquía institucional, y después hubo todo el proceso en donde sendas organizaciones gremiales, empezaron a aceptar el proceso de reversión de cuotas que llevó a la descapitalización, en su momento del ISSSTE y también del Seguro Social. Entonces revertir las cuotas es: ya no pago mi tarifa, ya lo que hago es que me la den y yo me voy a un seguro privado porque además ya está aquí y ya está contratado.

Y después vino este proceso donde el golpe grande fue lo de las aseguradoras del fondo del retiro, las afores, las administradoras de los fondos de retiro, la creación de la Consar Al final, a una parte muy grande de la sociedad,

le tomaron por sorpresa, le tomaron por asalto, y se dio cuenta que le habían estafado, porque ahora tiene una cuenta individual cuyo potencial de capitalizar algo que le dé una mediana capacidad de supervivencia después del retiro es mínima, cercana a nula, porque ahora quien capitaliza esos fondos son las grandes financieras privadas, en su mayoría globales, lo cual implica además una destrucción también o un atentado a las soberanías nacionales porque la riqueza es extraída de manera directa desde la persona trabajadora hasta el fondo de capital.

Ahora, entrando en lo sanitario, quisiera dedicarle unos minutos para ilustrar el proceso de desmantelamiento de la salud. Efectivamente México nunca tuvo un sistema de salud completamente competente universal que pudiera cubrir a toda la población. La ola de la cresta de ese proceso social terminó a principios o mediados de los setentas más o menos, al final del sexenio de Echeverría, pero después todo ha sido cuesta abajo y ha sido desmantelado. ¿Desmantelar qué? Lo público.

¿Qué pasó en los años ochenta tardíos?

Concretamente al final del sexenio de López Portillo: lo que ya se sabe y lo saben todas y todos ustedes, el capital, el capital global necesitaba expandirse, estaba en un ciclo de crisis en donde estaba teniendo una gran limitación para expandirse y reproducirse y vio la gran esperanza de expandirse a los países de ingresos medios, de renta media, que eran economías emergentes de la época, incluido México, entre otras razones, por el famoso boom petrolero que se dio en los años setentas, pero no fue solo México, fue Brasil, fue Chile, fueron muchos países, también en Asia. Entonces, en esa búsqueda de expansión se tomaron por el cuello a economías que estaban devastadas por muchas razones diversas, incluidas la corrupción rampante, la corrupción de estado o estructural y entonces se les ofreció salir de la deuda a cambio de que mordieran el anzuelo de las reformas estructurales. Para decirlo en pocas palabras, significaba reducir todo aquello que fuera la inversión social: las instituciones, los servicios que brindaba lo público, reducir las capacidades de garantizar los derechos sociales, particularmente estos que he mencionado: en lo ambiental, en lo laboral y en lo sanitario y entrara un modelo en donde lo preponderante era la inversión privada para generar un mercado privado. Dicho sea de paso la de salud es una de las

empresas lucrativas más grandes del mundo, salud en general: insumos, medicamentos, vacunas, equipo médico, equipo de protección personal, equipos consumibles, instalaciones, tecnologías, sistemas de información, seguros, y su correlato en pensiones; toda la industria de salud empezó a expandirse. Y la idea es que lo que hay que hacer es amarrarle las manos al gobierno, hacer pequeño al gobierno para que regule lo menos posible, y alejar al gobierno lo más posible del pueblo para que no pueda ser el garante de los derechos individuales y colectivos. Entonces, todo esto está escrito y lo que plantearon es que se iba a dar paso a la inversión privada. Quienes ya tengan cerca de cincuenta años o un poquito más, recordarán que antes no había corporaciones hospitalarias en México, no había; había el sanatorio de la esquina de una colectividad de tres, cinco médicas, médicos, había pequeñas instalaciones, había consultorios privados, no había consultorios adyacentes a farmacias, por cierto, pero no había corporaciones hospitalarias, y la el primer hospital emblemático por ello que se fundó en 1984-85 en el Pedregal, ahí en camino a Santa Teresa y era directamente un corporación hospitalaria de Estados Unidos, luego lo adquirieron unos inversionistas que se dedican a los muebles y dijeron “bueno pues sí, muebles, muebles de hospital, también son parte de nuestro negocio” hoy son un emporio esta familia, y hoy tenemos una corporación y dos y tres y cinco.

En fin, ahora, habiendo dicho lo anterior, ¿qué pasó después? Hubo dos grandes ciclos de reformas en el sector salud: la primera fue esta, cuando se abrió a la inversión privada, se fomentó la creación de políticas públicas desde el sector privado, en distintos órganos de rectoría, se empezó a dar cabida a agentes privados, lo cual representa un conflicto de interés pavoroso. Pero además, hubo un golpe maestro a la capacidad del estado de regular o de organizar el cumplimiento del derecho a la producción de la salud, que fue la descentralización de la secretaría de salud. Por eso, hoy estamos empeñados en recentralizar, entonces no es un capricho, es que estamos deconstruyendo el neoliberalismo en el sector salud porque empezando en 1985, se empezó este proceso de desmantelamiento de lo que antes era una sola secretaría de salud y su transferencia a las 32 entidades federales. El resultado es un conjunto muy heterogéneo

de capacidades, además permeadas por limitaciones de gestión, corrupción, grupos de interés locales, que fue expandiendo en varias capas, este pillaje a los servicios públicos. Y el siguiente ciclo de reformas empezó en el 85 y culminó en el 96, o sea era un proyecto de largo alcance; y lo mismo se intentó en Brasil y en Chile y en Colombia y en todos lados. El segundo ciclo de reformas fue la creación del famoso Seguro Popular, es el nombre en México de un mismo proyecto también generado, financiado e impuesto por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, los organismos financieros internacionales, y básicamente más allá de la idea del Seguro Popular, el proceso o el concepto se llama “régimen de protección social en salud” y su elemento emblemático es la separación del pagador con respecto a quien da el servicio, o sea antiguamente las instituciones en México lo que tenían es que recibían recursos fiscales, recursos que vienen de los impuestos generales y demás, y se le daban a una institución pública que daba el servicio. Pero lo que hicieron en el sexenio de Fox fue este modelo en donde separan y dicen “el estado tiene la bolsa de dinero, pero a ver quién provee el servicio de salud”, nuevamente para incentivar la entrada de lo privado como oportunidades de negocios. Lo triste en México, es que fueron tan egoístas las inversiones o las personas que están involucradas con el capital, que no entraron a proveer servicios fundamentales, entraron a aventuras comerciales un poco decorativas de servicios auxiliares, muy lucrativas con un espacio de corrupción inmenso, la distribución de medicamentos, servicios auxiliares de diagnóstico en radiología, en laboratorio, después entraron a las termo diálisis, etcétera. Hay instituciones como el ISSSTE que prácticamente no existen ya, el ISSSTE es las letras y una organización que contrata servicios, y hay hospitales completos que tienen ese famoso modelo de asociación pública-privada y básicamente lo la institución se limita a contratar.

Finalmente las consecuencias para la ciudadanía son que no hay una rectoría que esté pensando en el bienestar ni individual ni colectivo, lo que hay es una rectoría empresarial comercial, que lo que está pensando es en cómo tiene la mayor tasa de ganancia. Uno de los exsecretarios, Julio Frenk Mora, no se cansa de decir que solo hay modelos de modernidad de sistemas comerciales como el que ya describí y que lo que intenta la 4T es

regresar a un modelo setentero o sesentero que hoy solo se ve en países como Cuba, Corea del Norte y creo que Irán. Cuba es uno de los mejores sistemas de salud de América Latina, del Caribe y del mundo y tiene grandes hazañas en salud pública y en medicina y en biotecnología. Entonces, el punto clave es que para la persona y para la colectividad, estar a expensas de un ritmo comercial, de una dinámica comercial en donde la relación entre el demandante de servicios de salud y bienestar y el que provee de servicios de salud no es otra que un intercambio comercial, y obviamente está a expensas de la nada, porque la regulación se ha quitado y entonces no hay quien proteja sus derechos, y a menos que se organice para defender sus derechos, entonces puede ejercerlos, porque en ese modelo el gobierno no se los va a hacer cumplir. O sea lo que quiero ir con esto es, a mí me llama la atención, lo dejo como una inquietud: ha habido luchas gremiales, algunas han terminado en las grandes transformaciones a partir de los derechos laborales o los derechos de acceso a los medios de producción diversos; ha habido luchas por el derecho de la educación, ha habido luchas por derechos culturales y sociales; pero en México en esencia no ha habido luchas o grandes luchas por el derecho a la salud, no ha habido, sé que están pensando en el movimiento médico de 1964, pero ese fue un movimiento gremial, un movimiento laboral articulado culturalmente a partir de la profesión médica, pero no fue un[a lucha por el] derecho por la salud, cuando la salud es una de las mayores necesidades, directamente conectada con la vida, entonces me pregunto y les comparto la inquietud ¿Por qué no tenemos grandes luchas por el derecho a la salud? Tengo esperanza de una movilización social por la salud de todas y todos, es decir, regresamos al origen de la aspiración al tomar conciencia de que la salud es un fenómeno no solo individual sino colectivo.

En búsqueda de esperanza, considero que hay elementos muy reveladores de lo que se puede y debe hacer. En los mismos años ochenta, la misma necesidad de expandir mercados para salir del ciclo de crisis del capitalismo en las economías hegemónicas llevó a que se impulsara una reconversión del sistema alimentario, reconversión forzada por una visión comercial que llevó a que hoy la enorme mayoría de las calorías que consumen las

personas mexicanas proviene de alimentos chatarra, me niego a decirles alimentos, viene de productos industrializados procesados y ultra procesados chatarra y del veneno embotellado, no solamente este oscuro, líquido, turbulento; sino de pseudo jugos y toda clase de pinturas con saborizantes que se venden con la fotografía de una manzana. Entonces esto es lo que tiene hoy a México y a muchas naciones con prevalencias de obesidad, en el caso mexicano, más de las tres cuartas partes, tres, 77 % de las personas en México tienen sobrepeso o bien obesidad, somos o lo hemos sido intermitentemente el primer país en prevalencia de diabetes con todas sus consecuencias: ceguera, amputaciones, insuficiencia renal, etcétera, somos el primer país o lo hemos sido con primera prevalencia de hipertensión y enfermedad cardiovascular, somos el primer país o lo hemos sido intermitentemente con las mayores prevalencias de múltiples cánceres asociados con ese modelo alimentario; no es un accidente, esto es consecuencia del neoliberalismo, pero noten ustedes también como cada vez que dijimos esto en las conferencias vespertinas y otros espacios, venía la la infodemia a decir “están culpando a las personas con obesidad” no, estamos diciendo que esas personas son víctimas de o hemos sido, porque todos lo hemos sido en alguna o de otra forma, de este modelo alimentario impuesto. ¿Hacia dónde podemos ir? ¿hacia dónde debemos ir en este gobierno? ¿hacia dónde podríamos ir en un segundo gobierno de la cuarta transformación? Considero que el campo de salud es lo primero que me voy a referir por razones obvias y la salud ambiental y la protección, defensa y restitución del medio ambiente, hay una agenda pendiente que no estamos logrando abarcar suficientemente o no la vamos a lograr abarcar de aquí a dos años cuando acabe este primer gobierno de la cuarta transformación. Tenemos algunos signos de esperanza, hemos trabajado con CONACYT, con SEMARNAT, con organizaciones sociales, organizaciones populares que viven en las cuencas hídricas del eje Neovolcánico, desde el Río Santiago en Jalisco hasta todo el sistema Cutzamala, y pasando por Guanajuato, por Hidalgo, por Querétaro, y el Estado de México y hasta la Ciudad de México, porque esa es la cuenca más devastada, porque es toda la zona de rápida industrialización desregulada. Y ahí la pieza clave es el daño ambiental, el daño a la salud constituyen una

emergencia en este trabajo colectivo entre la secretaría de salud, la secretaría de ambiente y CONACYT, con las organizaciones sociales, a esto le llamamos regiones de emergencia sanitaria y ambiental, RESA. Y hay mucho que hacer en este sentido, pero nos conecta con el sentido de responsabilidad colectiva y de trabajo colectivo por la defensa de los derechos. Y el segundo aspecto que también, algunas cosas se podrán hacer ahora pero no todas, es la salud relacionada con lo laboral. Hay que recuperar, y ahí esto puede conectar mucho con el movimiento sindical porque en la agenda de los sindicatos se tendría que recuperar de manera central más demandas a la salud, no solamente en lo más pragmático de atención médica directa, sino de una verdadera seguridad social que involucre por supuesto las pensiones correspondientes por invalidez, cesantía y muerte que también han sido muy muy erosionadas, como se ve la parte sanitaria conecta directamente con la parte de seguridad, pero aquí hago el llamado a las organizaciones laborales, a las organizaciones sindicales de todo tipo, de toda modalidad, para que se restituyan las demandas de la salud como un bien público tanto de beneficio individual como colectivo. Terminaría diciendo algunas ideas básicas sobre qué pasaría después de de 2024 cuando muchas y muchos y espero que la gran mayoría del pueblo de México, aspiramos a tener un segundo gobierno de la cuarta transformación, a que la cuarta transformación no se suspenda, al contrario, que se profundice, que se radicalice con una transformación que llegue aún más profundo a los cimientos de la estructura social.

