

Salud de Nuestros Pueblos





ALAMES México
Mesa Directiva
2019-2021

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

Dirección Colectiva
Consejo Editorial

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

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

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

Contacto:
alamesmex@gmail.com
www.facebook.com/ALAMESMexico
Acceso a los números del Boletín
Salud de Nuestros Pueblos:
<http://bit.ly/BoletinSaludNuestrosPueblos-Acervo>

Índice

Editorial: Algunas preguntas pertinentes	4
COVID-19, determinación social y corrupción estructural Javier Marmolejo y Ricardo García Soto	6
Trabajos de cuidados: tres apuntes sobre lo precario, invisibilizado y esencial para sostener la vida Avril R. Arjona Luna	10
La salud mental y la crisis sanitaria de COVID 19 Claudia María Mesa Dávila	16
¿La raíz fue un feminicidio? La COVID 19 en una casa hogar del estado de Morelos Raúl García Conteras	24
Desde Honduras: Reflexiones sobre la pandemia del coronavirus y nuevos desafíos Juan Almendares	29
Solidaridad con nuestras hermanas y hermanos colombianos	32

Editorial

Algunas preguntas pertinentes

Este número de nuestro boletín *Salud de Nuestros Pueblos* presenta aportaciones que reflejan la vasta gama de temas y problemas que forman parte de nuestra realidad sanitaria actual.

Javier Marmolejo y Ricardo Galicia Soto se ocupan de la covid-19 en el marco de la determinación social y la corrupción estructural en México; Avril Arjona Luna presenta luego tres apuntes sobre lo precario, invisibilizado y esencial de los trabajos de cuidados para sostener la vida, en tanto que Claudia Mesa lo hace, en torno a la salud mental y la crisis sanitaria por la covid-19.

Los tres textos antes mencionados tienen una proveniencia común, pues recientemente, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en su sección México, pudo concluir, con la imprescindible participación de sus dos organizadoras, las compañeras Roselia Rosales y Camila P. Abagaro, de sus diversos ponentes y moderadores, y de un nutrido grupo de compañeros que participaron con su escucha y su voz, su primer ciclo de tres conversatorios de los cuatro ciclos que conforman el Foro que su Mesa Directiva ha organizado para este año 2021 en torno al tema general denominado “¿Qué está pasando con el derecho a la salud en México?”

A su vez, en este número Raúl García Contreras comparte una narrativa a propósito de cómo un feminicidio desata una cadena causal derivando en la covid-19. Juan Almendares, desde Honduras, expone una reflexión en torno a la pandemia de coronavirus y sus varios desafíos.

La situación actual, llena de retos e incertidumbres, nos emplaza como Alames México a realizar un ejercicio sistemático de análisis y de interlocución orientado a identificar tendencias, referentes y contextos que nutran la reflexión en el campo de la salud colectiva y la medicina social.

Lejos de los torneos de opiniones y embustes en boga en los medios de comunicación, cuya toxicidad en incremento compite con la de otras fuentes, reafirmamos la relevancia del pensamiento crítico en salud, del análisis para la incidencia, del respeto a la coherencia entre el discurso y la práctica y en particular, y del compromiso operativo con los pueblos, comunidades y territorios.

En este marco, la capacidad de generar preguntas pertinentes no ha dejado de ser determinante.

Así, con todo y la dolorosa y trágica pandemia, develadora neta de la construcción sistemática de daños evitables de todo tipo,

¿A dónde nos dirigimos en términos de los sistemas de salud?

¿Cuáles son los obstáculos y las posibilidades para concretar modelos de salud y atención coherentes con el análisis que desde Alames se ha realizado a lo largo de los años?

¿Qué elementos de la práctica cotidiana de los actores sociales han de darse a conocer como insumos en esa reflexión?

¿Cómo proteger iniciativas dirigidas a proteger, a su vez, la salud de las poblaciones?

¿Cuál es el papel y el potencial de los movimientos sociales hoy respecto a la salud colectiva?

¿Hay propuestas y políticas públicas actuales en el campo de la salud laboral, de la salud ambiental, de la salud comunitaria, de la atención primaria, de la relación entre lo público y lo privado, de la participación social, de las estrategias y saberes en salud y atención de la población, y en su caso, cuáles son?

¿Cuál es el origen de las críticas sistemáticas y de las adhesiones incondicionales respecto a la gestión actual de gobierno en el campo de la salud y la atención, y qué expresan?

Y con todo ello, ¿El pensamiento crítico en salud es una opción o una responsabilidad?



RUMBO AL CONGRESO ALAMES-MX 2022

CONVERSATORIOS Y ENCUENTROS NECESARIOS

Ejes temáticos

FORO ¿QUÉ ESTÁ PASANDO CON EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO?

AVANCES, RETROCESOS, PENDIENTES, Y DINÁMICAS POLÍTICO- ECONÓMICAS EN TORNO AL SISTEMA DE SALUD: 2018-2020

Enlace de registro al **segundo módulo** (eje) del Foro Alames México: <https://forms.gle/ydUpjFyZkb7Wzi7aA>

1 La pandemia de COVID-19: implicaciones en las políticas de salud en el trabajo y en la salud mental.

2 La articulación público-privada: salud, educación y su viabilidad en las modalidades mediadas por internet.

3 La salud ambiental: versiones y dimensiones de la crisis y los retos.

4 Sistema de salud: del proyecto que nos imaginamos, en dónde estamos y hacia dónde vamos.



ALAMES MÉXICO

JUEVES DE FORO 2021

EJE 1.
MARZO 18 y 25 y ABRIL 08

EJE 2.
JUNIO 10, 17 y 24,

EJE 3.
AGOSTO 12, 19 Y 26

EJE 4.
OCTUBRE 07, 14 y 21
17 a 19 hrs

Compartimos a continuación tres de las ponencias presentadas en este primer eje temático:

COVID-19, determinación social y corrupción estructural en México

El presente texto deriva de la participación de Javier Marmolejo en el Foro “¿Qué está pasando con el Derecho a la Salud en México? La pandemia de COVID-19: implicaciones en las políticas de salud, en el trabajo y en la salud mental. La determinación política social de la pandemia en México” (18/03/2021) y adapta, además, fragmentos de Marmolejo y Galicia Soto (2021).

Javier Marmolejo

Profesor-investigador
Academia de Promoción de la Salud
Universidad Autónoma de la Ciudad
de México Plantel Cuauhtémoc.

Ricardo Galicia Soto

Líder de Proyecto en Universidad de
la Salud, Ciudad de México.
Profesor de asignatura en la
Universidad Autónoma de la Ciudad
de México (UACM).

En México, como en América Latina, SARS-CoV-2 y COVID-19 han develado los efectos devastadores de las políticas privatizadoras de los periodos de ajuste estructural y modernización del Estado (1983-2018). A la epidemia de enfermedades crónico degenerativas, asociadas a la desigualdad social, a la dieta neoliberal (Otero, 2018) y al deliberado desmantelamiento del sistema de salud, debe sumársele la articulación que desde la corrupción estructural y el doble fraude (Sandoval, 2016) significó el debilitamiento de lo público y el impulso a lo privado que no se restringe a la ya de por sí escandalosa corrupción que, desde enfoques sistémicos (Vian, 2008) se ha estudiado, descrito y denunciado para el sistema de salud nacional (Hernández, 2018).

La estrategia para enfrentar la emergencia sanitaria asociada a COVID-19 por parte del primer gobierno que claramente reconoce el fracaso de las políticas neoliberales en salud vivió, desde los primeros meses de dicha emergencia, una embestida política y presuntamente científica para desacreditarla. Guillermo Soberón Acevedo, Julio Frenk Mora, José Ángel Córdova, Salomón Chertorivski, Mercedes Juan López y José Narro, ex secretarios de salud durante el periodo abiertamente neoliberal (1983-2018), inclusive pidieron la renuncia del vocero del gobierno de México para COVID-19 cuando la estrategia, al menos, reconoce la reestructuración neoliberal en tanto determinante social para COVID-19 y cuando los ex secretarios y la ex secretaria, además, conforman un grupo abiertamente de poder político impuesto por el doble fraude y colocado en la burocracia para privatizar y desmantelar el sistema de salud. Es decir, estos ex funcionarios y esta ex funcionaria son parte operativa y estructural del problema, y no alternativa inocua ante el panorama epidemiológico de la pandemia que nos convoca.

Tv Azteca, Televisa, Milenio y otros medios informativos privados, además de dar voz a quienes insistieron en las miradas centradas en las responsabilidades individuales se decantaron, más bien, en magnificar ironías de Andrés Manuel López Obrador, presidente de México; en desvirtuar explicaciones basadas en evidencia científica de Hugo López-Gatell, vocero para COVID-19 del gobierno de México; y en caricaturizar, denigrar y satanizar a poblaciones rurales y urbanas que la política sanitaria neoliberal ha dejado en el abandono.

Como ejemplo están las personas -pacientes o familiares de pacientes del Hospital de las Américas en Ecatepec, Estado de México (Sánchez Trampe, 2021)- de quienes dichos medios se burlaron responsabilizándolas de infecciones y de sus reacciones ante tratamientos y fallecimientos sin un análisis serio, y mucho menos responsable, sobre la determinación social para COVID-19 en México.