Lo primero que digo es, como una preocupación, no me extrañaría que surgieran voces y protagonistas que empiecen a llamar a balances, a equilibrios, a no exagerar, y que en realidad sean movimientos restauracionistas o plataformas políticas restauracionistas, que lo que busquen sea volver a conceder a el neoliberalismo y sus fuerzas el capital tanto global como nacional lo perdido. Ojo, porque el discurso se va a poder infiltrar a través de, por ejemplo, derechos sociales, algunos de estos derechos de segunda generación, incluido las reivindicaciones feministas absolutamente legítimas y valiosas, pero

también a veces muy utilizadas por estos oportunismos restauracionistas y otros varios, entonces lo dejo como una preocupación: cuidado, hay que reconocer tempranamente a estos posibles movimientos restauracionistas. Desde mi punto de vista no hay mejor salida que ir a la profundización, y en esa profundización identifiqué varias pero menciono sólo tres cambios profundos que deberían hacerse: uno es en lo jurídico, el aparato jurídico mexicano, el corpus lex, desde la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por las leyes reglamentarias, las leyes secundarias, las leyes generales, las leyes federales, los reglamentos de cada una de ellas y las normas oficiales mexicanas...sigue en el corpus lex de México una estructura neoliberal, salvo aquellas reformas que deliberadamente se han hecho durante este sexenio y que se tenido que tomar decisiones tanto estratégicas como tácticas y pragmáticas porque no se puede hacer todo en solo seis años, pero considero que en un posible segundo gobierno de la cuarta transformación debería empezarse con una agenda directa de hacer una reforma estructural de todo esto. Seguramente con cambios constitucionales, y el presidente López Obrador ya ha señalado cuáles serían algunos de los elementos de mayor prioridad. Lo segundo es un cambio orgánico del gobierno de México, los gobiernos de México, me refiero a los estatales y los municipales y también a la relación orgánica o política entre el gobierno federal, los estatales y que hoy gobiernan, la vacunas, el desarrollo tecnológico, en medio ambiente, las relaciones laborales, etcétera, entonces ese es un segundo elemento, un cambio orgánico, y también considero que tan pronto a los diez minutos de que empezara este segundo gobierno debería entrar en ese sentido. Y lo tercero es un cambio estructural... la economía de México es una economía mixta, y lo ha sido por mucho tiempo, pero hay de mixtos a mixtos; en los años sesentas y setentas se tenía, y cincuentas no se diga, un importante margen de rectoría del estado nacional que incluía una capacidad de generación de riquezas a través de empresas paraestatales, de todo tipo, desde producción primaria en la minería, hasta producción de bienes y servicios en múltiples otras empresas. ←

Afiebrado



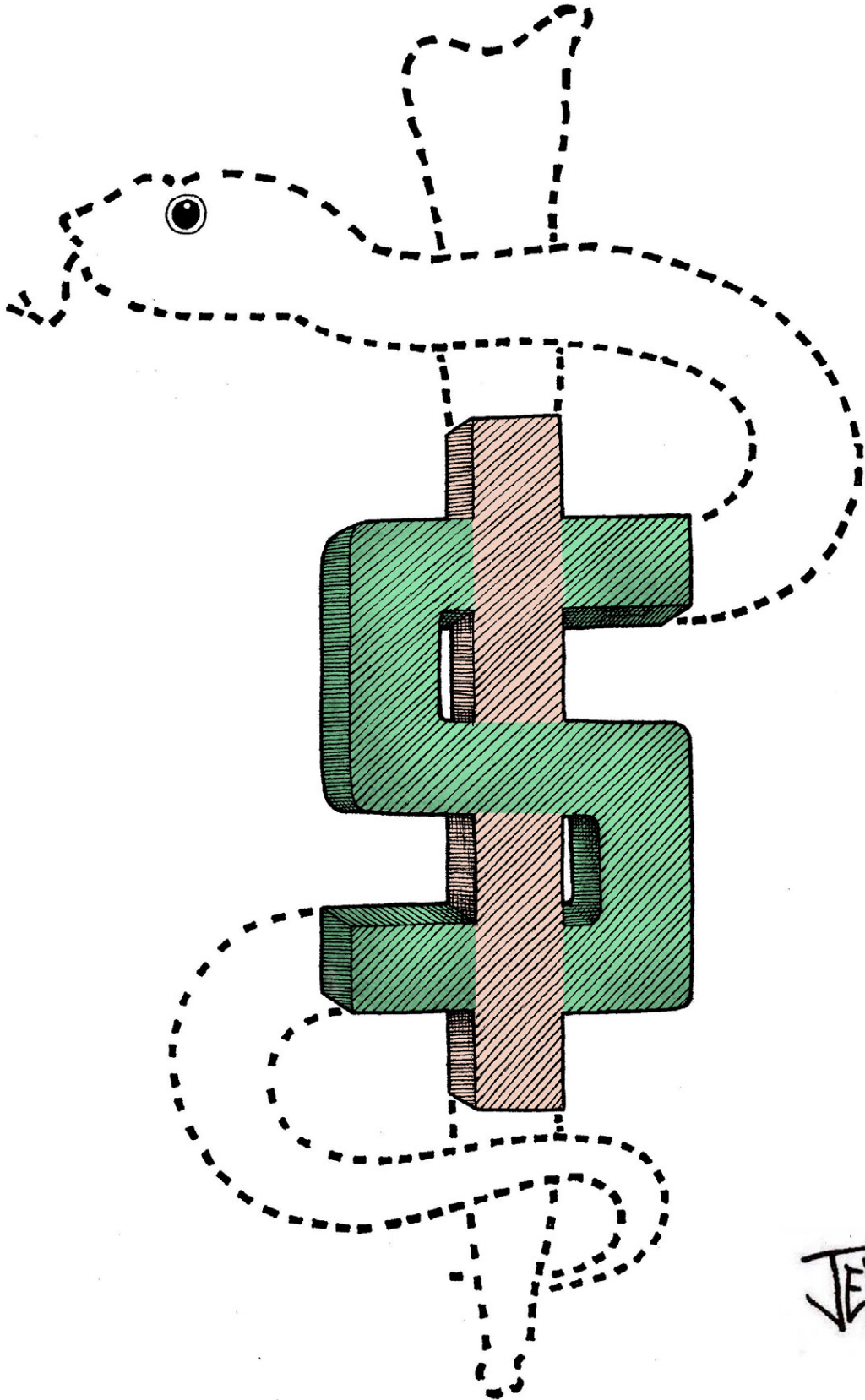
EL CARTÓN DE GOYCOCHEA

La salud universal en las américas ¿una entelequia?

Las desigualdades de salud tienen un origen social, son injustas e injustificables por ilegítimas en esta época porque reflejan la distribución inequitativa de los recursos en la sociedad

*Fernando Cano Valle. Profesor Titular “C” de tiempo completo. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

**Diana Laura Pérez Martínez. Becaria de investigación. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.



JERGE

En este ensayo abordamos tres aspectos sobre la salud en América Latina: 1) la salud como un concepto social, 2) las desigualdades que hoy la caracterizan y 3) cómo se perfila el futuro de la salud en la región.

En el término “entelequia”, se pueden advertir dos significados: el primero, como cosa irreal que no puede existir, que se relaciona con la utopía, y el segundo como cosa real que lleva en un fin propio, que implica la posibilidad de convertirlo en realidad.

En América Latina la salud universal no es ni de lejos una realidad. Sin embargo, en Estados Unidos de América, la sociedad con mayores recursos materiales, es donde se ha presentado la mayor mortalidad general del continente por la pandemia de COVID-19 en los niveles socioeconómicos más bajos, debido a un sistema de salud insuficiente.

La salud es esencialmente un concepto social condicionado por características biológicas, en donde el aspecto de la naturaleza de la organización de una comunidad cobra la mayor importancia. Las desigualdades de salud tienen un origen social, son injustas e injustificables por ilegítimas en esta época, porque reflejan la distribución inequitativa de los recursos en la sociedad, de tal manera que ciertos grupos no disponen de las oportunidades y los derechos humanos básicos (Fuenzalida & Connor Scholle, 1989).

Es un hecho que la mayor parte de los países de la región han incorporado a sus Constituciones el derecho a la protección de la salud, como en Argentina en 1994 - estos se consideran como los derechos humanos de segunda generación y modifican e incluyen leyes, derechos y códigos subsecuentes-. Lo mismo sucedió en Brasil en 1998 y su enmienda en el 2000, con un marco de sistema único de salud, leyes y normas operativas. Asimismo, Chile en 1980, en el artículo 91 de Leyes y Derechos con Fuerza de Ley y Código Penal, y en este caso es de particular relevancia el reconocimiento de los derechos sociales durante el gobierno de Bachelet. Colombia en 1991 modifica los artículos 48-49 constitucionales, dando como resultado el Sistema General de Seguridad en Salud con características de subsidio-contributivo en

donde el Estado hace aportación financiera. De igual forma, Costa Rica en 1991 diseña la Caja Costarricense de Seguridad Social, que tiene como eje los conceptos de equidad, obligatoriedad, calidad y extensión. Cuba es un caso excepcional, pues no obstante el bloqueo que padece desde hace décadas, ha definido la protección de la salud como una prioridad nacional. El primer nivel de atención médica otorgado en el nivel urbano y rural ha permitido atender a la persona y a la familia con un sistema de vigilancia epidemiológico de excepción. Conviene notar que sus unidades periféricas fueron inspiradas en los programas de medicina familiar de la UNAM desde las décadas de los 80's y 90's. Otro ejemplo excepcional es el de Uruguay, donde el gobierno de José Mujica se empeñó en hacer realidad una agenda social en 2010 que reconoce el derecho a la protección de la salud, con resultados notables en el control de enfermedades crónicas (Cano Valle, 2010).

En este punto es interesante asomarse al desarrollo histórico de la medicina mexicana, donde la evolución ha ido de las epidemias a la vacunación, aun con distorsiones sociales y políticas; ha pasado de la biología de la herencia al conocimiento del genoma humano, concibiendo así el diagnóstico genético de enfermedades inéditas; de la medicina transcultural del cráneo abierto con pedernal a la cirugía neurológica moderna; del culto a la persona a la publicación científica. Por otro lado, se han silenciado los fracasos y se exhibe lo que se calificó de éxito. Ambas políticas se encuentran reñidas con las necesidades reales, verdaderas y lacerantes de la sociedad.

El impacto de las políticas erróneas de salud ha colocado a la sociedad mexicana en una situación donde realmente no existe la protección a la salud, hecho que se evidenció y se agravó durante la pandemia COVID-19. Las respuestas fueron tardías, lo mismo de la OMS que de los países de la región. Es necesario recalcar que esto no debía ser el caso, ya que en México desde 1983 incorporó en la Constitución la protección del derecho a la salud y en 2011 el derecho a la salud acorde con el Marco Jurídico Internacional.

Desde hace al menos dos décadas, y como resultado de la ineficiencia de la atención primaria de la

salud-enfermedad, en México han surgido programas particulares no gubernamentales producto de la audacia de empresarios y sin ningún control de calidad, cuyo impacto económico se ha traducido en un gasto de bolsillo de una parte importante de la población, que contrasta con el beneficio de los estados financieros de las instituciones privadas.

El impacto negativo de las políticas de salud pública coloca a la sociedad mexicana en virtual desprotección y la pandemia por COVID-19 vino a desnudar las catastróficas cifras de morbilidad y mortalidad que en una sociedad como la nuestra resultan inaceptables.

En el caso de los derechos humanos, y en particular del derecho a la salud, no existe otra alternativa que la exigencia del respeto y la aplicación más amplia mediante disposiciones para hacerlos aplicables por las autoridades locales. De esta forma, se vuelve viable a mediano y largo plazo abatir las estructuras verticales y anacrónicas. La medicina exige que su interpretación se elabore en la disciplina y el cumplimiento de lo que se dice que se va a hacer y debe ser hecho.

Es importante lo descrito por Fuenzalida y Connor Scholle: “la mera declaración de una política nacional no basta por sí sola para garantizar el derecho a la atención de la salud, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas, servicios específicos.” (Fuenzalida & Connor Scholle, 1989)

Las publicaciones sobre salud desde 1980 denuncian que en América Latina existen marcadas inequidades socioeconómicas y demográficas en cuidados neonatales, discapacidad, rehabilitación de VIH-SIDA, entre otros, que las compañías de seguros consideran excluyentes (Cano Valle, 2010).

En forma recurrente se discute sobre la vulnerabilidad y fragilidad del sistema financiero y bancario que han traído más pobreza, los recortes presupuestales que no ceden y pareciera que los centros académicos tampoco comprenden el significado del cambio necesario en salud.

Hace más de doscientos años, Adam Smith escribió en *La prosperidad de las naciones*: “Es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz si la mayoría de sus miembros son pobres y miserables.”

Para finalizar, es conveniente citar un documento que aborda la brecha de la desigualdad social (Vidal 2022):

“La brecha de la desigualdad mundial es algo inmoral en términos de justicia global. En 2019, 26 personas tenían la misma riqueza que la mitad de la humanidad (PNUD, 2019), aún en tiempos de pandemia, los beneficios de grandes corporaciones como Microsoft, Visa o la farmacéutica Pfizer, han crecido entre un 30% y un 50% desde principios del 2020 (Oxfam 2020). En uno de sus informes, la ONG Oxfam remarca la situación en América Latina cuando indica que desde el principio de los confinamientos, han aparecido 8 nuevos milmillonarios en la región, es decir, 1 nuevo milmillonarios cada dos semanas, mientras se estima que hasta 52 millones de personas se convertirán en pobres y 40 millones perderán sus empleos en el año 2020. La riqueza de esa élite de supermillonarios de la región ha crecido un 17% desde mediados de marzo de 2020: US\$48200 millones, que equivalen al 38% del total de los paquetes de estímulo que el conjunto de Gobiernos ha activado, (...)” (Oxfam 2020). Aunque en los primeros meses de la pandemia, como resultado del colapso del mercado, algunos milmillonarios experimentaron dramáticas reducciones en su riqueza, este revés fue efímero. En nueve meses, los primeros 1000 multimillonarios, principalmente hombres blancos, habían recuperado, todos, la riqueza que habían perdido (Oxfam 2021).” ←

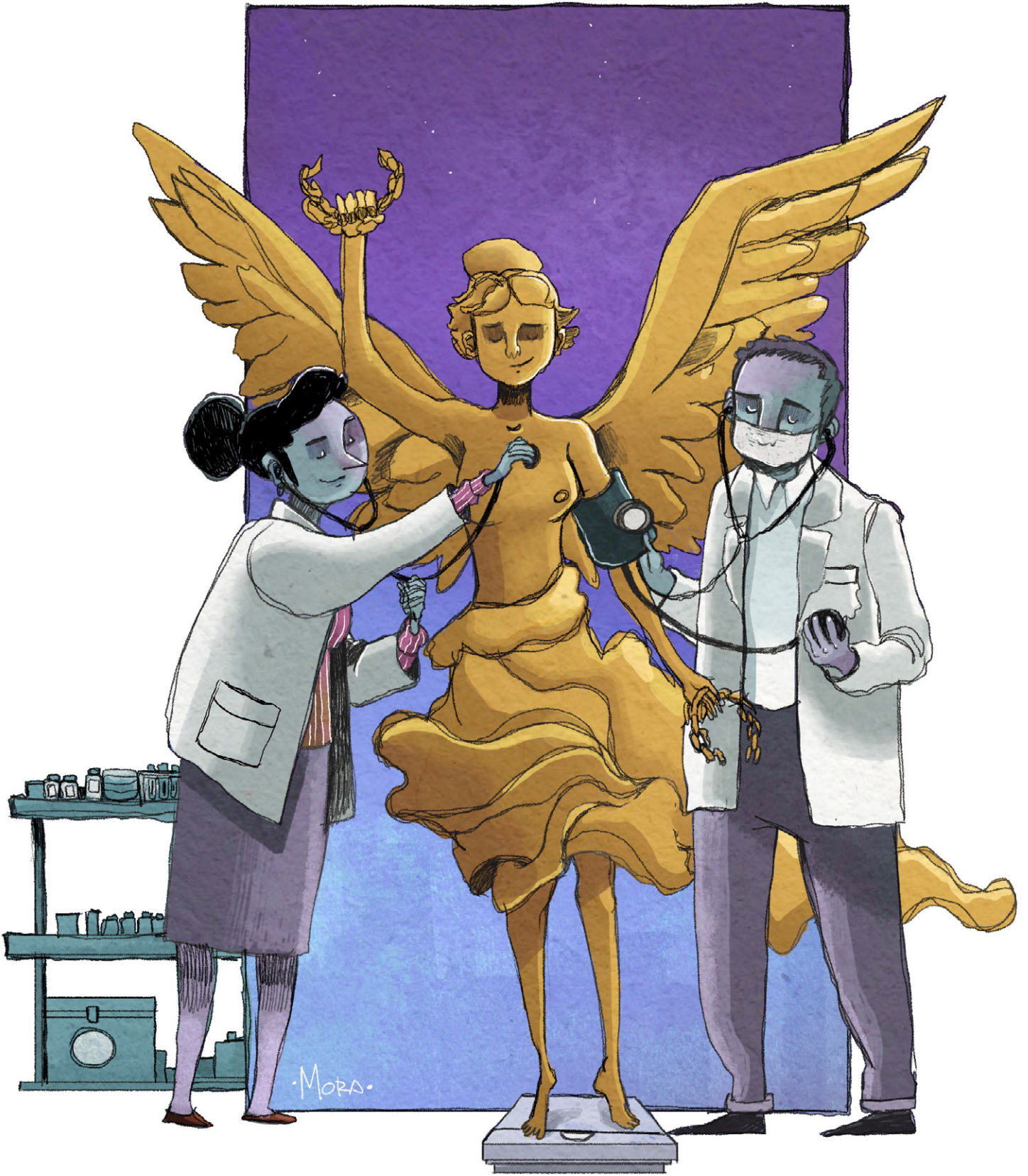
Bibliografía

- Cano Valle, F. (2010). *Derecho a la protección a la salud en América Latina* (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, Ed.; 1era ed.).
- Fuenzalida, L. H., & Connor Scholle, S. (1989). *El Derecho a la Salud en las Américas, estudio constitucional comparado* (Organización Panamericana de la Salud, Ed.; Vol. 509). Organización Panamericana de la Salud.
- Vidal, Susana María. 2022. “Ética y negociaciones para el acceso a vacunas: excepcionalismos metodológicos y éticos.” *Revista Colombiana de Bioética* 17, no. 1: e3935. <https://doi.org/10.18270/rcb.v17i1.3935>

Entrevista con la Dra. Oliva López Arellano

Secretaria de Salud de la CDMX

Incidir en los determinantes sociales
mediante la garantía de otros derechos tiene
un efecto inmediato en la salud pública



SENTIDO COMÚN: ¿Cómo funciona el sistema de salud pública en la CDMX?

OLIVA LÓPEZ Arellano: El sistema de salud de la Ciudad de México es complejo. Tiene un componente importante de atención médico sanitaria, pero también de promoción y prevención de salud que está desplegado en toda la ciudad. En todo el sistema de salud de la CDMX se cuenta con 30 mil trabajadores.

En el primer nivel, se cuenta con 230 centros de salud que otorgan atención de primer contacto, clínicas especializadas y el trabajo territorial que tiene a su cargo la promoción de la salud y entornos saludables, vacunación y actividades preventivas.

En el segundo nivel de atención, el sistema de salud se compone por 34 hospitales –generales, materno-infantiles, pediátricos– y órganos públicos descentralizados que están sectorizados a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México como lo son la Agencia de Protección Sanitaria, encargada de actividades de fomento y regulación sanitaria y el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la CDMX, que impulsa de manera articulada actividades de prevención a las adicciones y atención a la salud mental, así como la regulación de los espacios de atención a personas con adicciones. Adicionalmente, la Secretaría de Salud de la CDMX también cuenta con la rectoría de la vigilancia epidemiológica y seguridad sanitaria de la entidad federativa, así como las acciones intersectoriales.

Sobre este último tema, cabe recalcar que, la visión intersectorial es fundamental para ejecutar la política general del gobierno de Claudia Sheinbaum de garantizar derechos. Por lo tanto, se garantiza el derecho a la salud, pero simultáneamente el derecho a la educación, a un ambiente saludable, a una vivienda digna, entre otros. Por lo anterior, el trabajo de la Secretaría de Salud está articulada con otras secretarías e instituciones que realizan trabajo territorial.

Uno de los ejes más importantes es el programa de las 333 colonias de acción prioritarias, el cual consiste en atender a las colonias de alta marginalidad y con los índices de desarrollo social más bajos que enfrentan mayores problemas de acceso a servicios públicos. En este

programa se busca trabajar de manera integral y coordinada con otras instituciones públicas de la CDMX para ofrecer las Ferias del Bienestar. Estas ferias se instalan de martes a domingo de manera rotativa en diez de las 333 colonias de acción prioritaria y se realizan actividades con todas las instituciones públicas que participan. Por ejemplo, la Secretaría de las Mujeres da información sobre prevención de violencia en contra de las mujeres y los programas que existen para atenderla, la Consejería Jurídica facilita una serie de trámites, el Instituto para el Envejecimiento Digno (INED) ofrece actividades para personas adultas mayores y la Secretaría de Salud instala los módulos de salud para el bienestar en donde se realizan estudios de manera pública, universal y gratuita de detección de diabetes, hipertensión y otras enfermedades.

SENTIDO COMÚN: ¿Cómo coexistirá este modelo con el plan de universalización de la salud a nivel federal?

OLIVA LÓPEZ Arellano: El modelo propuesto a nivel federal para la universalización de la salud tiene la misma base conceptual y estratégica que la Ciudad de México: un modelo integral de atención primaria el cual se divide en atención médica ambulatoria y hospitalaria. Este modelo también tiene un componente muy importante de rectoría y de prevención y promoción de la salud.

Ahora bien, es importante destacar que el modelo que se propone en la Secretaría de Salud federal junto con todas las instituciones de seguridad social, pretende que IMSS Bienestar sea un proveedor de servicios de salud, pero que forma parte de un modelo más amplio que por un lado garantiza el derecho a la protección de la salud de manera directa, pero también garantiza la atención colectiva y la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, al igual que en el gobierno de la CDMX, se pretende tener una serie de acciones intersectoriales que produzcan una sinergia. Por ejemplo, está comprobado que las mejoras en materia de movilidad o de acceso a alimentos sanos tienen un impacto positivo en la salud pública, por lo que, si bien las acciones de movilidad o de abasto no las ejecuta la Secretaría de Salud, al estar coordinados se mejora la salud pública.

SENTIDO COMÚN: ¿Cómo funciona el modelo de salud reproductiva y de interrupción legal del embarazo en la CDMX? ¿Por qué es un modelo que ha sido replicado en otras entidades e incluso en otros países?

OLIVA LÓPEZ Arellano: Es un modelo que parte de reconocer derechos de las mujeres: el derecho a decidir sobre su cuerpo, a vivir una vida libre de violencia y al libre desarrollo de la personalidad y, en caso de que decidan ser madres, el derecho a decidir sobre su parto. En este sentido, tenemos una visión de derechos que permea estos programas de salud sexual y reproductiva.

Dado que en la capital del país ya tenemos 15 años con la interrupción legal del embarazo (ILE), contamos con un modelo maduro y estandarizado donde se tiene consejería, acompañamiento psicológico, intervención médica profesional tanto en la atención ambulatoria en las clínicas –que son la mayoría de las intervenciones– como en hospitales. El modelo de ILE en la CDMX es público, gratuito y universal y además, en conformidad con la legislación local, las mujeres no necesitan mayor requisito que su voluntad durante las primeras 12 semanas de gestación para acceder al servicio. Desde su legalización se han realizado más de 254 mil sin que se haya registrado ni una sola muerte materna por interrupción del embarazo.

Es importante mencionar que los servicios de ILE, además de regirse bajo los estándares profesionales nacionales e internacionales más elevados, también busca crear

ambientes respetuosos, seguros, cálidos y acompañados para que las mujeres puedan ejercer su derecho. En esta misma lógica, el gobierno de la CDMX garantiza que, las mujeres que decidan ejercer su maternidad, también lo puedan hacer de manera digna, por lo que se han cuenta con salas labor, parto y recuperación que siguen los estándares de mejores prácticas de labor y acompañamiento en los hospitales generales de Cuajimalpa, Topilejo, Iztapalapa. Asimismo, se garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes atendiendo las particularidades de esta población en colaboración con el Instituto de la Juventud y la Secretaría de las Mujeres, mediante campañas masivas de información, acceso a anticonceptivos y prevención a la violencia en contra de las mujeres.

En resumen, el gobierno que encabeza la doctora Claudia Sheinbaum Pardo ha hecho un trabajo intersectorial entre las instituciones públicas para sumar las capacidades de todas las instancias y así potenciar el quehacer gubernamental en todas las áreas y así crear mayor bienestar para los y las capitalinas. Queda claro que el derecho a la salud se conecta con otros derechos como la educación, el derecho a la alimentación y al agua, a la movilidad, a la seguridad, a un ambiente saludable –incluido el disfrute del espacio público mediante la recuperación de parques–. Incidir en los determinantes sociales mediante la garantía de otros derechos tiene un efecto inmediato en la salud pública. ←

¿Cómo se ha transformado nuestra alimentación y por qué está aumentando la población que vive con obesidad?

La industria de alimentos y bebidas busca influir y destinar sus recursos para obtener apoyo de sectores de la sociedad



R

La obesidad es un problema importante de salud que genera una serie de complicaciones con impacto en el bienestar y economía de las familias mexicanas. Se trata de una condición de origen multifactorial, compleja y ocasionada por factores ambientales, sociales, económicos e individuales. En la actualidad, México es uno de los primeros lugares en porcentaje de población adulta que vive con esta condición (36.7%) y el cuarto lugar en obesidad infantil (28.1%) a nivel mundial. El porcentaje de la población adulta con sobrepeso y obesidad en adultos se ha triplicado desde 1980 hasta la actualidad (Figura 1), y de no afectar esta tendencia, 40% de la población adulta mexicana tendrá algún grado de obesidad en el 2030.

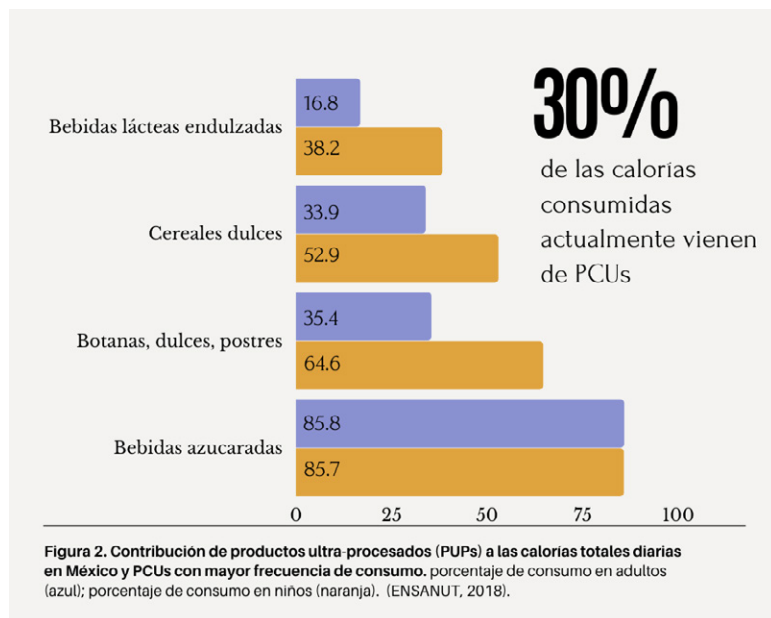
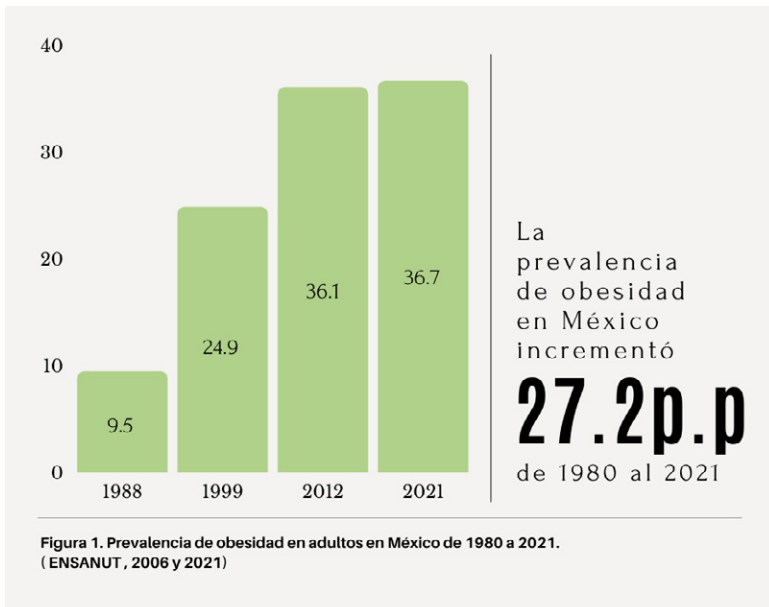
Esto supone un importante reto para la salud pública, debido a que la obesidad es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. En 2019, la obesidad ocasionó más de 260 mil muertes, de las cuales, la mayoría fueron atribuidas a enfermedades cardiovasculares y diabetes. La obesidad no sólo es un problema de salud, sino que también es un problema económico. Al incrementar el número de personas con enfermedades crónicas, incrementan los gastos en salud y disminuye la productividad laboral. El IMCO estima que los costos sociales por diabetes asociada al sobrepeso y obesidad son de más de 85 mil millones de pesos al año y que cada año se pierden más de 400 millones de horas

laborables por diabetes asociada al sobrepeso y obesidad.