En lo que se refiere al desmantelamiento del sistema de salud durante el periodo 1983-2018, debe observarse con lupa el tema de la corrupción. A las cuatro etapas de reformas neoliberales del sistema de salud (Laurell, 2013): 1) descentralización de los servicios de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud a las 32 entidades federativas; 2) reforma del IMSS (1995-1997); 3) reforma del ISSSTE (2007) y 4) Seguro Popular (2004-2019); se entrelazan la corrupción sistémica (Vian, 2008) y la corrupción estructural (Sandoval, 2018). El Seguro Popular (SP), además de que no alcanzó sus objetivos una vez que para 2010 el 32% de la población mexicana no estaba afiliada a ningún seguro médico (Laurell, 2013) y, para 2012, el 21.5% de la población seguía sin estarlo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2016); registró entre 2007 y 2015 fugas acumuladas de alrededor de 9,000 millones de pesos. La Auditoría Superior de la Federación, inclusive, observó en 28 de los 32 estados del país malos manejos de recursos por casi 9,000 millones de pesos que, en algunos estados, dichos desfalcos llegaron al 55% de los fondos del SP (Hernández, 2018). Durante el periodo 2010-2018, último del periodo abiertamente neoliberal en México, Hernández (2018) describe corrupción en las seis áreas del sistema de salud y enumera los siguientes actos y hechos ilícitos: 1) abuso de autoridad, 2) abuso de autoridad pública, 3) captura del Estado, 4) cohecho propio (Estado), 5) cohecho impropio, 6) nepotismo, 7) malversación de fondos, 8) despilfarro y desperdicio, 9) peculado, 10) soborno, 11) tráfico de influencias y 12) opacidad y negativa a compartir bases de datos generadas con fondos públicos.

El enfoque de corrupción sistémica (Vian, 2008) empleado por Hernández (2018) para el análisis de la corrupción en el sistema de salud en México nos resulta insuficiente. Consideramos que el enfoque de la corrupción estructural propuesto por Irma Eréndira Sandoval (2016), que parte de reconocer el carácter histórico de la corrupción y cuyas prácticas concretas se observan, sobre todo, en periodos de deficiencia de la relación Estado-sociedad, particularmente cuando dicha deficiencia implica oposición a los principios de justicia y legitimidad que deberían caracterizar dicha relación, resulta de mayor congruencia con la perspectiva teórica y política de la Salud Colectiva. Al análisis sobre el lugar que la corrupción ocupa en la determinación social para COVID-19 en México, apuntalado por el enfoque de la corrupción estructural, se suma la teoría del “doble fraude” también de Sandoval (2016). El doble fraude hace referencia al fraude financiero-estructural y al fraude político-electoral que obstaculiza el desarrollo democrático:

El primero operaría a favor del enriquecimiento de oligarquías y grupos económicos privilegiados, a través de defraudaciones fiscales, manipulaciones bancarias, fraudes inmobiliarios y continuos rescates financieros a costa del erario público. El segundo lo haría a favor del enquistamiento en el poder de los operadores burocráticos, tecnocráticos y judiciales de esas mismas oligarquías y élites financieras vía la compra y coacción del voto, los recurrentes financiamientos ilícitos y criminales en los procesos electorales, el rebase de topes de campaña, las guerras sucias en los medios de comunicación y muchas otras formas de inequidad en las contiendas para la continua defraudación de la voluntad popular. Esta tóxica interacción, como es evidente, obstaculiza el desarrollo de estructuras estatales justas, limpias, transparentes y democráticas (Sandoval, 2016, p. 133).

La articulación, siguiendo a Sandoval, de doble fraude y corrupción estructural, no es otra cosa más que el acceso a la propiedad a través del acceso al poder y el acceso al poder a través de la propiedad. Los fraudes electorales presidenciales contra la centro-izquierda implementados por el Partido Revolucionario

Institucional (PRI) en 1988, y por el Partido Acción Nacional (PAN) en 2006 oxigenaron el arranque turbulento de la política neoliberal y, 18 años más tarde, ahondaron su desastre. Estos fraudes, desde la propuesta de Sandoval (2016), explican tanto la hegemonía de intereses oligárquicos nacionales y extranjeros representados a través de la tecnocracia del PRI y del PAN en las estructuras del Estado, como el saqueo permanente a las arcas del Estado para el enriquecimiento ilegítimo de dichas oligarquías que, a su vez, aportaban los recursos materiales para operar la maquinaria propagandística, el clientelismo electoral y toda aquella estrategia para mantenerse en el poder simulando transiciones electorales democráticas sexenio tras sexenio. El descontento de amplios sectores de clases bajas y medias frente al desastre neoliberal asociado a la corrupción empresarial-tecnócrata impidió el tercer fraude electoral presidencial del periodo neoliberal. La avalancha de votos a favor de la coalición Juntos Haremos Historia, encabezada por el Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) y desplegada el 1 de julio de 2018 a lo largo y ancho del país, además de otorgar el 53.19% de la votación a Andrés Manuel López Obrador, frente al 22.27% de su más cercano competidor, el conservador Ricardo Anaya Cortés, significó constituir por primera vez desde la imposición neoliberal, una mayoría parlamentaria identificada con ideales nacionalistas en Senado y Cámara de Diputados. Esta mayoría aprobó en 2019, al extinguir el SP, la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en tanto transición a la pavimentación del Sistema Único de Salud (SUS) nacional. De su agenda contra la corrupción y la impunidad, Morena y sus aliados avalaron en octubre de 2020 la desaparición de 109 fideicomisos públicos que representaron uno de los mecanismos emblemáticos de la opacidad y de la discrecionalidad en el manejo de recursos públicos. Buena parte de esos recursos públicos acabaron, en coherencia con las prácticas operadas por el PRI y por el PAN para el periodo 1983-2018, ilegítimamente en los bolsillos de representantes del sector privado.

La corrupción en México, asociada a los procesos de privatización y a la participación del sector privado en

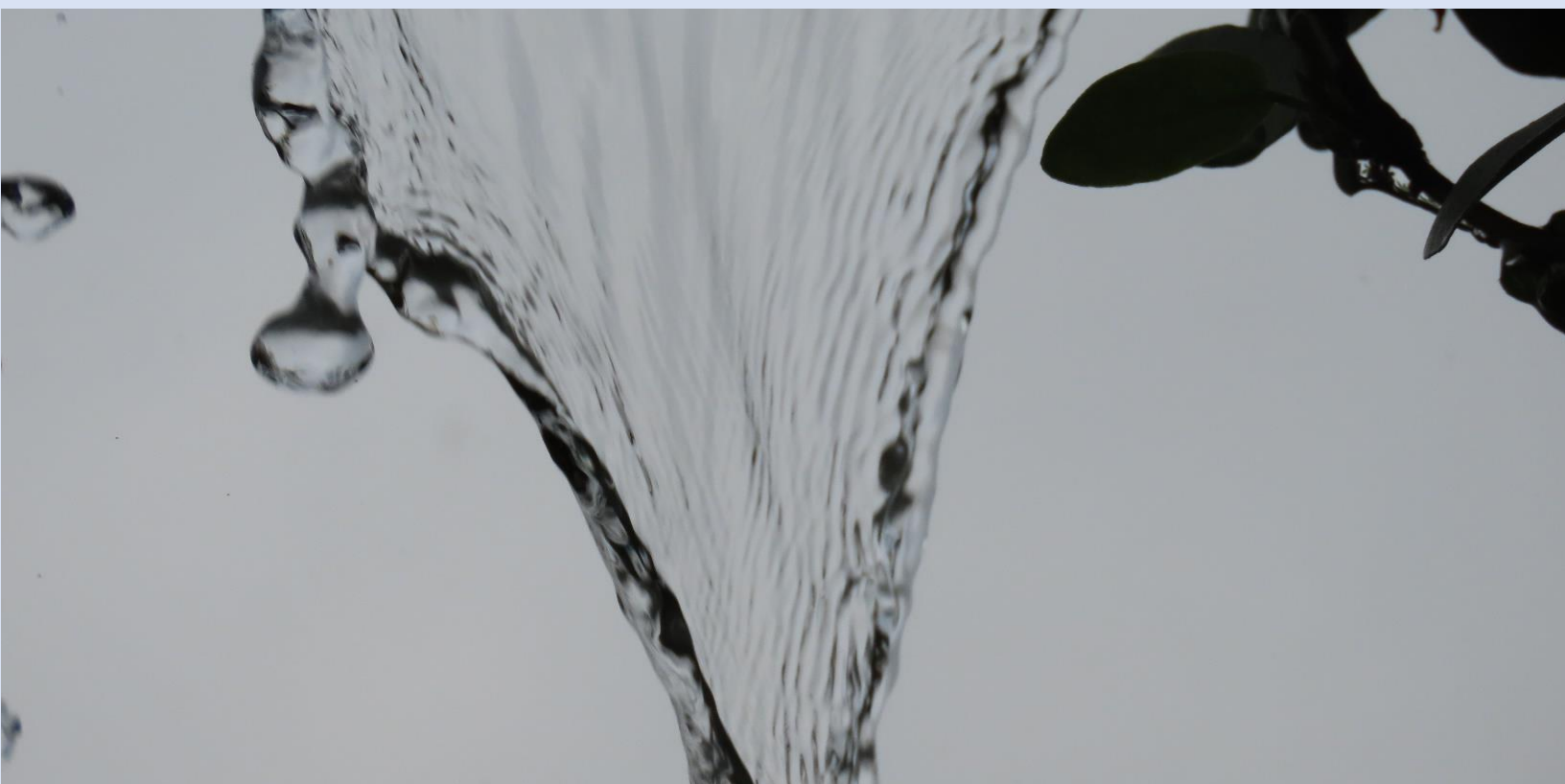
lo público, es una constante en todas las áreas del poder público. No es fortuito, en consecuencia, que el combate a la corrupción en su vínculo con el neoliberalismo sea el principal elemento discursivo del nuevo gobierno y que dicho combate forme parte de planes y programas de gobierno. El combate a la corrupción requiere de una participación ciudadana crítica, profesional y comprometida con la defensa de lo público. Si bien empresas privadas contrarias a la salud tuvieron durante los últimos años una importante participación en espacios privilegiados para el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas públicas en salud, la información sobre mecanismos de participación ciudadana en el sector salud refleja una realidad distinta para la sociedad civil. Más allá de algunos consejos consultivos, y de avales ciudadanos para la calidad de los servicios de salud, no hay evidencia suficiente que demuestre una activa participación ciudadana en salud alejada de legitimar acríticamente ejercicios de gobierno y, más aún, de una participación ciudadana alejada de la opacidad (Hevia et al., 2011).