En este texto describiremos el impacto del entorno alimentario,¹ que puede entenderse como los componentes del ambiente que determinan la adquisición y consumo de alimentos (como su precio, mercadotecnia, disponibilidad, etc.), en el incremento de la obesidad a nivel poblacional, y el papel que juega la industria de Productos Comestibles Ultraprocesados (PCUs),² normalmente conocidos como “comida chatarra”, en la creación y mantenimiento de un entorno alimentario poco saludable en el país.

El entorno alimentario está estrechamente relacionado con la obesidad en México, debido a la oferta excesiva de PCUs, cuyo consumo es de los principales conductores de la obesidad. Además, este entorno depende de variables estructurales como la urbanización, el comercio internacional, la economía y el medio ambiente. Desde los años 90 ocurrieron cambios en estas condiciones que favorecieron un crecimiento importante de la industria de PCUs y comenzaron a reemplazar a la comida fresca y tradicional del país. Como consecuencia, incrementó la disponibilidad, promoción y comercialización de productos ultraprocesados, incluyendo bebidas azucaradas, lo que generó una transición en la alimentación de la población, caracterizada por un incremento en el consumo de calorías³, azúcares añadidos⁴, grasas saturadas⁵ y sodio⁶. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), México es el mayor

- 1 Entorno Alimentario: representa la conexión entre los consumidores y el sistema alimentario y constituye la disponibilidad, asequibilidad y calidad de alimentos, así como su promoción y conveniencia de compra.
- 2 Alimentos ultraprocesados: según la clasificación NOVA de alimentos, son productos fabricados a partir de procedimientos industriales complejos. Son diseñados a base de combinar componentes de todo tipo, con muchos aditivos, edulcorantes, saborizantes y texturizantes.
- 3 Calorías: son las unidades de medida del contenido energético de los alimentos. Consumir alimentos con exceso de calorías ocasiona sobrepeso y obesidad.
- 4 Azúcares añadidos: son azúcares que no se encuentran de manera natural en los alimentos. Consumir alimentos con exceso de azúcares es un factor de riesgo para la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, entre otras.
- 5 Grasas saturadas: son un tipo de grasa difícilmente absorbida por nuestro organismo. Consumir alimentos con exceso de grasa saturada es un factor de riesgo para la obesidad, enfermedades cardiovasculares, hepáticas, entre otras.
- 6 Sodio: es un elemento químico que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente. Sin embargo, consumir alimentos



consumidor de productos ultraprocesados en América Latina y el cuarto lugar en el mundo. La magnitud en el incremento del consumo de estos productos en nuestro país es preocupante. Desde 1984 hasta el 2016 el número de calorías consumidas provenientes de PCUs se triplicó, alcanzando el 30% de las calorías diarias. Según

la ENSANUT 2018, Los productos ultraprocesados con mayor porcentaje de consumo son: bebidas azucaradas (incluyendo jugos, refrescos, y otras bebidas industrializadas), botanas, dulces y postres, cereales dulces, bebidas lácteas endulzadas. (Figura 2).

con exceso de sodio se asocia a un mayor riesgo de hipertensión arterial.



Figura 3. Factores multisectoriales que afectan a la alimentación. Adaptada de la Tipología del Entorno Alimentario de Downs M.S et al., 2020.

Aunque la obesidad es un problema que tiene un impacto en toda la población, existen personas más vulnerables al entorno alimentario y a tener estilos de vida no saludables, como lo es la población infantil. Esta población está más expuesta a ser influenciada por la publicidad y estrategias de mercadotecnia de comida chatarra, en comparación a la población adulta. El impacto de la manipulación publicitaria dirigida hacia niños y niñas en el consumo de productos ultraprocesados ha sido ampliamente demostrado en México y en el mundo y se considera una práctica falta de ética y que atenta contra los derechos de la infancia.

Para lograr cambios en la alimentación a nivel poblacional, y sobre todo en las personas más vulnerables a la influencia de un entorno alimentario poco saludable, es necesario identificar estrategias que permitan modificarlo favorablemente. Entre estas, una de las más reconocidas a nivel internacional ha sido la implementación de un impuesto del 5% a las bebidas azucaradas en México, el cual permitió una disminución del 5.5% en la compra de bebidas azucaradas en 2014 y de más del 9.7% en 2015. Asimismo, recientemente se implementó el etiquetado frontal de advertencia para productos empaquetados. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021, se encontró que el 74% de la población considera al etiquetado frontal como una muy buena o buena medida para mejorar la alimentación y 66.7% de las personas lo

utilizan para la toma de decisiones al comprar alimentos. Podemos afirmar que estas políticas han probado ser efectivas para la disminución en el consumo de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas. Es necesario fortalecer y complementar estas intervenciones con otras políticas costo-efectivas (promoción de ambientes saludables en los espacios escolares, laborales y comunitarios, mejora de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, etc.), así como intervenciones multisectoriales (es decir aquellas en las cuales otros sectores como el educativo, ambiental y agrícola participan para mejorar el sistema alimentario) (Figura 3), ya que aspectos como las políticas de desarrollo económico, las estrategias educativas o los subsidios a la agricultura tienen diversos efectos sobre el sistema alimentario. En estos casos se requiere identificar intervenciones integrales que aseguren el acceso y la disponibilidad a alimentos locales, saludables y asequibles y que regulen la disponibilidad y la promoción de productos bebibles y comestibles chatarra para lograr una reducción en su consumo. Desafortunadamente, la industria de PCUs constantemente implementa esfuerzos que se oponen a los de salud pública buscando mantener o incrementar la venta de estos productos. Por ello es muy importante también generar una cultura de evaluación de los conflictos de intereses y transparencia en las relaciones de estas empresas con los tomadores de decisiones, para garantizar que las

políticas diseñadas para proteger la salud pública y el bien común prevalezcan sobre los intereses comerciales.

De forma persistente se ha documentado que en México, como muchos otros países, la industria de alimentos y bebidas busca influir y destinar sus recursos para obtener apoyo de sectores de la sociedad. Gracias a esta interferencia, diversos esfuerzos para regular esta industria han sido detenidos. Por otro lado, nos encontramos constantemente expuestos a información manipulada por la industria, disfrazada de investigaciones “científicas”, con las que se busca socavar los esfuerzos por lograr un entorno alimentario que promueva la salud poblacional. Por poner un ejemplo, estudios financiados por la industria documentaron que no se observaron cambios en el consumo de bebidas azucaradas ni en la salud después de la implementación del impuesto a bebidas azucaradas, mientras que varios otros estudios científicos y no financiados por la industria, observaron una importante disminución en el consumo de bebidas azucaradas después de la implementación de este impuesto. Otro ejemplo de la interferencia de la industria de alimentos en la salud es que a pesar de la creación de normas para prohibir la comercialización de alimentos y bebidas chatarra para niños en la televisión, se ha encontrado que estas regulaciones rara vez se aplican. Por lo tanto, los niños siguen expuestos a estos anuncios. Esto no solo representa un riesgo para la salud infantil,

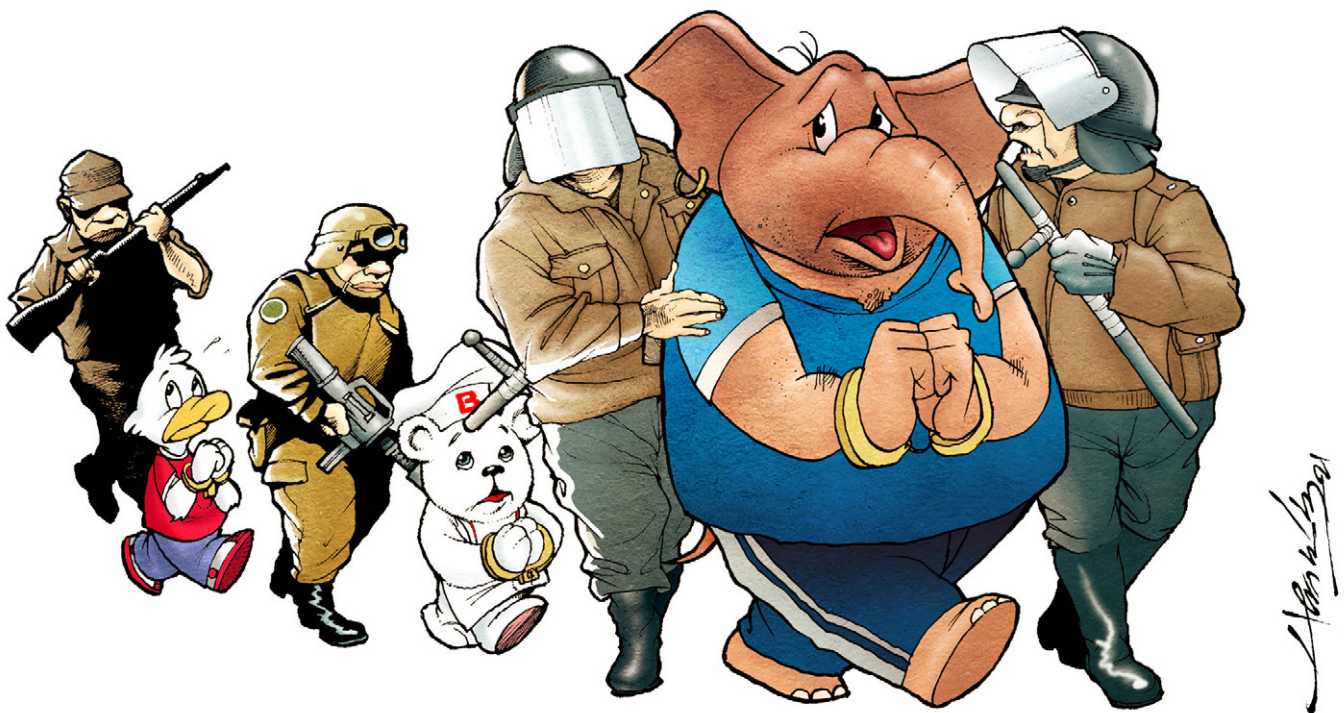
Ideas Clave

- La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja, que se ha incrementado exponencialmente y que afecta a la salud poblacional y a la economía del país.
- Los alimentos ultraprocesados contienen cantidades excesivas de ingredientes que conducen al desarrollo de la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.
- La industria de alimentos ultraprocesados ha tomado el control del entorno alimentario, lo que resulta en una mayor disponibilidad y promoción de estos alimentos y como consecuencia, un incremento en su consumo.
- Debemos reconocer la magnitud de la obesidad en nuestro país y eliminar el estigma hacia las personas con sobrepeso u obesidad.

sino que también representa la violación al derecho de los niños a no ser manipulados por la publicidad. México necesita defensores nacionales e internacionales de políticas públicas para cooperar en los esfuerzos que regulen a las restricciones que ponen las industrias de alimentos sobre la venta y publicidad de alimentos no saludables. Debemos intensificar los esfuerzos para poner fin a las ECNT asociadas al entorno alimentario no saludable.

Una última reflexión de gran importancia es reconocer que la intensificación de los esfuerzos para prevenir y controlar la obesidad debe enfocarse en el ambiente y no en los individuos como responsables del problema y específicamente no debe generar sensaciones negativas en las personas que viven con sobrepeso y obesidad. Se debe actuar con empatía, de forma conjunta y asegurando estrategias de apoyo efectivas.

Recientemente se publicó una postura en la que participaron 1000 profesionales de la salud. Incluye las siguientes 10 recomendaciones de acción para abordar el problema de obesidad en México de mejor manera: 1) considerar la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial; 2) para abordar la obesidad, se requiere de un enfoque centrado en la persona;



3) las personas que viven con obesidad no deben ser estigmatizadas; 4) garantizar tratamientos accesibles y de calidad, basados en la mejor evidencia disponible; 5) apoyar la investigación y la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, los determinantes de la obesidad (incluidos los sociales y comerciales) y los entornos alimentarios poco saludables; 6) abordar los efectos del sistema alimentario en la salud humana y del planeta con un enfoque integral de sistemas complejos; 7) asegurar la educación y un adecuado desarrollo de profesionales de salud para abordar de la mejor manera posible este problema 8) fortalecer las estrategias poblacionales para la orientación alimentaria y la comunicación; 9) desarrollar un ambiente construido sostenible y promotor de entornos activos; 10) generar mecanismos para blindar el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas para la prevención y control de la obesidad de los conflictos de intereses comerciales.

Es importante que como población y consumidores logremos una elección más saludable de alimentos,

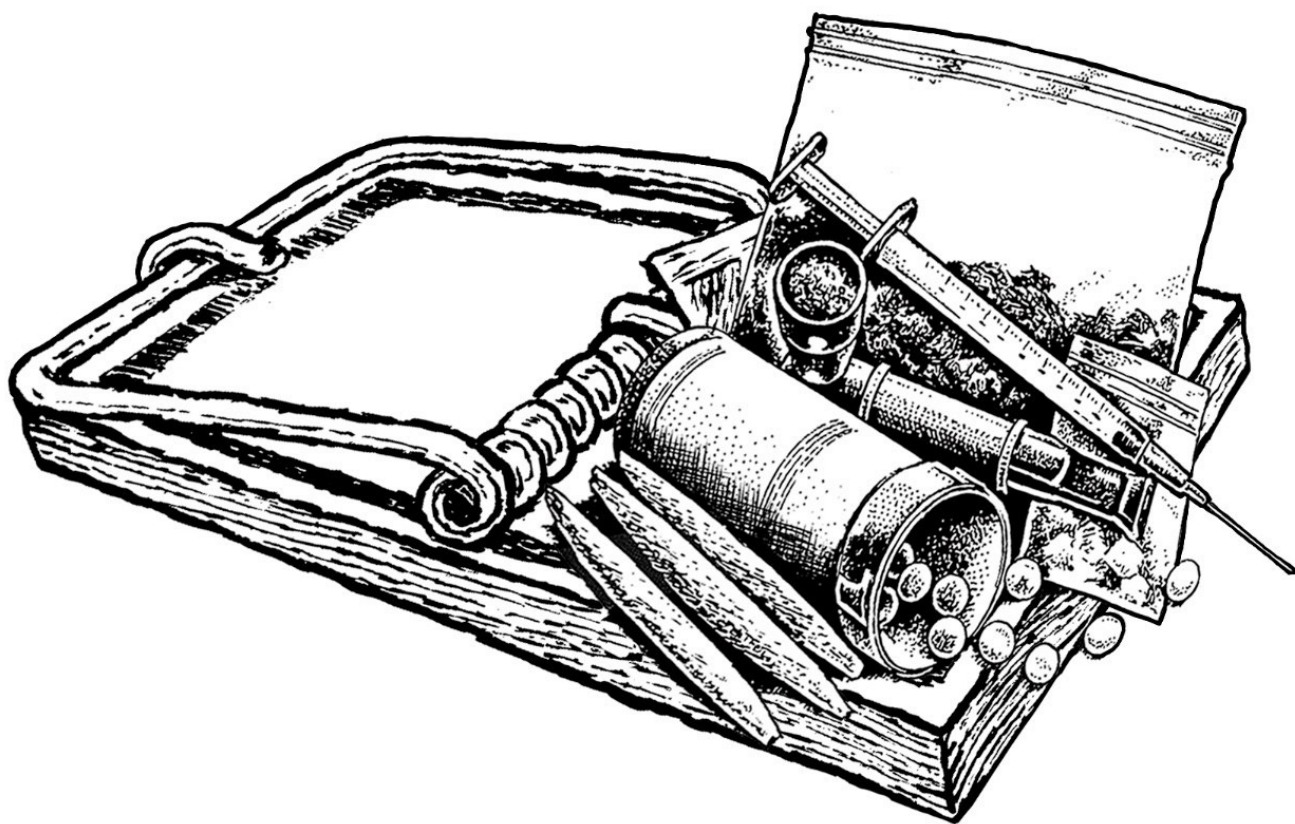
aprovechando herramientas como el nuevo etiquetado de advertencia y mejorando nuestro conocimiento sobre las características de una alimentación saludable. Esta se verá reflejada en nuestra salud, en nuestra economía y nuestra productividad. Estos cambios en la elección de alimentos también favorecen la salud planetaria. Comiendo más saludable, estamos cuidando al mundo que le estamos dejando a los niños y a futuras generaciones. Es importante incrementar el consumo de frutas y verduras, cereales integrales (tortilla de maíz nixtamalizado, pan integral, avena, arroz integral), leguminosas (frijoles, garbanzos, habas, chícharos) y semillas. Un consumo moderado de alimentos de origen animal como pescado, pollo, leche, queso fresco, yogur y huevo, y un menor consumo de carne de res y carnes procesadas (jamones, salchichas y otros embutidos). Las recomendaciones también incluyen evitar el consumo de productos industrializados y bebidas azucaradas (comida chatarra) y en caso de elegir ocasionalmente alguno de estos, identificar la opción con la menor cantidad de sellos de advertencia. ←

Referencias

- Downs S, Ahmed S, Fanzo J, Herforth A. (2020). Food Environment Typology: Advancing an Expanded Definition, Framework, and Methodological Approach for Improved Characterization of Wild, Cultivated, and Built Food Environments toward Sustainable Diets. *Foods*, 9(4):532. doi:10.3390/foods9040532
- Marrón-Ponce, J. A., Tolentino-Mayo, L., Hernández-F, M., & Batis, C. (2018). Trends in Ultra-Processed Food Purchases from 1984 to 2016 in Mexican Households. *Nutrients*, 11(1), 45. <https://doi.org/10.3390/nu11010045>
- Innegable la relación del consumo de productos ultraprocesados con un mayor riesgo de mortalidad (2021). El poder del Consumidor. Disponible en: <https://elpoderdelconsumidor.org/2021/02/innegable-la-relacion-del-consumo-de-productos-ultraprocesados-con-un-mayor-riesgo-de-mortalidad/>
- SECTEI (2021) “México, cuarto lugar mundial en el consumo de alimentos ultra procesados” Disponible en: <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mexico-cuarto-lugar-mundial-en-el-consumo-de-alimentos-ultra-procesados>
- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (2010) Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/infancia/2010/2.9_Estrategia_Salud_Alim.pdf
- INSP (2021), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- INSP, INEGI, SALUD (2018), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Pedroza-Tobias, A., Crosbie, E., Mialon, M., Carriedo, A., & Schmidt, L. A. (2021). Food and beverage industry interference in science and policy: efforts to block soda tax implementation in Mexico and prevent international diffusion. *BMJ global health*, 6(8), e005662. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005662>
- Rodríguez-Ramírez, S., Martínez-Tapia, B., González-Castell, D., Cuevas-Nasu, L., & Gómez E. J. (2021). Getting to the root of the problem: the international and domestic politics of junk food industry regulation in Latin America. *Health policy and planning*, 36(10), 1521–1533. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab100>
- Barquera S, Véjar-Rentería LS, Aguilar-Salinas C, Garibay-Nieto N, García-García E, Bonvecchio A, et al. Volviéndonos mejores: necesidad de acción inmediata ante el reto de la obesidad. Una postura de profesionales de la salud. *Salud Publica Mex*. 2022;64:225-229. <https://doi.org/10.21149/13679>
- Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M., & Ng, S. W. (2017). In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. *Health affairs (Project Hope)*, 36(3), 564–571. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>
- Pedraza, L. S., Popkin, B. M., Batis, C., Adair, L., Robinson, W. R., Guilkey, D. K., & Taillie, L. S. (2019). The caloric and sugar content of beverages purchased at different store-types changed after the Sugary Drinks Taxation in Mexico. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0872-8>.
- Torres, F., & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas Del Desarrollo*, 49(193). <https://doi.org/10.22201/ieec.20078951e.2018.193.63185>
- IMCO (2015). Kilos de más, pesos de menos: los costos de la obesidad en México. Disponible en: <https://imco.org.mx/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/>
- Kánter Coronel I. (2021) Magnitud del sobrepeso y obesidad en México: Un cambio de estrategia para su erradicación. Disponible en: http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5127/ML_197.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%202019%2C%20m%C3%A1s%20de%20260,m%C3%A1s%20104%20mil%20por%20diabetes.&text=La%20OCDE%20estima%20que%2C%20como,mexicanos%20se%20reducir%C3%A1%204.2%20a%C3%B1os

El Uso Patológico de Sustancias Psicoactivas, la Criminalidad y las Violencias:

Asociación, Fenomenología
y Causalidad desde la Salud
Mental Integral



Introducción

Caminaba como cualquier otro vecino de la Alcaldía Cuauhtémoc al atardecer en uno de sus parques ciudadanos mientras paseaba al Teo. A unos metros de mí un niño intentaba mantenerse parado sobre su *skate*, acompañado de quien yo pensaría era su abuela. Justo entonces pasaron dos chavos, despreocupados, fumándose *un toque*. Estas dos son escenas que comúnmente veo en este parque, pero no siempre son coincidentes. Entonces la señora le dijo al niño: “Matías, hazte para acá que allí hay unos *mariguanos* y no te vayan a robar”. A lo que uno de los jóvenes replicó: “No señora, los *mariguanos* somos los que fumamos *mota*, el que roba se llama ladrón”.

Esta estampa urbana es la expresión de una asociación casi automática e inevitable en el imaginario colectivo, según la cual las personas que usan drogas son criminales, o que asume que las drogas *per se* les vuelven violentas o que por usar drogas, o para conseguirlas, enloquecerán, agredirán, violentarán y delinquirán. Es cierto que esta triada -drogas, violencia, delincuencia- existe; no obstante, estos elementos se encuentran en un ámbito asociativo, sin que haya a ciencia cierta una causalidad directa

entre ellos. Es decir, empíricamente, somos incapaces de afirmar que el uso de drogas lleva inevitablemente a la violencia y al crimen como causa – efecto. Podemos afirmar con evidencias que, si bien las personas que han cometido delitos usan más drogas que la población general (sobre todo si estos fueron detenidos en flagrancia al estar en la comisión del delito, donde el etanol sigue siendo la droga más comúnmente involucrada), una minoría de las personas que usan drogas cometen actos delictivos o violentos.

Preferiré de aquí y en adelante referirme en lo posible ya no a *las drogas*, sino a las *sustancias psicoactivas*, ya que no es lo mismo describir que juzgar. Al decir *drogadicto* estamos juzgando; en cambio, llamarlos *persona con dependencia a una sustancia* es respetuoso, políticamente correcto y atinado en el lenguaje clínico descriptivo. Así, las sustancias psicoactivas se encuadran en dos espectros distintos: del *toxikon* al *pharmakon* (del veneno a la medicina) y del chocolate al fentanilo. Las sustancias psicoactivas incluyen a toda una gama de moléculas de orígenes y naturaleza diversa, que al ingresar al organismo humano provocan un efecto patente en nuestras

emociones, conductas, percepciones, pensamientos y estado de consciencia. En el otro gradiente se reconoce el hecho de que una misma sustancia, dependiendo de su modo de empleo, dosis y vía de administración, puede ser, en efecto y ambiguamente, un veneno o una medicina.

Al hablar de la violencia nos estamos refiriendo a un repertorio con numerosos tipos de violencias, entre las cuales existen similitudes, pero también diferencias categóricas. Al hablar de delitos se incluye a todos los actos en donde por acción u omisión se viola o rompe con lo contenido en las leyes y normativas vigentes.

La primera fase de la cadena de sucesos que llevan a una persona a padecer un problema por consumo de sustancias es la experimentación, misma que es bastante autoexplicativa y que incluye a la totalidad de personas que alguna vez en la vida se han expuesto al consumo. Le sigue la fase del uso adulto racional restringido, que incluye el uso ocasional, sin problemas asociados; esta población es menor que la de experimentadores.

De este grupo deviene el abuso, donde encontramos un consumo riesgoso o problemático por tener ya repercusiones en nuestra salud física, mental y social. En ciertas personas, por diversas variables individuales, medioambientales y psicológicas, el abuso de la sustancia provoca una neuroadaptación, que significa que la persona se ha vuelto dependiente de la sustancia, lo que implica que a los elementos ya descritos del abuso se suman la tolerancia, que es el requerir cantidades crecientes de dosis para lograr el mismo efecto, y la supresión o abstinencia, que es la reacción física y psicológica de una persona cuando interrumpe abruptamente o disminuye el consumo y que en ocasiones puede ser muy sintomática e incapacitante. En el caso de los depresores del sistema nervioso central, puede causar la muerte. Llegando a la cúspide de la pirámide del consumo, y en donde centramos el foco de esta disertación, está el consumo caótico, que incluye, por ejemplo, el intercambio de drogas por sexo, la inyección en frenesí o los actos delictivos para proveerse de las sustancias. El número de personas que evolucionan de la experimentación al consumo en caos -tomando en cuenta todas las sustancias, aunque en cada una por separado hay distinciones-, es menor a uno de cada diez.

Es necesario comprender a la luz del conocimiento actual que dentro de la diversidad de trastornos o condiciones mentales que padecemos los humanos; habrá algunas

personas que manifestemos nuestra psicopatología con un acto parasuicida, otros escucharemos voces, otras más se lavarán incesantemente las manos y otros consumirán de manera compulsiva ciertas sustancias, incluso frente a evidencias claras del daño al que la persona, su familia y su comunidad se están ateniendo por dicho consumo.

Para esclarecer la naturaleza, las características y el significado de la asociación entre el consumo de sustancias, las violencias y la conducta criminal y cómo convergen, realicé una búsqueda heurística y propositiva en la literatura científica y en documentos periodísticos, para sistematizar y explicar un modelo de multicausalidad comprensivo y estructurado.

Este modelo contiene seis capítulos ideados *ex profeso* y representa una síntesis proporcional y aproximada de la información y documentos existentes en la ciencia, el periodismo, las expresiones culturales y en 30 años de experiencia clínica.

I: La violencia como producto de un estado de intoxicación

Las sustancias psicoactivas tienen la capacidad de modificar intensamente la percepción del mundo que nos rodea. Dependiendo de su tipo y su dosis, es posible que nos hagan atravesar periodos de pérdida de control sobre el entorno y nosotros mismos. De hecho, esta pérdida de control es una de las razones por las cuales las personas usan *drogas*. Bajo dicho estado de alteración temporal de nuestro estado de consciencia (decimos “temporal” porque los efectos de las sustancias son autolimitados y reversibles), es posible encontrar personas que por un consumo crónico o agudo de una sustancia determinada se torne agresivo ante los demás o de forma autodirigida. Esta agresividad puede tornarse en violencia, muchas veces injustificada para los que rodeamos a la persona intoxicada.

Diría que es excepcional que una persona que no tuviese antecedentes de violencia o de criminalidad se convierta en el *extraño caso del Doctor Jekyll y el Señor Hyde*. Un individuo de temperamento explosivo, con su propio bagaje psicológico, que cuenta con incidentes disruptivos en su desarrollo y que ya ha sido impulsivo, violento y cuenta con datos de conducta disocial desde la adolescencia, no sería inesperado que se torne violento con el consumo de sustancias que le estimulan o le desinhiban para ejercer conductas violentas.

Esta circunstancia puede ser observada en la violencia en el hogar y contra las mujeres que padecen frecuentemente de actos violentos, en especial proveniente de sus compañeros sentimentales, frecuentemente asociados a la intoxicación etílica, porque se bebe en el hogar, porque, al ser legal, tomar no conlleva estigma (cuando menos para los varones, porque las mujeres padecen del “doble estigma de la mujer alcohólica”) y porque es altamente disponible y accesible -en México de manera a veces escandalosa-, por su acción depresora del sistema nervioso central, que debilita nuestros sistemas cerebrales inhibitorios literalmente “dejándonos sin frenos” y porque casi 80% de la población mexicana lo consume o lo ha consumido.