La determinación social para COVID-19 en México descansa, principalmente, en los procesos de devastación de la reestructuración neoliberal agudizados con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Para profundizar la extracción de capital a costa de violentar los derechos de la población se implementó el mecanismo del doble fraude y, perversamente, se actualiza el discurso de responsabilizar a las personas en lo individual de su enfermedad, pobreza, inequidad y desigualdad. La epidemia de enfermedades crónico-degenerativas en México no es capricho individual sino sobre todo resultado de la imposición del régimen alimentario neoliberal. La respuesta institucional del Estado ante dicha epidemia, en su obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud, menguó cada vez más en un sistema de salud que, conforme avanzaba la política neoliberal, su desmantelamiento se profundizaba. A la par del avance de la epidemia y del desmantelamiento, actividades propias del mecanismo del doble fraude –y de las que precisamos dar cuenta a detalle en próximos estudios,

como la participación del sector privado en salud y en alimentación asociada a actos y hechos ilícitos, algunos de estos descritos por Hernández (2018) y por Calvillo (2020), minó la capacidad de respuesta, por ejemplo, a las epidemias de diabetes y de obesidad. No es casual, en consecuencia, que los ex secretarios y la ex secretaria de salud durante el periodo abiertamente neoliberal (1983-2018), salgan a la luz pública a pretender dinamitar la estrategia de la Cuarta Transformación frente a SARS-CoV 2 y COVID-19. No nos confundamos, ellos son responsables de una política pública en salud que hoy madura su desastre y que merece ser profundamente desmontada.

Referencias bibliográficas

- Calvillo, A. (2020, 21 de julio). Mercenarios contra Gatell. Sin Embargo. <https://bit.ly/3l2ysHQ>.
- Hernández, M. (2018). *Salud deteriorada. Opacidad y negligencia en el sistema público de salud*. Editorial Mexicanos contra la corrupción y la impunidad. <https://bit.ly/361OrSb>.
- Hevia, F., Vergara-Lope, S., y Ávila-Landa, H. (2011). Participación ciudadana en México: consejos consultivos e instancias públicas de deliberación en el gobierno federal. *Perfiles Latinoamericanos*, 19, 65-88. <https://bit.ly/3nRmMcK>.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. <https://bit.ly/2V0aD98>.
- Marmolejo, J. y Galicia Soto, R. (2021). Radicalizar el derecho social a la salud en respuesta a la determinación social para COVID-19 en México. En C. Pereira Abagaro, M. Boy, R. A. Rosales Flores, J. Marmolejo y C. Muñoz Muñoz (coords.), *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva* (pp. 89-114). Teseo. <https://bit.ly/3wE8fpQ>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. OECD Publishing.
- Otero, G. (2018). *The Neoliberal Diet, Healthy Profits, Unhealthy People*. University of Texas.
- Sanchez Trampe, B. I. (2021). Reflexiones sobre estigmatización social, desinformación y COVID-19 en México. En C. Pereira Abagaro, M. Boy, R. A. Rosales Flores, J. Marmolejo y C. Muñoz Muñoz (coords.), *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la Salud Colectiva* (pp. 231-250). Teseo. <https://bit.ly/3wE8fpQ>
- Sandoval, I. E. (2016). Enfoque de la corrupción estructural: poder, impunidad y voz ciudadana. *Revista Mexicana de Sociología*, 78 (1), 119-52.
- Vian, T. (2008). "Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions". *Health Policy and Planning*, 23, 83-94.



Trabajos de cuidados: tres apuntes sobre lo precario, invisibilizado y esencial para sostener la vida

A un año de iniciada la contingencia sanitaria por COVID-19 en México, es mi interés problematizar lo precario, invisibilizado y esencial a la luz de lo que un nutrido número de feministas han denominado *trabajos de cuidados* -una categoría polisémica y multidimensional. Cada uno de los tres apuntes que propongo tienen algo, o mucho, de personal, y por lo tanto de político -como reza el clásico lema feminista.

A pesar de la polisemia y la diversidad de enfoques teórico-metodológicos existentes, una clasificación útil de los trabajos de cuidados es aquella que distingue entre los directos y los indirectos. Siguiendo a Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, Blanca Valdivia¹ y Edith Pacheco Gómez distinguen los trabajos de cuidados directos por los vínculos emocionales y afectivos que les caracterizan. Por su parte, los trabajos de cuidados indirectos -que para Pacheco Gómez son la condición sin la cual no hay manifestación directa- se asocian con el trabajo doméstico, su desempeño, gestión y organización.² Acerquémonos a esta y otras características de los trabajos de cuidados a la luz de los tres apuntes que propongo problematizar.

Avril R. Arjona Luna

Profesora-investigadora
Academia de Promoción de la Salud
Universidad Autónoma de la Ciudad
de México Plantel Cuauhtépec.

Primer apunte: las trabajadoras del hogar remuneradas rumbo a su formalización ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Corina Rodríguez-Enríquez asegura que “Los empleos en sectores de cuidado son de los más precarios y peor pagados del mercado laboral. El caso del empleo en casas particulares es tal vez el más emblemático. Las trabajadoras del sector han estado históricamente excluidas de los marcos normativos de protección laboral y de los esquemas de seguridad social”.³

Teniendo en cuenta esta realidad, quiero comentar que, en tanto estudiosa de mujeres que se han desempeñado en el *trabajo en casa particular*, sus cursos vitales y procesos de envejecimiento en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, desde finales del año

¹ Blanca Valdivia, “Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora” en *Hábitat y Sociedad*, No. 11, noviembre de 2018, Universidad de Sevilla, p. 76. <http://dx.doi.org/10.12795/HabitatySociedad.2018.i11.05>

² Edith Pacheco Gómez, “El trabajo de cuidados directo e indirecto, retos y posibilidades para su medición” en Karina Betthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, pp. 411-469.

³ Corina Rodríguez-Enríquez, “Elementos para una agenda feminista de los cuidados” en Karina Betthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, p. 132.

pasado estoy colaborando en una investigación sobre la formalización y acceso a la seguridad social de estas trabajadoras en Oaxaca.⁴

El diagnóstico está en proceso y, por ello, a título personal quiero recuperar solo algunos hechos generales para problematizar lo precario, invisible y esencial en este ramo del trabajo de cuidados. El Programa Piloto que inició el IMSS en mayo de 2019 para promover el registro de las trabajadoras del hogar remuneradas ha tenido dos fases. Durante la Fase 1 el registro de las trabajadoras corría a cargo de las trabajadoras mismas e implicaba una aportación económica bipartita -tanto de las trabajadoras como de las empleadoras-⁵ en torno a la cobertura del servicio médico, por ejemplo; no tengo suficiente claridad, sin embargo, todo apunta a que el modelo partía de privilegiar la modalidad conocida como *planta o puertas adentro* -cuando la trabajadora vive en el mismo espacio que quien la emplea y frecuentemente trabaja de lunes a viernes.

Durante la segunda etapa del Programa Piloto, que al parecer entró en vigor en noviembre del 2020, hubo una serie de modificaciones importantes. Por ejemplo, ahora el registro de las y los trabajadores corre a cargo de quien les emplea. Además, la cuota a pagar se torna unipartita y queda exclusivamente en manos de quien contrata el servicio. Por último, al parecer con la intención de reconocer que la modalidad más común no es la de *planta*, sino la de *entrada por salida* -caracterizada por tener uno o más espacios de trabajo y uno o más días de trabajo, sin que por ello se cubra toda la semana-, el servicio médico cubre solo los días que las

empleadoras registren para las trabajadoras, mismas que desde la óptica del IMSS son vistas como trabajadoras eventuales. Así, el acceso a la atención médica queda cubierta por los días laborados a la semana, de modo que si trabaja un día la trabajadora no sólo tendría que faltar justo ese día al trabajo, sino que, peor aún, no queda claro si la atenderían en caso de solicitar atención médica cualquier otro día.