Existe otra violencia, muy importante para este análisis, propia de México, pero extensivo a una parte importante de América Latina, que atañe a las personas que se encuentran en las filas de la delincuencia organizada y que al cometer actos violentos en el marco de sus actividades delictivas, sangrientas e inhumanas, consumen psicoestimulantes, entre otras *drogas*, para cumplir su fin.

II: La violencia como medio para procurar el abasto, asociado a estados supresivos (o de abstinencia).

Las sustancias psicoactivas son un bien de consumo. El mercado que representan es billonario, está presente en todo el mundo y es producto también de nuestros hábitos de consumismo salvaje, frivolidad e impaciencia para sentirnos recompensados, gratificados y alejados de cualquier tipo de afecto negativo, por más efímero y menor que este sea.

Un gramo de cannabis, o de goma de opio, o de cocaína, tienen un costo real bajísimo en términos de su producción. El precio exorbitante de estos productos en las calles de Nueva York o Madrid es un efecto directo de la prohibición y, bajo este entendido, no tenemos más opción que la regulación de las sustancias en todas sus modalidades, actividades y procesos, regresando a los Estados el monopolio de la regulación productiva, comercial y taxativa, muy en línea con lo expresado en la toma de posesión del Presidente de la República de Colombia. Gustavo Petro básicamente dijo al mundo que el paradigma actual está caduco y debe de morir para dar paso a uno nuevo, moderno y humanista.

Cuando el estilo de vida de la persona dependiente y las consecuencias del consumo que sufre le impiden

seguir teniendo una forma lícita de subsistir -y de conseguir la sustancia-, recurrirá ocasionalmente a medios no convencionales para solventar su consumo, y en estas actividades aparecerán conductas como robos, allanamientos, asaltos, prostitución y narcomenudeo, sin limitarse por supuesto solo a ellos.

III: La violencia resultante de las actividades propias de los “delitos contra la salud”

En la ley mexicana la mayoría de los delitos tipificados en torno a las sustancias caen en el rubro de los “delitos contra la salud”. Aparecen aquí actividades como siembra, cultivo, síntesis, procesamiento, trasiego, acopio y suministro de sustancias. El ámbito criminal del tráfico de drogas nos expone a problemas sociales, que conllevan una alta morbi-mortalidad, pero no constituyen un problema sanitario *per se*, como las actividades violentas e ilegales inherentes al gremio. Por ejemplo, el consumo de fentanilo en nuestro país no representa un problema de salud pública, ya que es todavía es muy bajo y circunstanciado, pero sí es un problema severo de seguridad por la síntesis y trasiego hacia Norteamérica y deriva finalmente en muertes, discapacidad, violencia, deterioro socioeconómico individual y en la degradación del tejido comunitario. Considero que este capítulo se dirime incluyendo debidamente a las fuerzas del orden público y la participación social, no con asistencia meramente sanitaria. Confieso, abatido como psiquiatra, que para las personas que ya se han involucrado en la delincuencia y se comportan como personalidades sociopáticas, la medicina no tiene mucho que ofrecer y se consideran no candidatos para un tratamiento psiquiátrico.

IV: La violencia provocada por organizaciones delincuenciales en la batalla por territorios, influencia y mercados

Como mexicanas y mexicanos estamos obligados a revisar cuál es nuestra responsabilidad frente a la problemática que representa el uso de sustancias y los fenómenos que le rodean en México. Es seguro que en el análisis de nuestra genética, cultura, condiciones socioeconómicas y geografía encontraríamos respuestas ante este cuestionamiento. No obstante, existen otros aspectos que no se explican enteramente al observar la participación de nuestro gobierno y ciudadanía, es decir, tenemos frente a nosotros una serie de elementos externos que también

son provocadores del entramado de esta situación. De manera particular, hay que considerar la vecindad con los E.U.A., uno de los países más poderosos y ricos del orbe.

Entre México y Estados Unidos se extiende la mayor frontera terrestre del planeta en donde se encuentran el primer mundo y el mundo en desarrollo. También, entre estas dos naciones, se tiene la mayor diferencia *per capita* de ingresos económicos que exista entre dos naciones contiguas. Sumemos a esto que nuestra nación vecina es el usuario más importante de sustancias del planeta y que México es un paso casi obligado para que las sustancias y sus precursores arriben a los E.U.A, ya sea que provengan desde el interior de nuestro territorio, del hemisferio sur o del litoral pacífico mexicano. El resultado es una presión económica inmensa que aporta el oxígeno a la actividad criminal enormemente redituable.

Parece entonces que, en cierto sentido, Estados Unidos pone a los consumidores y nosotros a los muertos, en una conflagración reminiscente de una guerra civil, motivada por los corredores de tráfico y la protección de ciertas autoridades en ambos países. Las zonas geográficas donde existe la influencia de las organizaciones criminales inician un deterioro en espiral que mezcla impunidad, corrupción, quebranto del estado de derecho y desmembramiento de la vida comunitaria incluyendo a sus espacios públicos e instituciones.

En la medida que logremos hacer presente a la Secretaría de Salud y nuestros aliados en estos territorios, mejoraremos las oportunidades y calidad de vida de la población, misión que implica forzosamente apostar a la pacificación del territorio, que ha emprendido este gobierno.

V: La violencia del Estado contra los usuarios de sustancias

Desde la Convención Única de Estupefacientes, de la cual México es signatario, los gobiernos del mundo recibieron la encomienda de impedir la oferta de sustancias en sus calles, casas y escuelas. Sin embargo, los humanos siempre hemos hecho uso de elementos externos para modificar el cómo nos sentimos y lo más seguro es que los sigamos utilizando. Las fallidas políticas de guerra contra las drogas (y contra las personas) de los últimos 100 años han azuzado a los gobiernos con la misión de producir “un mundo libre de drogas” y para ello se ha usado la fuerza y un abordaje draconiano,

impositivo y sin sustento científico. En este marco, debemos de fomentar el que los países, como se hace ejemplarmente en México, busquen fortalecer sus mecanismos para reducir la demanda de las sustancias, previniendo y tratando prematuramente el consumo, sobre todo en menores, y no privilegiar la reducción de la oferta con acciones belicosas, inefectivas y violatorias de los derechos humanos.

VI: La violencia, la criminalidad, el involucramiento con el tráfico de sustancias y su uso patológico como resultado de la descomposición social y la proliferación de condiciones de riesgo psicosocial y publicanitarista.

Al observar los elementos que constituyen los riesgos para el consumo de sustancias, y aplicando esa misma lógica a los factores de riesgo para ejercer o ser víctima de actos violentos o criminales, notamos una yuxtaposición de estos, es decir, los factores son mayormente compartidos. Manteniendo un carácter apolítico en estas aseveraciones, estoy obligado a reconocer que ha habido un cambio de enfoque fundamental en cuanto a las políticas públicas de la Cuarta Transformación en comparación con las de gobiernos anteriores, que dejaron en la vulnerabilidad a nuestras juventudes y se enfocaron exclusivamente en frenar al flujo de sustancias que se consumen en nuestra sociedad. En el Sistema de Salud Mental y Adicciones de esta Secretaría de Salud, si bien contamos con expertos en sustancias, hemos decidido que el foco debe de estar en las personas y alejado del discurso drogocéntrico.

Es ineludible reconocer que sin mejorar las condiciones de bienestar de la gente, no hay fin a este gran problema social. Hemos perdido posiblemente a una generación de mexicanos y mexicanas en muertes prematuras y dolorosas, estamos a tiempo para dar a nuestros jóvenes e infancias la oportunidad de tener esperanza, de poder compartir tiempo con familiares, de poder expresarse artísticamente, de contar con actividades culturales y deportivas en las comunidades, con servicios de salud universales y gratuitos, escuchando las necesidades de las comunidades y proporcionando educación de calidad, con salarios dignos. Así es como impedimos que nuestro futuro se oscurezca por las adicciones, la violencia y la criminalidad. ←

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS, LAS ENFERMEDADES QUE MÁS PESAN EN MÉXICO SON DE TIPO CRÓNICO COMO LA DIABETES, HIPERTENSIÓN, CÁNCER Y LAS ENFERMEDADES RENALES.

ALREDEDOR DEL 14% DE LA POBLACIÓN MEXICANA MAYOR DE 20 AÑOS PADECE DIABETES TIPO II. Y COMO ES UN PADECIMIENTO QUE NO SE CURA, SE ESPERA QUE ESTAS PERSONAS JOVENES VIVAN EL RESTO DE SUS VIDAS CON CUIDADOS Y MEDICAMENTOS.

LO BUENOCH ECH QUE APENACH TENGOCH VEINTICHINCO AÑOCH...

POR OTRO LADO, EL 14% DE LOS MEXICANOS VIVE CON HIPERTENSIÓN, DIABETES Y ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. A VECES UNA SOLA PERSONA TIENE TODAS ESTAS ENFERMEDADES.



EN 2020, COVID-19, LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y DIABETES FUERON LAS PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO. ANTES DE ESE AÑO, LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS ENCABEZABAN LA LISTA.

¡CÓMO NO! SI LO QUE MÁS TENEMOS A LA MANO ES COMIDA CHATARRA.

SE SABE QUE LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE ESTAS ENFERMEDADES PUEDEN PREVENIRSE POR MEDIO DE LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA.

¡UY, REFÁCIL!

SIN EMBARGO, LA INFORMACIÓN QUE SE DIFUNDE SOBRE NUTRICIÓN VIENE DE DIVERSAS FUENTES E INCLUSO A VECES ES CONTRADICTORIA.



AHORA SABEMOS QUE TODOS ESTOS ALIMENTOS SON SALUDABLES -CON MODERACIÓN- Y QUE ES MEJOR COMERSE LA FRUTA ENTERA QUE PROCESADA O EN JUGOS.



A GRANDES RASGOS, UNA BUENA ALIMENTACIÓN CONSISTE EN EVITAR ALIMENTOS CON GRANDES CARGAS DE AZÚCAR, GRASAS O SODIO (LOS SELLOS FRONTALES DE LAS ETIQUETAS SON ÚTILES PARA IDENTIFICARLOS)...



POR EJEMPLO, HEMOS ESCUCHADO VERSIONES DE QUE EL HUEVO, LA TORTILLA Y LA LECHE SON MALÍSIMAS; QUE ES MEJOR NO DESAYUNAR O QUE LOS BATIDOS DE FRUTA SON LO MEJOR.

COMO LA TORTILLA NO ES BUENA ENTONCES ME COMPRÉ UNA GUAJOLOTA...



LA MEJOR DIETA ES LA QUE SE AJUSTA A NUESTRO RITMO DE VIDA, NECESIDADES, GUSTOS Y SOBRE TODO, NOS AYUDA A ALCANZAR UN ESTADO DE SALUD ÓPTIMO.



¿SABEN QUÉ SON LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD? SON LOS QUE ESTABLECEN QUE EL ESTADO DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS NO ES SÓLO RESULTADO DE SUS DECISIONES PROPIAS, SINO DE LA SOCIEDAD EN SU CONJUNTO.



ASÍ, LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS QUE TOMAMOS ESTÁN DETERMINADAS POR INFINIDAD DE FACTORES EXTERNOS QUE MUCHAS VECES SON LIMITANTES PARA TOMAR MEJORES DECISIONES EN NUESTRA DIETA.

COMO LAS ESPECIFICACIONES DEL TRATADO DE LIBRE COMERCIO, LA EDUCACIÓN, LA CULTURA, EL TRABAJO, LAS COSTUMBRES, EL NÚMERO DE MERCADOS, LAS TIENDAS CERCANAS O EL ESTADO SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR.

ES MUY NATURAL QUE LAS OPCIONES DE DIETA ESTÉN LIMITADAS POR EL AMBIENTE

QUE NOS RODEA. ALGUNOS CASOS, COMO LA INVASIÓN DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, LAS JORNADAS LABORALES INORGÁNICAS, LA PUBLICIDAD ENGAÑOSA Y LA EXPLOTACIÓN DEL CAMPO Y SU GENTE NO SON NATURALES Y DEBEN SER REGULADAS CON TODO CUIDADO.



PARA CONTRARRESTAR LOS OBSTÁCULOS QUE SE NOS PRESENTAN PARA TENER UNA BUENA ALIMENTACIÓN, TE COMPARTIMOS ESTOS CONSEJOS:

1.- PLANEA TU DIETA EN FUNCIÓN DE TUS REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS.



2.- PRIORIZA TIEMPO Y DINERO. ADQUIERE ALIMENTOS FRESCOS Y PRESTA ATENCIÓN A LOS SELLOS DE ADVERTENCIA.



3.- MIDE TUS PORCIONES. EVITA LOS AZÚCARES Y REDUCE LA CANTIDAD DE ARROZ Y TORTILLAS. LAS FRUTAS Y VERDURAS PUEDEN SER MÁS ABUNDANTES.



4.- LLEVA LUNCH. ASÍ PODRÁS CONTROLAR TUS COLACIONES Y EVITAR COMER PAPITAS Y GALLETAS.



Información basada en el texto de Beatriz Martínez publicado En la revista Sentido Común # 7





DATO ENCERRADO

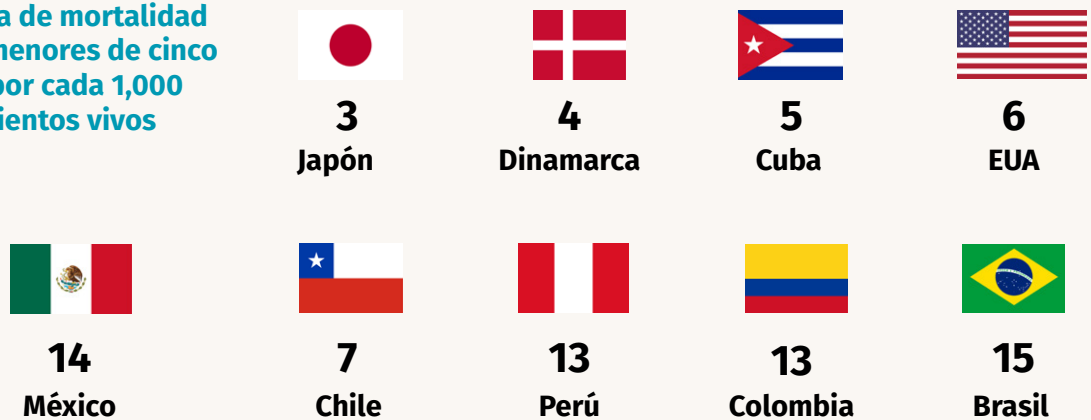
Salud

Datos macro

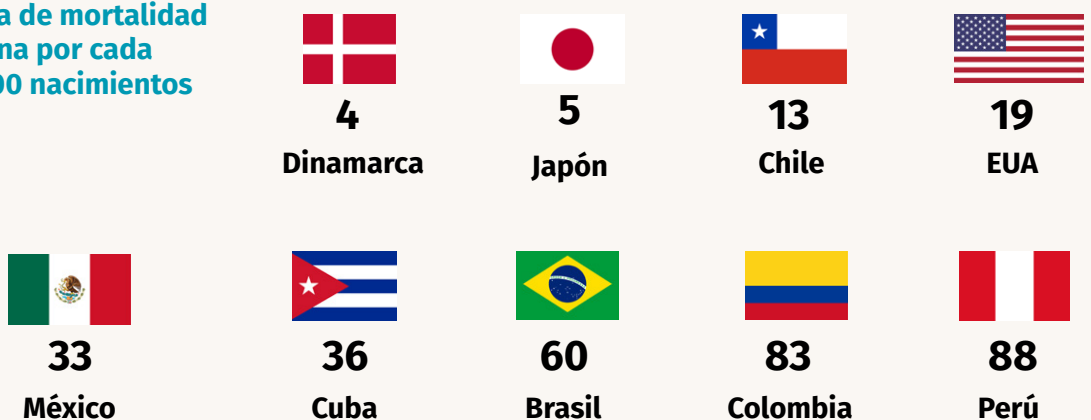
Esperanza de vida de acuerdo con la ONU 2020

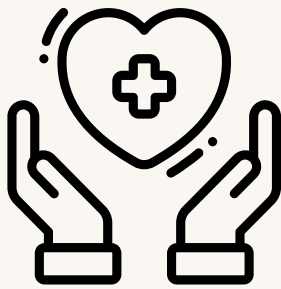


La tasa de mortalidad para menores de cinco años por cada 1,000 nacimientos vivos



La tasa de mortalidad materna por cada 100,000 nacimientos vivos





De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021,

20% de la población reportó haber tenido una necesidad de salud en ese año.

De éstos,

88%
buscó atención

87%
fue atendido

40%
sólo se atendió
en servicios
públicos

23.3% de quienes
tuvieron alguna necesidad médica
se atendieron en el IMSS

48%
de las
necesidades
de salud fueron
agudas

21%
crónicas

12%
preventivas

22.2% en el consultorio
en el domicilio particular del médico

19.9% en algún consultorio
adyacente a alguna farmacia

16.4% en alguna unidad
de la Secretaría de Salud.



Las principales razones
para elegir el lugar de
atención fueron:

28.6%
por tener
afiliación

24.7%
porque
está cerca

9.1%
porque es barato
o no cuesta



En promedio el **tiempo de traslado** de la casa a la unidad de salud fueron **34 minutos**; el **tiempo de espera** para ser atendido fue de **49 minutos**; y la **consulta duró 30 minutos**.



El costo promedio
del traslado fue de

80 pesos

de la atención de

150 pesos

450 pesos
por los medicamentos

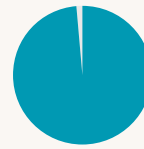
777 pesos
por los estudios

La principal razón para no buscar atención médica de quienes tuvieron una necesidad fue porque **no era tan grave, en 63%**. La siguiente razón fue **por no tener dinero, en 13% de los casos**.

Dependiendo de la vacuna, los esquemas de vacunación completos para niños de entre 12 y 35 meses oscilaron entre **56.7** y **86.6%**.



86.3% de las madres de menores de dos años recibieron atención prenatal



y **98.8%** tuvieron un parto atendido por personal de salud.



91.5% de los menores de cinco años han tenido monitoreo por talla



92.3%, por peso



39.1% se les hizo prueba de anemia



62.2% recibieron suplementos con hierro

A nivel nacional, en 2021



la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años fue de **3.7%**



12.6% para baja talla



1.5% de emaciación



7.8% de sobrepeso u obesidad



13.1% de las niñas, niños y adolescentes tienen alguna dificultad funcional



Sólo **36.3%** de los adolescentes identifica al condón masculino como método anticonceptivo y para evitar las enfermedades de transmisión sexual



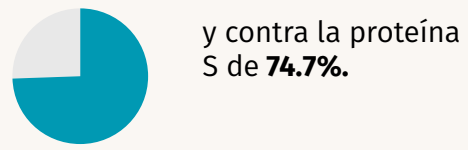
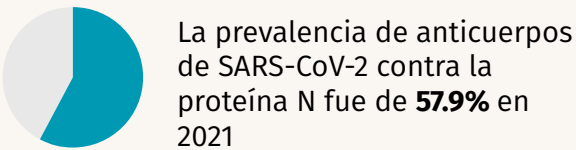
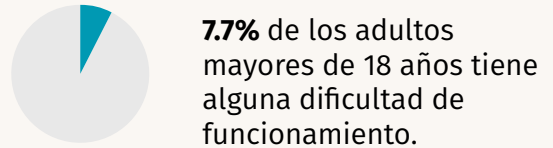
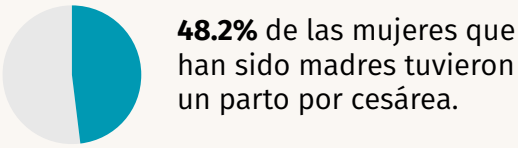
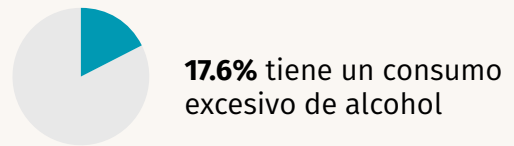
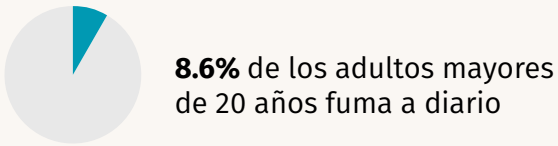
36% de las mujeres adolescentes reportó estar alguna vez embarazada



Sólo **21.4%** de las mujeres de 20 años o más se realizaron el Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo a la entrevista



15.6% se realizó una exploración clínica de senos



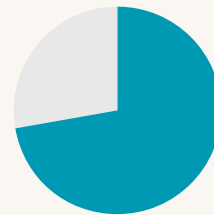
La prevalencia de sobrepeso u obesidad para los distintos grupos etarios es de:



-35.2% para niñas y niños de entre 5 y 11 años



-42.9% de los adolescentes entre 12 y 19 años



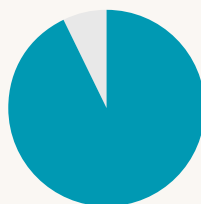
-72.4% para los mayores de 20 años



Consumen de manera cotidiana bebidas endulzadas



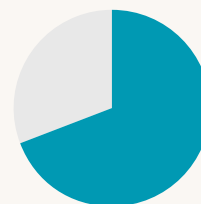
86.8% de los preescolares



92.9% de los escolares



91.7% de los adolescentes

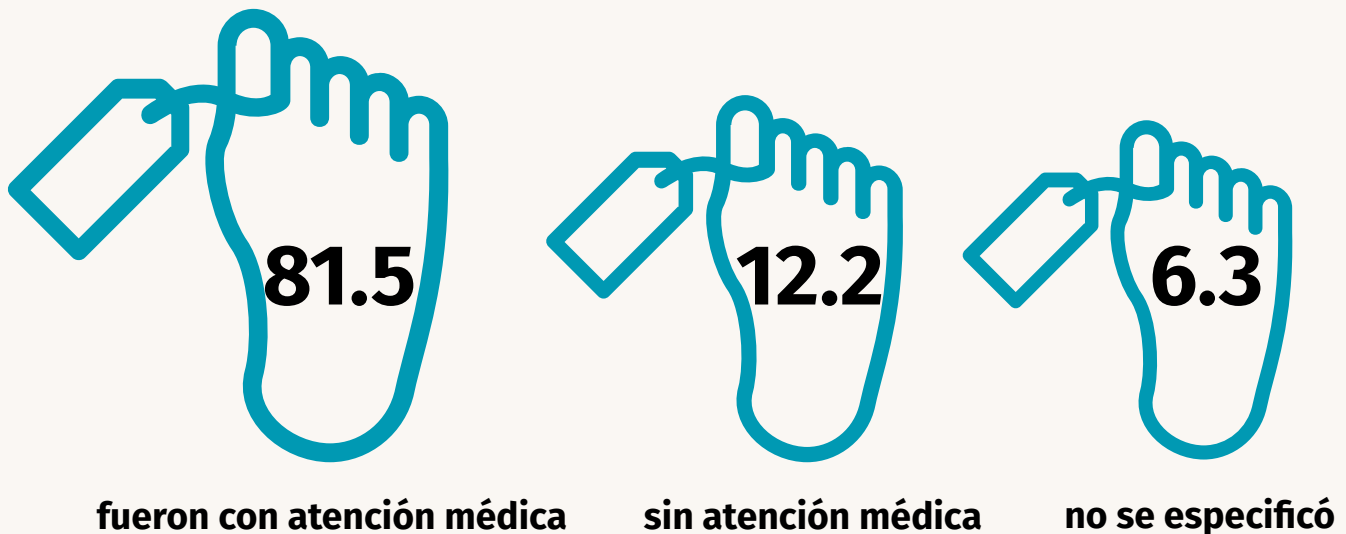


69.3% de los adultos

2. Mortalidad y morbilidad

En 2021, se registraron **1,098,301** defunciones. **92.5%** fueron por enfermedades y problemas relacionados con la salud y **7.5 %** por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios, principalmente).

De las defunciones registradas en 2021



La tasa de defunciones por cada 10 mil habitantes se ha incrementado de 2012 a 2021

aunque de 2019 a 2020 pasó de

59 a **86**

a consecuencia de la pandemia por Covid-19.

Las tres principales causas de muerte a nivel nacional fueron:

Covid-19
238,772
defunciones

Enfermedades del corazón
225,449
defunciones

Diabetes mellitus
140,729
defunciones

No obstante, para las mujeres, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del corazón, antes que el Covid-19.



Por grupos de edad, la principal causa de muerte fue:

Menores de un año: afecciones originadas en el periodo perinatal.

Entre 1 y 4 años: malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

De 5 a 14 años: accidentes.

De 15 a 34 años: homicidios.

De 35 a 64 años: Covid-19.

De 65 y más: enfermedades del corazón.



Las principales enfermedades que aquejan a los mexicanos por grupo de edad son:

Menores de un año: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y conjuntivitis.

De 1 a 14 años: infecciones respiratorias agudas; infecciones intestinales e infección de vías urinarias.

De 15 a 24 años: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias e infecciones intestinales.

De 25 a 44 años: infecciones respiratorias agudas, Covid-19, infección de vías urinarias.

De 45 a 59 años: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias y Covid-19.

De 60 a 64 años: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias e infecciones intestinales.

Mayores de 65 años: infecciones respiratorias agudas, infección de vías urinarias y Covid-19.

3. Infraestructura

Gasto en salud

Para afrontar las vastas necesidades de salud de la población, el gasto total en salud de México está aún por debajo de otros países de Latinoamérica con los que suele comparársele y de Estados Unidos.

FUENTE: OECD (2022). Data: Health. <https://data.oecd.org/health.htm>

País	% del PIB
México	6.2
Estados Unidos	17.8
Brasil	9.6
Argentina	9.5
Chile	9.1
Colombia	9
Costa Rica	7.9
Perú	5.2



Médicos y enfermeras

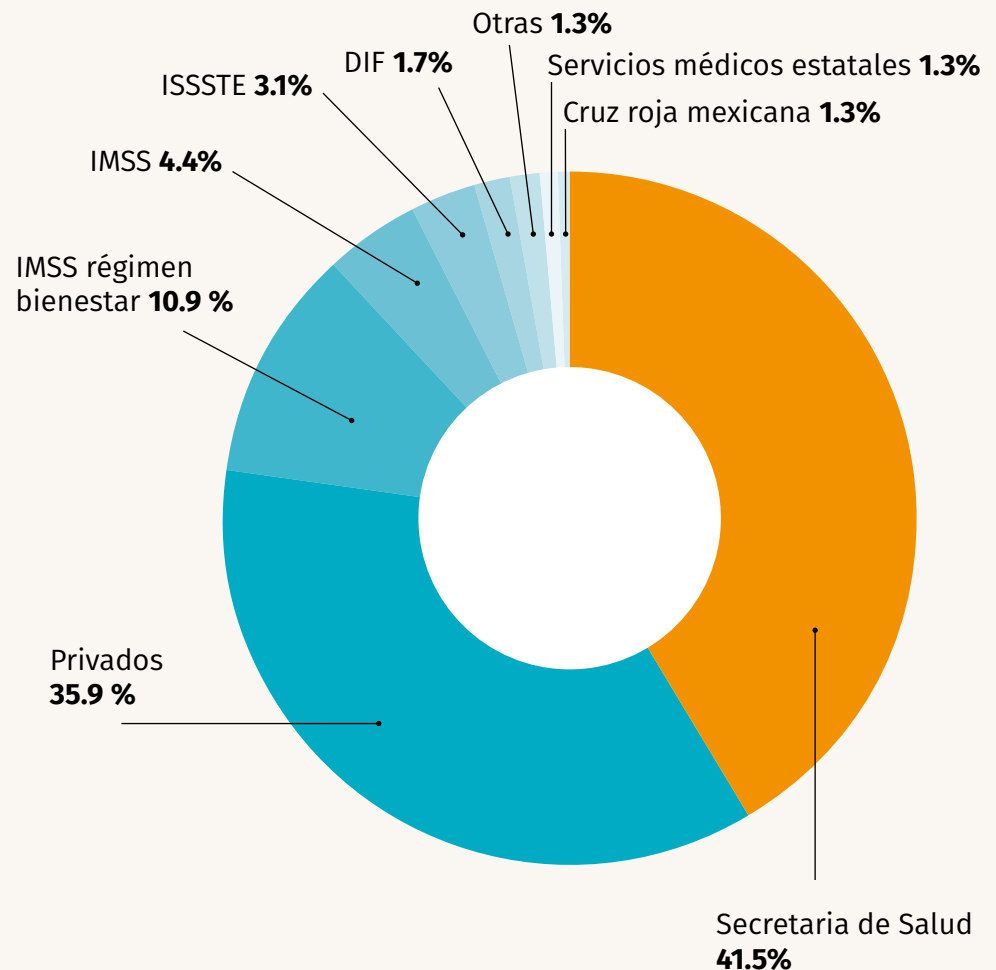
En México tenemos **2.4 médicos por cada 1,000 habitantes**, más que en países como Brasil (2.1 médicos por cada 1,000 habitantes) y cifra parecida a la de Estados Unidos (2.6 médicos por cada 1,000 habitantes). Sin embargo, dicha cifra está por encima de los 4 médicos en países como Suiza, Irlanda o Noruega, por poner algunos ejemplos.