Según tienen contemplado las autoridades, en abril de este año será obligatorio que las trabajadoras del hogar remuneradas estén registradas en el IMSS. Sin embargo, quedan muchas dudas: ¿en qué consiste la aportación del Estado?, ¿las medidas implementadas en el Programa Piloto realmente combaten la precarización del trabajo del hogar remunerado? ¿Qué efectos han tenido las campañas de difusión en distintos lugares del país y entre las distintas partes involucradas?, ¿están sirviendo las campañas para aclarar y visibilizar la operación del registro de las trabajadoras del hogar remuneradas ante el IMSS? ¿Cómo han influido la epidemia de COVID-19 y las medidas de seguridad sanitaria, sincrónica y diacrónicamente, en el mercado laboral del trabajo del hogar remunerado? Tanto para quienes contratan el servicio como para quienes lo prestan, ¿ha cambiado el significado de lo esencial del trabajo del hogar remunerado, en su doble dimensión directa e indirecta?

Son algunas preguntas que considero obligadas si, como asegura Corina Rodríguez-Enríquez,

⁴ Es patrocinada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y coordinada por la Dra. Mary Goldsmith Connelly -profesora-investigadora de la UAM-X.

⁵ Hablo en femenino pues son mujeres quienes en su mayoría se emplean en este sector y son, también, mujeres quienes más frecuentemente se reconocen como empleadoras.

la manera en que se organiza socialmente el cuidado es un nudo central de la reproducción de la desigualdad. Como la economía feminista se ha preocupado en demostrar empíricamente, las responsabilidades de cuidado están desigualmente distribuidas entre los actores del cuidado (hogares, Estado, mercado y comunidad) y entre varones y mujeres. Esto le da un carácter de injusta.⁶

Por ello, no podemos olvidar que la justicia es fundamental para sostener la vida.⁷

Segundo apunte: trabajos de cuidado espiritual y religioso

Según las fuentes que he podido consultar en materia de trabajos de cuidados, aunque las dimensiones afectiva, emocional y moral se mencionan con frecuencia, la dimensión espiritual y religiosa es muy poco considerada. No sin alguna incomodidad, Jeanine Anderson aborda el papel de la religión en los cuidados y refiere la investigación de Cheryl Mattingly, quien evidencia el hecho de que entre “familias afrodescendientes de la ciudad de Los Ángeles, California [...] las organizaciones religiosas proveen un importante soporte emocional y material”,⁸ en especial cuando se enfrenta lo que

conocemos como procesos de salud/enfermedad/atención y muerte.

Teniendo en cuenta la importancia de estos procesos a lo largo de la epidemia de COVID-19 en México, y partiendo de que “Las iglesias y grupos comunitarios de inspiración religiosa cumplen un papel importante en la provisión de servicios de cuidado en muchos lugares [...donde] La motivación que viene de un sentido de obligación religiosa sostiene la prestación de cuidados bajo las circunstancias más difíciles”,⁹ quiero recuperar el caso de un sacerdote y el de una religiosa no ordenada -ambos trabajadores espirituales y religiosos en el Estado de México.

Francisco Xavier Sánchez Hernández es un sacerdote, teólogo y filósofo chiapaneco que desarrolla su trabajo sacerdotal en el municipio de Nezahualcóyotl, “uno de los que más contagios de COVID-19 ha tenido”, según me explicó, y que también es conocido por sus altos grados de marginación.¹⁰ En junio del año pasado dio positivo en la enfermedad mencionada, pues si bien durante varios meses procuró mantener distancia física de la comunidad parroquial, llegó un momento donde no pudo obviar que “parte del Ministerio es atender a enfermos y sus familias”. Esto en un contexto institucional variable, pues en su caso el Obispo se negó a “comprar materiales más especializados”, obligando a que “cada quien pague sus cubrebocas y gel” para desarrollar sus actividades.

⁶ *Ibid.*, p. 128.

⁷ “El cuidado es una dimensión esencial e inevitable en la vida de las personas. Se vincula con nuestra característica de ser vulnerables, que requerimos de cuidado, con distinta intensidad, a lo largo de toda nuestra vida. Tiene por lo tanto que ver con la reproducción cotidiana de la vida, lo que nos lleva a uno de los problemas centrales que se plantean los feminismos (y en particular la economía feminista): la sostenibilidad de la vida”. *Loc. Cit.*, p. 128.

⁸ Jeanine Anderson, “Cuidados multiculturales” en Karina Beththyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, p. 71.

⁹ *Ibid.*, p. 86.

¹⁰ La información proporcionada por el sacerdote fue recabada durante una entrevista semiestructurada, vía WhatsApp, que le realicé el 11 de marzo de 2021 y fue registrada a mano. Este año el Dr. Fco. Xavier cumplirá 58 años de edad. Para conocer más sobre su vida y obra, no sólo sacerdotal, ver: Avril Arjona Luna, “Encuentro cara a cara con la banda. Entrevista con Francisco Xavier Sánchez Hernández”, *Pensares y Quehaceres. Revista de políticas de la filosofía*, No. 9, julio-diciembre 2019, p. 133-150.

Personalmente me interesaba saber ¿cómo ha sido el trabajo sacerdotal durante la pandemia y qué formas de atención a la salud tienen como trabajadores de la iglesia? Bueno, pues resulta que estos trabajadores, a veces precarizados,¹¹ “participan en su mayoría de un seguro de gastos médicos” cuyo monto anual es de “alrededor de \$25,000.00 pesos” por asegurado. Él pensó que, tras el diagnóstico, el seguro de gastos médicos lo respaldaría en un servicio privado, pero no fue así y “no me enviaron más que al IMSS”, comentó. Todo indica que dicho servicio no le generó la confianza suficiente y prefirió él mismo cubrir los gastos de su atención, logrando convalecer en su casa -no sin costos varios para su familia. A diferencia de este sacerdote que salvó la vida, al 11 de marzo de 2021 “ya van 10 sacerdotes muertos en Neza”. En este sentido, el Dr. Fco. Xavier asegura que “los ministros de culto de cualquier religión bien podrían considerarse personas de alto riesgo”, motivo por el cual podrían ser estimados para su pronta vacunación.

Susana Flores es catequista en la Diócesis de Valle de Chalco desde hace 30 años, y también ha enfrentado cambios en el desarrollo de su trabajo de cuidados espirituales y religiosos. En su caso, se comprueba lo que muchas mujeres -teólogas, religiosas e investigadoras- destacan con frecuencia:

“que la mayor parte del voluntariado [...] se constituye de mujeres”.¹² Es decir, a pregunta expresa, Susana dijo: “siento que no es un trabajo; es un dar, servir porque veo la necesidad, de hecho, doy más de lo que recibo”.¹³

Ahora bien, durante la epidemia de COVID-19, dijo, “he tratado de cuidarme y confinarme porque soy obesa, tengo la presión y tengo 65 años” de edad. Estuvo recibiendo su pago desde el inicio del confinamiento hasta junio del mismo año, cuando siendo convocada a regresar a laborar decide jubilarse del trabajo que desempeñó durante años como “seguridad privada en una fábrica de pantalones”.

Durante la epidemia, su experiencia del trabajo de cuidados espirituales y religiosos no remunerados ha implicado nuevas formas de intercambio y relación intergeneracional con su hija, nieto y sobrina para aprender de las tecnologías, como el zoom -plataforma por medio de la cual ha seguido impartiendo el catecismo, teniendo reuniones y preparándose en su formación como “ministra extraordinaria de la eucaristía y la lectura”, actividad que “he hecho siempre”, explicó.¹⁴ El día que conversamos estaba terminando un curso “gratuito” -y en línea- sobre “Liderazgo femenino en la Biblia” -impartido por un “Colegio” “internacional” de “judíos”.

¹¹ A decir de mi entrevistado, en México “no hay una organización laboral de los sacerdotes y todo opera discrecionalmente”. Su ingreso, por ejemplo, “depende de la zona” donde se ubique su parroquia, si es una zona “rica o pobre”. Él, que vivió varios años en Francia como parte de su formación, conoce el caso francés y otros europeos, donde asegura que los sacerdotes tienen un salario mínimo establecido.

¹² Jeanine Anderson. *Ibid.*, p. 86.

¹³ La entrevista semiestructurada con Susana se hizo vía telefónica, por WhatsApp, el 13 de marzo del 2021 y fue registrada a mano. Treinta años de trabajo voluntario en el ámbito religioso son muchos, y la experiencia de mi interlocutora abarca trabajos con/desde las Comunidades

Eclesiales de Base, con matrimonios, en la parroquia y otras comunidades. Indagar al respecto requeriría una entrevista a profundidad. Ello permitiría indagar mucho más sobre los procesos religiosos en un municipio conocido también por su marginación, misma que ha sido manipulada políticamente en distintos momentos y por distintos actores.

¹⁴ Para un debate interesante en torno a la reciente Carta apostólica del Papa Francisco sobre la participación de las mujeres en tanto ministros del lectorado y acolitado, ver la entrevista con la teóloga feminista Marilú Rojas en: Canal Once, Sacro y Profano- ¿Es real la apertura del Papa a la participación de mujeres en la iglesia?, 27/01/21, <https://www.youtube.com/watch?v=t4moEZ2oT3Y>

Así, afirmó que ella sólo sale a misa los domingos y que “se tienen protocolos de cuidado en la pandemia -como el cupo máximo de 30%”. En cualquier caso, dijo, “en mi comunidad han fallecido dos catequistas y otras dos se enfermaron, pero salieron” de la enfermedad. Agregó que en la Diócesis de Valle de Chalco “han fallecido varios sacerdotes por acompañar a la comunidad” y corroboró lo expresado por Fco. Xavier: el acceso a los insumos de protección para las y los trabajadores de cuidados espirituales y religiosos depende de la buena o mala organización de distintos actores asociados con la institución religiosa. En estos casos, ubicados en espacios atravesados por las desigualdades, ellas y ellos ponen más de lo que reciben.

Finalmente, en términos de las necesidades que cubre un trabajo, remunerado o no, como el que estoy apuntando aquí, Susana ubica “dos vertientes durante la pandemia: algunas personas han buscado más apoyo,¹⁵ mientras otras se han alejado [de la iglesia] y culpan a Dios por la muerte de gente cercana”. Aquí toda una veta de estudio y reflexión sobre los procesos de duelo en México y los trabajos de cuidados directos -ya sean religiosos o no.¹⁶

Las condiciones laborales de los sacerdotes y otros/as trabajadoras de la iglesia católica requerirían una investigación en sí, a fondo, pues nos permitirían

acercarnos al mercado laboral del trabajo de cuidados espirituales y religiosos en estas instituciones totales que reproducen las formas de organización del trabajo siguiendo una clara división sexual del mismo. En ese sentido, un reto es “calcular el valor económico del trabajo no remunerado”¹⁷ que aportan las mujeres a las iglesias. Definitivamente “producir conocimiento sobre la organización de los cuidados plantea retos metodológicos muy grandes. Al hurgar en la intimidad, los sentimientos ambivalentes, las desigualdades de poder subyacentes y los dilemas morales salen al frente y demandan abordajes nuevos”¹⁸ -abiertos no sólo a la crítica, sino a la autocrítica epistemológica que permita ubicar alternativas que sumen a las transformaciones necesarias, añadiría yo.

De este modo, y aunque frecuentemente resulte incómodo para las y los laicos, “nuestros abordajes del cuidado no pueden dejar de reconocer la importancia de figuras religiosas, instituciones religiosas -desde internacionales hasta las más locales- y los principios de moralidad que han sido y siguen siendo fundamentales en los cuidados, en planos ideológicos como prácticos”.¹⁹ De hecho, quizá si nos tomamos en serio las luchas de tantas teólogas y mujeres-Iglesia en Nuestramérica podamos aprender algo sobre lo heterodoxo contenido en lo espiritual y religioso desde las márgenes.²⁰

¹⁵ Comentó que desde que se transmiten las misas “por *face* hay gente que participa [y] que antes no” lo hacía.

¹⁶ En mi experiencia como cuidadora-acompañante del duelo de un amigo, me parece fundamental tener presente que “Cuidar no sólo implica acciones en el presente necesarias para sostener la vida y referencias al pasado que confluieron en la construcción de la identidad de la persona. Implica asumir una complicidad en la proyección de un futuro que promete un “vivir bien” a los ojos de quien recibe los cuidados”. Jeanine Anderson. *Op. Cit.*, p. 75.

¹⁷ Edith Pacheco Gómez. *Op. Cit.*, p. 411.

¹⁸ Jeanine Anderson, *Op. Cit.*, p. 75.

¹⁹ *Ibid.*, p. 87.

²⁰ El pasado 18 de marzo se transmitió un webinar, organizado por el grupo denominado Tras las huellas de Sophía, titulado *Con voz y voto. Mujeres-Iglesia a nivel Internacional*. Con la participación de un nutrido número de mujeres religiosas -Carmiña Navía (Colombia), Lubia de León (Guatemala), Olga Consuelo Vélez (Colombia), Mary E. Hunt (EU), Nancy Cardoso (Brasil), Roser Solé (Cataluña), Socorro Vivas (Colombia), Silvia Martínez Cano (España), Sofía Chipana (Bolivia), Glafira Giménez (Perú), María Andrea González (México), Cecilia Castillo Nanjarí (Chile), Andrea Sánchez Ruiz (Buenos Aires), Pepa Torres (España), Marisa Noriega

Tercer apunte: los cuidados más allá de lo humano

Será porque comparto el espacio doméstico en una manada no-humana, como la denominara hace no mucho la filósofa Alicia Puleo en un encuentro virtual en torno a una investigación sobre el feminismo antiespecista en América Latina,²¹ que me parece obligado pensar los cuidados más allá de los animales humanos para considerar la ida y vuelta entre distintas animalidades -las humanas y las que no lo son. Quienes conviven con animales no humanos, y han permanecido en confinamiento, saben que, así como hay satisfacción también puede llegar a ser muy exigente el cuidado de seres no humanos.

Realmente no basta notar, cuestionar e incluso medir la patriarcal organización y distribución de los trabajos de cuidados humanos; tampoco creo que sea suficiente nombrar las interdependencias entre distintos seres -donde el centro, sin embargo, tiende a ser siempre humano y profundamente natalista. Siento y pienso que necesitamos, urgentemente, trascender el especismo con el que en general siguen estando problematizados los trabajos de cuidados directos e indirectos, pues de no hacerlo seguiremos abonando a la explotación capitalista de la vida toda.

Falta espacio y tiempo para desarrollar esta tercera anotación, así que me gustaría cerrar con una larga, importante y acotada cita de María Teresa Martín Palomo:

El cuidado encierra una gran complejidad al incorporar tanto aspectos

temporales, como espaciales, morales y afectivos. Así hemos visto, por ejemplo, como la preocupación por la orientación a dar respuesta a las necesidades de cuidado se definen de forma concreta y no se interpretan igual por todas las personas de un modo u otro implicadas. A veces implica sólo cierta preocupación, otras una dedicación muy intensiva, y conlleva tensiones y dilemas entre los diferentes requerimientos de los agentes implicados, sea en cuanto a tiempos, sea en relación con el espacio o con los esfuerzos corporales que hay que realizar en muchas ocasiones [...], tomar decisiones delicadas sobre el cuidado de los otros, lo que conlleva la posibilidad de errar; todo ello son elementos que dan muestras de la vulnerabilidad de quienes están formando parte de la circulación de cuidados. Unos cuidados escurridizos e invisibilizados que necesitan ser nombrados por un concepto de trabajo renovado, donde cobren centralidad los aspectos relacionales, así como el poder y la desigualdad que atraviesan dichas relaciones.²²

En fin. Trabajos que nos permitan hacer conciencia y actuar en consecuencia con esa premisa

(México)-, es un generoso espacio para tener un panorama amplio de las teologías feministas, sus pensamientos y acciones más actuales. Cfr.

<https://www.facebook.com/teologiefeminista.org/videos/378939070030241/>

²¹ Se trata de la investigación que está desarrollando Lidia Guerra Marroquín, titulada “Experiencias situadas hacia el devenir feminista antiespecista en América Latina”, en el marco de su formación en el Doctorado en Estudios Feministas de la

UAM-X. Efectivamente, la mandada de la que formo parte y entre la que no hay lazo consanguíneo alguno, aunque nos hermana nuestra condición de callejeras adoptivas, se compone de cuatro gatas, un gato y una perra.

²² María Teresa Martín Palomo, “Dibujar los contornos del trabajo de cuidado” en Karina Bettyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, p. 283-284.

de que “somos cuerpo en un mundo de cuerpos que también es cuerpo”.²³

REFERENCIAS

Rico Bovio, Arturo. “La democracia de los cuerpos”, Conferencia Magistral, Facebook: Casa Universitaria del libro UANL, 21/08/2020, <https://www.facebook.com/CasaLibroUANL/videos/3460875693963232/?extid=7IZ0qfWKogpCkm9Q>

Martín Palomo, María Teresa. “Dibujar los contornos del trabajo de cuidado” en Karina Bettyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, pp. 243-287.

Anderson, Jeanine. “Cuidados multiculturales” en Karina Bettyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, pp. 63-92.

Valdivia, Blanca. “Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora” en *Hábitat y Sociedad*, No. 11, noviembre de 2018, Universidad de Sevilla, pp. 65-84. <http://dx.doi.org/10.12795/HabitatySociedad.2018.i11.05>

Pacheco Gómez, Edith. “El trabajo de cuidados directo e indirecto, retos y posibilidades para su medición” en Karina Bettyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, pp. 411-469.

Rodríguez-Enríquez, Corina. “Elementos para una agenda feminista de los cuidados” en Karina Bettyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, p. 127-135.



²³ Cfr. Rico Bovio Arturo, “La democracia de los cuerpos”, Conferencia Magistral, Facebook: Casa Universitaria del libro UANL, 21/08/2020,

<https://www.facebook.com/CasaLibroUANL/videos/3460875693963232/?extid=7IZ0qfWKogpCkm9Q>

La salud mental y la crisis sanitaria de COVID 19

A un año de iniciada la contingencia sanitaria por COVID-19 en México, es mi interés problematizar lo precario, invisibilizado y esencial a la luz de lo que un nutrido número de feministas han denominado trabajos de cuidados -una categoría polisémica y multidimensional. Cada uno de los tres apuntes que propongo tienen algo, o mucho, de personal, y por lo tanto de político como reza el clásico lema feminista.

A pesar de la polisemia y la diversidad de enfoques teórico-metodológicos existentes, una clasificación útil de los trabajos de cuidados es aquella que distingue entre los directos y los indirectos. Siguiendo a Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, Blanca Valdivia²⁴ y Edith Pacheco Gómez distinguen los trabajos de cuidados directos por los vínculos emocionales y afectivos que les caracterizan. Por su parte, los trabajos de cuidados indirectos -que para Pacheco Gómez son la condición sin la cual no hay manifestación directa- se asocian con el trabajo doméstico, su desempeño, gestión y organización²⁵. Acerquémonos a esta y otras características de los trabajos de cuidados a la luz de los tres apuntes que propongo problematizar.

El Primer apunte: las trabajadoras del hogar remuneradas rumbo a su formalización ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Corina Rodríguez-Enríquez asegura que “Los empleos en sectores de cuidado son de los más precarios y peor pagados del mercado laboral. El caso del empleo en casas particulares es tal vez el más emblemático. Las trabajadoras del sector han estado históricamente excluidas de los marcos normativos de protección laboral y de los esquemas de seguridad social”.²⁶

Claudia María Mesa Dávila

Programa Actores Sociales de la Flora
Medicinal en México
Instituto Nacional de Antropología e
Historia

²⁴ Blanca Valdivia, “Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora” en *Hábitat y Sociedad*, No. 11, noviembre de 2018, Universidad de Sevilla, p. 76. <http://dx.doi.org/10.12795/HabitatySociedad.2018.i11.05>

²⁵ Edith Pacheco Gómez, “El trabajo de cuidados directo e indirecto, retos y posibilidades para su medición” en Karina Betthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, pp. 411-469.

²⁶ Corina Rodríguez-Enríquez, “Elementos para una agenda feminista de los cuidados” en Karina Betthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México D.F: Siglo XXI, 2020, p. 132.

Teniendo en cuenta esta realidad, quiero comentar que, en tanto estudiosa de mujeres que se han desempeñado en el trabajo en casa particular, sus cursos vitales y procesos de envejecimiento en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, desde finales del año pasado estoy colaborando en una investigación sobre la formalización y acceso a la seguridad social de estas trabajadoras en Oaxaca.²⁷

Abordar el tema de las implicaciones en la salud mental en el contexto de la pandemia significa un reto en un medio académico, de servicio y de políticas públicas donde aún predomina la conceptualización de la salud mental como un bien personal desarticulado de lo social y lo biológico. Es necesario subrayar el bienestar mental como componente fundamental del proceso salud enfermedad determinado socialmente y mantenerlo integrado al estudio, la investigación y el análisis de la subjetividad, de las expresiones e interpretaciones socioculturales y psicobiológicas de la salud colectiva. Las ideas, las creencias, los pensamientos, los significados, las representaciones, los sentimientos y las emociones en torno a la salud son material de análisis relevante para el abordaje de la salud con la población, el personal de salud y tomadores de decisiones. La salud mental debe formar parte de un plan inmediato, mediato y a largo plazo ante la nueva realidad

Es conveniente analizar el concepto de la OMS sobre salud mental que es la base para el plan de acción del 2013 al 2020

Según la OMS *“El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. La salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga. Quedan muchos aspectos por*

resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. (Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020 OMS)

Sin duda, en la Región y en México los retos son similares porque las políticas sanitarias los últimos 30 años respondieron al modelo económico neoliberal, el cual se caracterizó por la desvalorización del derecho a la salud de la población, el abandono y reducción de las instituciones públicas y la privatización todos los ámbitos relacionados con la salud, desde el cuidado del medio ambiente hasta la atención a los trastornos mentales

A la fecha ya contamos con datos regionales y locales sobre el impacto de la pandemia en la salud mental que nos permite un análisis de los mismos, abre la necesidad investigar, promover la salud mental, prevenirla y actuar sobre los trastornos que ha generado

Con base a una encuesta rápida elaborada en noviembre del 2020 por la OMS OPS en la región de las Américas incluyendo a México, denominada “La repercusión de la COVID-19 en los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, este año, esta nueva realidad se ha caracterizado por:

- La angustia, el miedo, la impotencia, la tristeza
- El distanciamiento físico y la falta de contacto físico con los seres queridos y los amigos
- El desempleo y la inseguridad en cuanto al empleo
- El teletrabajo y la escolarización de los niños en el hogar
- El duelo por la pérdida y las circunstancias que lo rodean

²⁷ Es patrocinada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y coordinada por la Dra. Mary Goldsmith Connelly -profesora-investigadora de la UAM-X.

- La aparición, agudización o recaída de toda una gama de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, en especial en los grupos de población más vulnerables.

Así mismo la evaluación describe sobre los sistemas de salud:

Sin embargo, se están haciendo esfuerzos para contar con una plataforma multisectorial de servicios, pero sin la participación esperada de la población y sin recursos suficientes.

Si se han utilizado los enfoques innovadores como la telefonía, las redes virtuales y telemedicina que han suplido la falta de financiamiento para la atención psicológica remota.

“Casi la mitad de los ministerios de salud no están obteniendo ni recopilando datos sobre los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas o sus manifestaciones en las personas con COVID-19”, lo que implica un elemento esencial para la respuesta de los servicios de este tipo ante la pandemia.

En México durante la cuarta conversación del Seminario Webinar COVID-19: Salud, Economía y Ciencia, la doctora María Elena Medina-Mora Icaza, en ese momento Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina y ahora directora de la facultad de Psicología de la UNAM, recordó (Salud mental: la otra cara de la pandemia Abr 17, 2020 | Salud Pública

<http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/04/17/salud-mental-la-otra-cara-de-la-pandemia/>):

- Que la salud mental forma parte de los objetivos de desarrollo sostenible, ya que dichos trastornos, más el abuso de drogas y alcohol, contribuyen en un tercio de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Que si antes de la pandemia tenían recursos insuficientes para atender la salud mental el reto ha sido enfrentar el aumento de la demanda.

La mayoría de los países si han incorporado la estrategia de la atención a la salud mental, pero con recursos muy limitados que no permiten la cobertura universal.

- Los determinantes sociales como la desigualdad, pobreza, inseguridad, género, traumas, epidemias, deterioro del empleo, desempleo por “descanso”, sin goce de sueldo, no poder salir a buscar trabajo por el confinamiento se encuentran directamente relacionados con la salud mental.
- 2 de cada 3 empleos son informales, donde se incluye la informalidad del trabajo doméstico, afectando en mayor medida a las mujeres
- 65% de los hogares vieron reducidos sus ingresos
- 1 de cada 3 redujeron los ingresos en un 50%
- Solo el 20 % reciben apoyos financieros gubernamentales
- Para las mujeres es mayor el desgaste: sobrecarga de trabajo en casa disminuyeron las redes sociales, aumento la violencia doméstica y el abuso sexual
- La transmisión de la información es casi inmediata, hay un exceso de información y mucha de ella es amenazante y productora de estrés.
- En la situación que estamos viviendo, el estrés postraumático está relacionado con la cercanía percibida de la muerte, “vivimos una epidemia de miedo relacionada con el estrés; en condiciones normales la respuesta del organismo es de huir o atacar, pero estas respuestas no son posibles en la pandemia porque no es un evento pasajero, lo que nos lleva a la ansiedad, lo que se traduce en un mayor riesgo de casos de abandono escolar, embarazo adolescente, pérdida de empleo e

inestabilidad emocional, de ahí la importancia de buscar una cobertura universal”

- De acuerdo al tamizaje denominado: “Riesgos a la salud mental” derivado de la Pandemia COVID 19 realizado por Silvia Morales Chaine, Rodríguez, Bors y Robles en el 2020 encontraron como principales trastornos mentales la 1. Violencia 2. Consumo de sustancias 3. Síntomas de depresión 4. Ansiedad 5. Autolesiones y 6. Suicidio
- El personal de salud está padeciendo otra crisis; factores como la carga de trabajo, la demanda de tiempo y la escasez de recursos, inducen trastornos relacionados con la exposición indirecta al trauma, lo que se traduce en cambios cognitivos en las trabajadoras sociales y médicos, que absorben los problemas de los enfermos, presentando fatigabilidad de compasión y síntomas de depresión.

En los Servicios de Salud Pública de la ciudad de México, el Área de Promoción de la Salud Mental, llevo a cabo Talleres de contención en los servicios de primer nivel de atención derivado de las necesidades sentidas del personal, en donde se observaron: ansiedad, miedo, impotencia, angustia, desesperación, tristeza, depresión, enojo, duelo, insomnio y culpa (de contagiar a otras personas)

Líneas de discusión:

1. Abordaje desde el campo de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas

¿Cómo abordar desde la medicina social y la salud colectiva la atención a...:

- ¿La situación socio cultural de la salud mental como una dimensión esencial de la salud colectiva?
- ¿Los problemas de salud mental preexistentes y el rezago del sistema de salud para la atención de la salud mental?

- ¿El impacto de la pandemia por COVID en la salud mental colectiva y personal por curso de vida en el hogar, el trabajo, la calle y los servicios de salud?
- ¿La situación de la salud mental colectiva y personal postpandemia y su atención?

¿Cómo abordar desde la medicina social y la salud colectiva la atención a la situación socio cultural de la salud mental como una dimensión esencial de la salud colectiva?

Propuesta:

A través del reconocimiento, la identificación y el análisis de las creencias, ideas y pensamientos, colectivos sobre la salud mental y del cómo se vincula con la salud biológica y social.

¿Cómo abordar desde la medicina social y la salud colectiva la atención a los problemas de salud mental preexistentes y el rezago del sistema de salud para la atención de la salud mental?

Propuestas:

Profundizar sobre las causas psicobiológicas y socioculturales del proceso salud enfermedad con el propósito de contribuir a la deconstrucción de las visiones colonizadora, individualista, biologicista y conductual como el eje de los programas o incluso de las llamadas intervenciones de salud mental enfocadas a disminuir el daño o prevenir en el individuo desde el estrés hasta el suicidio.

¿Cómo abordar desde la medicina social y la salud colectiva la atención al impacto de la pandemia por COVID en la salud mental colectiva y personal por curso de vida en el hogar, el trabajo, la calle y los servicios de salud?

Propuestas:

A través del reconocimiento, identificación y análisis de los sentimientos y emociones que ha generado la pandemia, el origen actual y el histórico-sociocultural de los mismos, para contribuir a la acción política que

integre la dimensión subjetiva con la material y la social.

A partir de la reelaboración teórico conceptual de la salud mental, los sentimientos y las emociones originadas, ahora por la pandemia, analizar su correlación con el pensar y el actuar de las colectividades en torno a la cosmovisión, los valores, los principios éticos, el uso del poder, de los recursos y del trabajo ante una crisis sanitaria

Establecer estrategias informativas y de capacitación para trabajar con el personal de salud de los servicios, que está en formación, en la operación y en la toma de decisiones, sobre la necesidad de abordar la salud mental como dimensión inherente al proceso salud enfermedad, a partir de ellas y ellos mismos ante la pandemia, el desgaste, el agotamiento y a mediano plazo

Realizar investigación participativa orientada al desarrollo de herramientas metodológicas para atender el impacto de la pandemia en la salud mental: el impacto del desempleo, empobrecimiento, incremento de la violencia, estrés, ansiedad, miedo, tristeza, depresión, impotencia, incertidumbre, irritabilidad, enojo, rabia, consumo de sustancias adictivas, la exacerbación de trastornos neurológicos y otros sentimientos emociones y condiciones, que deriven en acciones colectivas políticas a partir del reforzamiento del principio del bien común y de nuestras características que nos empoderan: el sentido de comunidad, solidaridad, fraternidad, respeto, resistencia y confianza en lo colectivo.

¿Cómo abordar desde la medicina social y la salud colectiva la atención a la situación de la salud mental colectiva y personal postpandemia y su atención?

Propuestas:

Proponer políticas públicas multisectoriales, participativas, modelos de atención a la salud y metodologías educativas que integren las dimensiones:

subjetivas, biológicas, materiales, sociales y culturales de la salud colectiva

Reconocer, identificar, deconstruir y construir conceptos de salud mental, de condición psicológica o psiquiátrica, pues a través de la historia han sido utilizados para dominar, subordinar, oprimir y encerrar y en este orden de ideas vindicar conceptos y condiciones históricas, socioculturales y psicobiológicas de la salud como ejes necesarios para la transformación y mejora de los modelos de atención y de los sistemas de salud

2. Perspectiva crítica y reflexiva, que proponga alternativas para la construcción de políticas públicas

¿Cuáles son las propuestas para construir políticas públicas que promuevan la salud mental de la población l y atender los problemas de salud mental en tiempos de crisis sanitaria por COVID 19 y a corto y mediano plazo?

Propuestas

Políticas públicas que fortalezcan la redistribución del poder en el ámbito multisectorial y gubernamental , redistribución de recursos con perspectiva de la determinación social de la salud mental, por ejemplo, refiriéndonos al impacto de la pandemia, algunos ejemplos: ampliar la inversión en el campo, subir y respetar precios de garantía, garantizar la seguridad alimentaria, invertir para mayores fuentes de empleo, apoyos financieros a los que perdieron el trabajo, los descansados, acceso a la vivienda, transporte público y de productos a bajos precios, mayor inversión en el sistema público de salud educativo formal, informal y artístico

Ampliación de las redes comunitarias para la atención de la salud mental, así como de la infraestructura física y operativa en el primer nivel para la atención de la salud mental y por consiguiente el incremento de

contratación de personal de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Sociología, Pedagogía y Antropología

Un sistema de salud con modelos de atención a la salud colectiva durante el curso de vida que atienda la promoción la prevención la vigilancia epidemiológica de los problemas de salud mental, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de manera integral con los aspectos biológicos y sociales

Capacitar y actualizar al personal que atiende la salud mental en Atención Primaria a la Salud con perspectiva de clase, de género y de pluriculturalidad

Fortalecer en los mapas curriculares de las instituciones educativa que forman personal de salud la promoción de la salud, la determinación social de la salud, el modelo de atención a la salud colectiva, el proceso salud enfermedad, la salud como proceso vital con causas socioculturales y psicobiológicas con perspectiva de clase, género y pluriculturalidad

3. **Carácter socio histórico y colectivo de la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica.**

¿La salud mental en la crisis Sanitaria agravada por la pandemia de COVID 19 tiene un carácter socio histórico y colectivo en Latinoamérica?

“No sé si tenga otros”, la pandemia como la estamos viviendo tiene una parte atribuible a lo inesperado y a lo desconocido, pero en lo esperado y lo conocido tiene un carácter socio histórico sanitario y colectivo...tiene que ver con el cómo nos hemos organizado como sociedad, la distribución geográfica poblacional, la concentración urbana, el daño ecológico por la explotación de los recursos que rompe con los ecosistemas, la profunda desigualdad expresada en la profundización y ampliación de la pobreza de las mayorías, con la ideología y la conciencia colectiva y un sistema de salud destruido, arrasado, dependiente

de lo externo ,sin equipos, sin insumos y sin personal, dependiente.

La atención a la Salud Mental en las últimas décadas se implementó a través de programas focalizados a problemas específicos o grupos vulnerados que a pesar de ser de calidad, oportunos y necesarios, la mayoría no contaba con los recursos suficientes y si , así fuera, la mayoría de ellos se quedaban para financiar las estructuras organizativo administrativos que se establecen para operarlos , llegando muy poco recursos a las Jurisdicciones sanitarias para operarlos y por supuesto a la población. Así que la cobertura era mínima.

Bajo estas condiciones, se implementaban en pocos centros de salud o con pocos grupos de población, por ejemplo, el de autismo y prevención de adicciones principalmente a través de la capacitación del personal de salud, no solo psicólogos porque son muy pocos, apoyados en organizaciones no gubernamentales, y otras instituciones.

Parte del carácter socio histórico y colectivo de esta crisis de la salud mental en la pandemia está relacionada también con las instituciones educativas formadoras de profesionales (psicólogos o psiquiatras). La mayoría de los planes de estudio y mapas curriculares se integraban también con la dominancia de las corrientes académicas orgánicas, genetista biologicistas, conductuales, individualistas, que primaba sobre la promoción de la salud mental, la determinación social, la salud mental colectiva entre otros. Esta formación permea al trabajo con la salud de la población, porque el tratamiento psicológico se enfoca a lo individual y clínico, evadiendo la condición social y colectiva de las personas por ejemplo con enfermedades crónicas.

Y el sistema de salud producto también del sistema neoliberal, un sistema reducido, de baja cobertura, poca infraestructura, poco equipo, pocos insumos, poco personal y la mayoría de condición eventual, cuya

certidumbre laboral está supeditada a la voluntad de los superiores o a los cambios de administraciones, ha desarrollado costumbres entre el personal de trabajar con lo mínimo, exigir lo mínimo y no participar activamente.

Muchas y muchos compañeros se han tenido que “acomodar” o “resignar” a la precariedad, a la desigualdad, pero en medio de este contexto son las

compañeras y compañeros comprometidos casi siempre mayores de 40, los que cotidianamente trabajan en estas condiciones arduamente y con su espíritu de servicios e inteligencia mantienen vivos los servicios, trabajado a pesar del desgaste y agotamiento ante esta pandemia que nos cambió la realidad



FORO ¿QUÉ ESTÁ PASANDO
CON EL DERECHO A LA
SALUD EN MÉXICO?
EJE 2 CONVERSATORIOS



Facultad de Medicina



LA ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL CAMPO DE LA SALUD:

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

10 de junio, 2021, 17 horas (CDMX) por zoom, facebook y youtube oficial ALAMES-MX

Conversadorxs invitadxs:

- Camilo Bass *Universidad de Chile*
- Leticia Javier *Servicios de Salud Pública, Guerrero*
- Berenice Rodríguez *INAH Morelos*
- Raúl García Contreras *INAH Morelos*

Moderadora: Silvia Tamez *UAM-Xochimilco*

Mayores informes en:

@AlamesMexico

facebook.com/ALAMESMexico/

alamesmex@gmail.com

Registro en: <https://forms.gle/ydUpjFyZkb7Wzi7aA>

¿La raíz fue un feminicidio? La COVID-19 en una casa hogar del estado de Morelos

*Tal vez vemos los charcos de agua,
pero no la lluvia;
y tampoco vemos formarse la tormenta*
(Paul Farmer, 2007: 64)

En México la violencia contra las mujeres y niñas es una realidad que ha sacudido a la sociedad, en donde las protestas feministas han puesto el problema sobre la mesa y la respuesta de las autoridades en todos sus niveles ha sido invisibilizar sistemáticamente a las mujeres y sus demandas. Un claro ejemplo de ello es que el pasado 8 de marzo, en vísperas de las marchas convocadas por colectivas feministas, el presidente de la república en contubernio con otros servidores públicos se atrincheró en Palacio Nacional, promoviendo una cerca metálica que sirvió como frontera entre dos realidades –el pueblo y los gobernantes–. La respuesta de las mujeres organizadas fue apropiarse del muro interpuesto y hacer un memorial para recordar aquellas mujeres desaparecidas y las que han sido víctimas de los feminicidios que laceran nuestra realidad.

En ese sentido, los feminicidios entendidos como “los crímenes del patriarcado [...] son, claramente, crímenes de poder” (Segato, 2006: 4), en donde se busca la reproducción del poder arguyendo al cuerpo femenino como una conquista territorial desde el mismo patriarcado.

Justo en este contexto, en donde las mujeres son orilladas a formas de violencia sistemática, la realidad que representan los feminicidios en este país en el último trimestre del 2020 alcanzó una cifra más, este es el caso de Maricela, una mujer de 24 años originaria de Ecatepec, Estado de México, casada con un hombre de 25 con quien procreó dos niñas de 5 y 7 años.

Raúl García Contreras

Programa Actores Sociales de la Flora
Medicinal en México
Instituto Nacional de Antropología e
Historia



Los vecinos de esta familia comentan que siempre mostraron una vida tranquila y “normal”. No obstante, una noche en medio de una discusión Maricela tomó a sus hijas y se disponía a salir del domicilio; mientras, el hombre de 25 años intentaba alcanzarla, al parecer Maricela se percató de esta situación y siguió corriendo de prisa atrás de sus hijas... lo que siguió fue una escena desoladora, Maricela cayó al piso con un cuchillo incrustado en el abdomen, un lamentable feminicidio se había perpetrado a manos de su pareja sentimental, lo que en las estadísticas muestra una cifra más, en un nivel oculto se encuentra la categoría de daños colaterales que repercute directamente en sus hijas.

En este escenario particular es pertinente un abordaje desde una perspectiva epidemiológica sociocultural (Hersch, 2013), en donde los feminicidios y la COVID-19 funcionan como una lente para explorar los procesos de salud-enfermedad y atención-desatención que demandan visibilizar dichos fenómenos desde una diversidad de voces, sujetos y contextos.

De esta manera entendemos que en este caso la epidemiología sociocultural “constituye una respuesta ante los sesgos reduccionistas que alejan a la epidemiología biomédica [...] del cometido comprensivo y envolvente definitorio de la disciplina” (Hersch, 2013:121). Por lo tanto, la misma epidemiología sociocultural va al encuentro de dimensiones otras, en donde es necesario ver lo que a simple vista está oculto, esto para observar los procesos de desatención como operadores del daño, un daño que, por su puesto, pudo ser evitable.

El feminicidio de Maricela, como hemos apuntado forma parte de una desatención que históricamente ha puesto a las mujeres frente a una serie de violencias sistemáticas, en donde operan a diverso nivel desde el estructural, social y familiar. En ese sentido, los feminicidios más que cifras y estadísticas, como muchas veces se manejan en la esfera gubernamental, dejan un sinfín de “daños colaterales”, que desde la epidemiología sociocultural se pueden tomar como daños evitables.

En el caso de Maricela, sus hijas Mariana y María, de 7 y 5 años, se enfrentan a un futuro incierto, un daño que pudo ser evitado, pero que desgraciadamente ellas son la cara más visible de esos daños que son constituidos a largo plazo. Después del feminicidio de Maricela, las menores fueron resguardadas por las autoridades del Estado de México. En ese ir y venir que transcurrieron 15 días y, estando a cargo de dependencias gubernamentales, en medio de una pandemia mundial como la que sorteamos, Mariana y María estuvieron expuestas a contagiarse de SARS-CoV-2, algo que no sabrían hasta que formalmente llegaron a una casa hogar del estado de Morelos.

Los protocolos de entrada a la casa hogar fueron rigurosos, pero no lo suficientes, las menores llegaron un lunes del mes de octubre y fueron resguardadas en una habitación a la espera de los resultados de las

pruebas PCR que les habían aplicado. Si bien Mariana y María estaban separadas del resto del grupo, el personal de la casa hogar –psicóloga, trabajadora social y guías/cuidadoras– se turnaba para apoyarlas, escucharlas e incluso comer con ellas.

Finalmente, para el día jueves, después de haber estado durante cuatro días en aislamiento, llegaron los resultados PCR de Mariana y María, lo que siguió fue un silencio absoluto en la casa hogar, las menores habían dado positivo para SARS-CoV-2. De inmediato el personal que había tenido contacto con las menores

precariedad estructural, los feminicidios, el nulo cuidado de las autoridades del Estado de México con las menores y la frágil rigurosidad de los protocolos de entrada a la casa hogar en Morelos.

Una vez confirmados los contagios, lo que preocupaba a los adultos era pensar en su red familiar inmediata, ya que la incertidumbre abarcaba una posible cadena de contagios mayor. Los síntomas que mostraron los adultos fueron casos leves y algunos agudos, que con tratamiento médico pudieron recuperarse y parar los contagios tanto en su red familiar como en la casa



se puso en aislamiento, dos psicólogos, una trabajadora social y dos guías/cuidadoras resultaron contagiados, a su vez el contagio también alcanzó a otras tres menores de edad, quienes habrían dado positivo a la prueba PCR teniendo el antecedente de haber estado en contacto con el personal que atendía a Mariana y María.

En este sentido, la serie de contagios que hemos enunciado parecen una realidad inmediata, en donde el problema resulta la COVID-19. Sin embargo, para llegar a esos contagios hay múltiples contextos inteligibles que escapan de la mirada epidemiológica convencional. En este caso nos encontramos de frente a una sinergia de desatenciones que van desde la

hogar. Las cinco menores contagiadas de SARS-CoV-2, incluyendo a Mariana y María, pudieron estabilizarse y en el caso de Mariana le fue suministrado oxígeno, para controlar las crisis de ansiedad que presentaba. No obstante, una vez superada la COVID-19, la aparente tranquilidad no duró, las secuelas hicieron estragos en uno de los adultos, llevándolo al hospital por presentar vómitos recurrentes, coágulos en los pulmones y, posteriormente, fibrosis pulmonar.

En esta breve descripción que enunciamos, si bien podemos observar los itinerarios de desatención, también nos encontramos frente a una serie de daños evitables, mismos que conforme el tiempo transcurrió

se hicieron cada vez mayores. En ese sentido, más que daños colaterales hablamos de daños que nunca debieron consumarse, mismos que van desde el acto del feminicidio, dejar a dos menores de edad sin su madre, exponer a Mariana y María de cara a una pandemia mundial como lo la COVID-19, iniciar una serie de contagios en una casa hogar, y hasta orillar a una adulta a lidiar con padecimientos –fibrosis pulmonar– que la aquejaron durante un tiempo prolongado, todo lo anterior son elementos soslayados, mismos que necesitan analizarse como parte del contexto que actualmente sorteamos en medio de la COVID-19.

De manera que este texto es una lente para avizorar como se entreteje el contexto sociocultural de dos problemas al margen de una serie de desatenciones que hoy por hoy aquejan a nuestra sociedad –feminicidio y COVID-19–. En ese sentido, al cuestionar: ¿Fue un feminicidio la raíz de estos contagios? La respuesta evidentemente es negativa, porque en si el feminicidio es ya un daño evitable inmerso en unos itinerarios de desatención. Por lo tanto, la raíz de esta vorágine viene

desde una estructura cuyo rostro en apariencia oculto es el patriarcado y las desigualdades sociales.

Bibliografía

Farmer, Paul (2007). “Una antropología de la violencia estructural. El caso de Haití”, *Temas*, (57), 63-73.

Hersch, Paul. (2013). “Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria” *Salud Pública de México*, 55 (5), 512-518.

Hersch, Paul. (2013). “Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación”, *Dimensión Antropológica*, 20 (57), 119-137.

Segato, Rita. (2006). “Qué es un feminicidio: notas para un debate emergente”, *Série Antropologia*, 401, 2-12.

Agradezco a mi hermana Areli García, una de las personas que resultó contagiada en la casa hogar y a quien me tocó atender en la semana y media que duraron los síntomas de la COVID-19 en su cuerpo. Gracias por compartir tus vivencias, porque a través de ellas me invitó a conocer otros contextos y pensarlos desde diversos ángulos.



Desde Honduras: reflexiones sobre la pandemia del coronavirus y nuevos desafíos

Introducción: La pandemia del coronavirus ha desencadenado una estrategia mundial para el manejo de una infección viral; sin embargo, no se puede aislar del impacto económico, político, social, ambiental, ético y en derechos humanos.

Nuestras reflexiones nos han conducido a pensar que se ha instaurado una estrategia autoritaria y hegemónica, bajo la premisa de que los países más ricos y avanzados tienen la supremacía tecnológica y los principios éticos y humanitarios más justos.

Se han tomado como base premisas lógicas y filosóficas consistentes en que el método científico y los expertos son la garantía que nos permitirá controlar la pandemia y tener los mejores resultados.

No obstante lo anterior, lo que observamos es que el enfoque epidemiológico y técnico para controlar la pandemia se ha basado principalmente en los postulados que se siguieron hace un siglo, en la mal llamada pandemia de la “gripe española”: “Mantenga una distancia social de 1 a 2 metros” “quédese en casa, lávese las manos”.

Para los países pobres y explotados de América Latina, donde existe un alta carencia de viviendas, desempleo y desocupación total masiva, precarización de la vida y de los sistemas de salud, desalojo violento de los territorios por las transnacionales, las fuerzas represivas de los Estados, con la acumulación originaria del capital y el avance del neoliberalismo, resulta prácticamente imposible para la mayor parte de la población quedarse en casa y alimentarse