Esto a pesar de que en México se gradúan cada año 11.6 médicos por cada 100,000 habitantes, más que en Estados Unidos (8.5) o Chile (9.1), por ejemplo.

FUENTE: OECD (2022). Data: Health. <https://data.oecd.org/health.htm>

Establecimientos de salud

De acuerdo con los datos oficiales de la Secretaría de Salud, en México existen 37,407 establecimientos de salud en operación, distribuidos de la siguiente manera entre las principales instituciones:



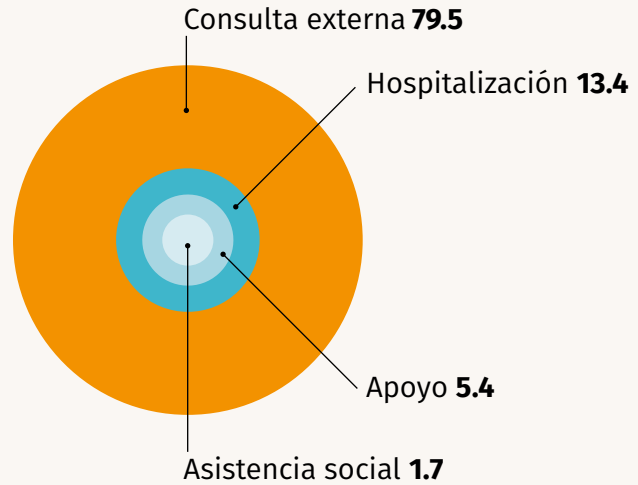
Establecimientos rurales y urbanos

De estos establecimientos **64%** se ubican en localidades urbanas

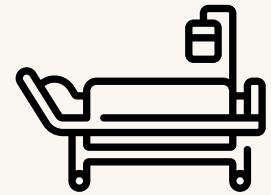
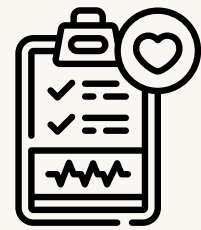
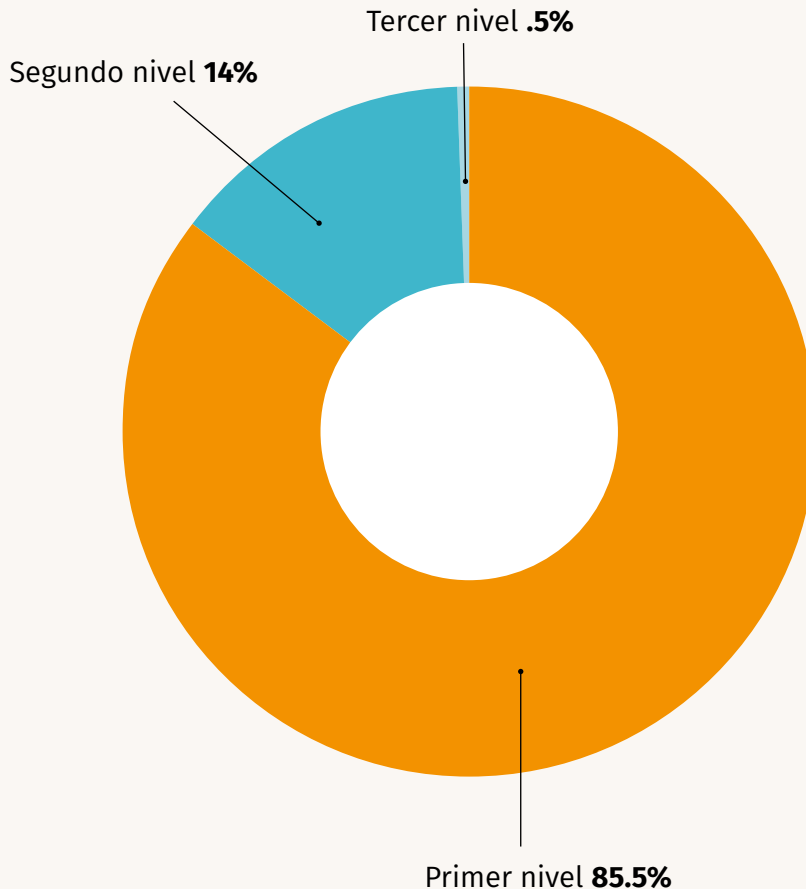
36% se ubican en localidades rurales

FUENTE: Secretaría de Salud (2022). Catálogo CLUES.

Del total de establecimientos de salud, se clasifican de acuerdo a su función como sigue:



El nivel de los establecimientos de salud indican el grado de especialidad de atención que brindan. Los de primer nivel son los de primer contacto con la población, para padecimientos leves y de prevención, mientras que los de tercer nivel son los más especializados. De las unidades de salud, estas se clasifican como sigue de acuerdo a su nivel:



Consultorios y camas

Para atender las demandas de salud en México los establecimientos de salud cuentan con:

81,589 consultorios de medicina general

32,349 consultorios de otros tipos

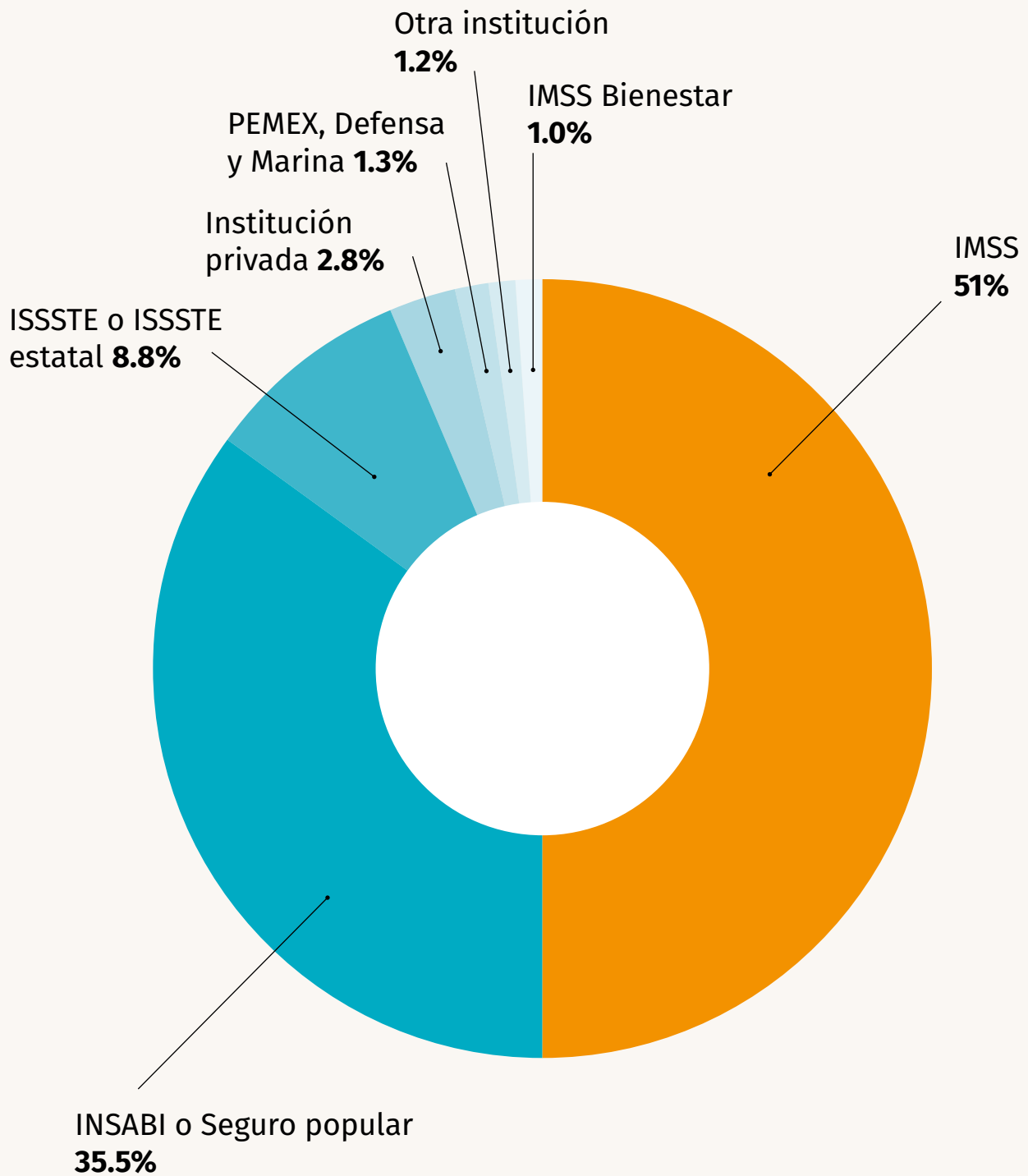
128,818 camas para hospitalización

30,604 camas de otros tipos

FUENTE: Secretaría de Salud (2022). Catálogo CLUES.

4. Derechohabiencia y uso de servicios de salud

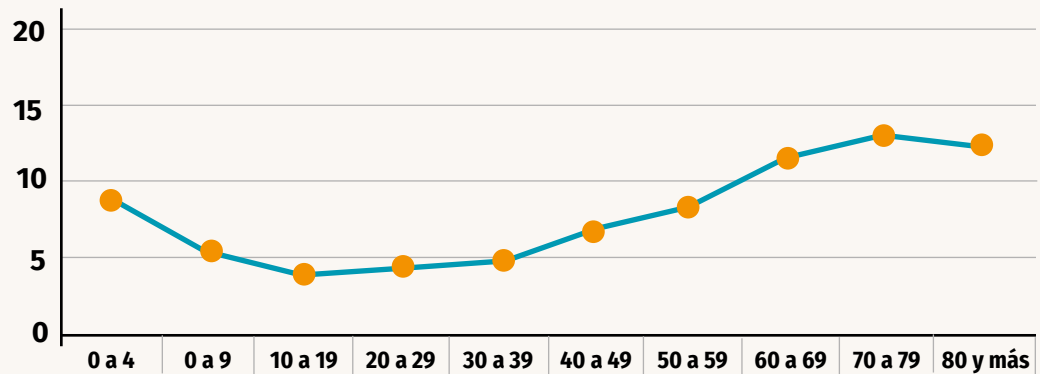
La población en México se atiende primordialmente en instituciones de salud pública:



Utilización de los servicios de salud

El uso de los servicios de salud es más intensivo en las personas de mayor edad. Más del 10% de los adultos mayores a 60 años acceden a servicios de salud de manera regular.

Porcentaje de la población que usó los servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas

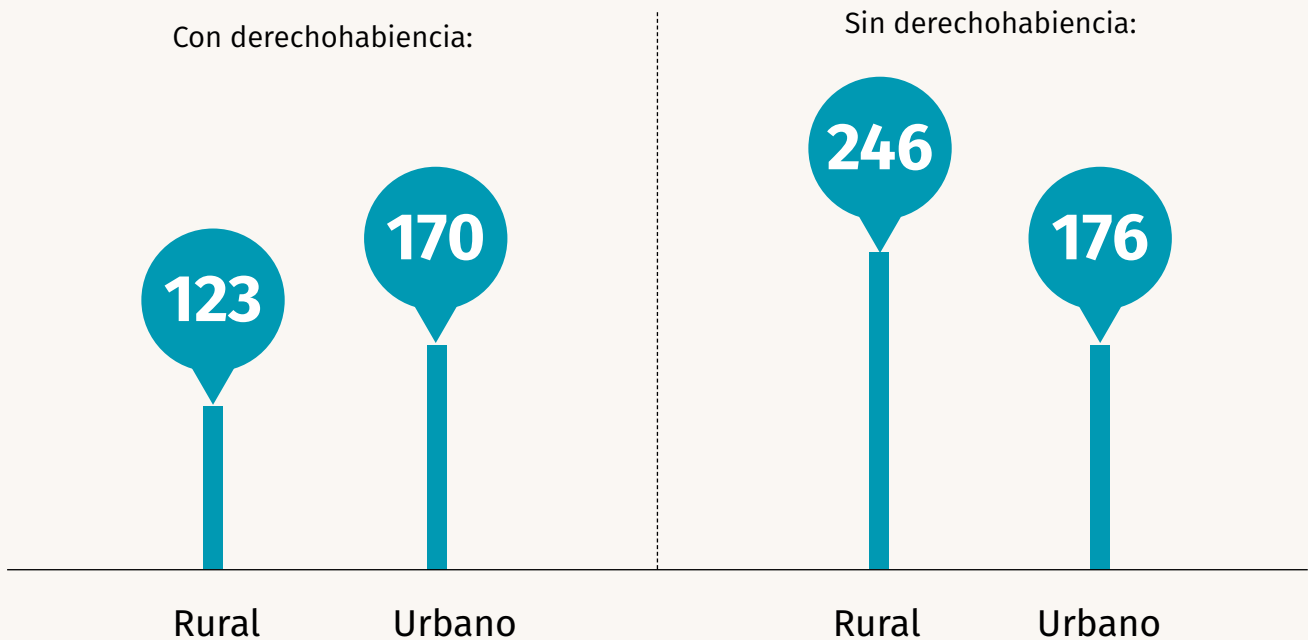


FUENTE: INSP (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales.

Gasto en salud

Los hogares que tienen acceso a seguridad social gastan considerablemente menos en salud que los que no tienen acceso.

Gasto per cápita mensual en salud (pesos de 2018)



FUENTE: INSP (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales.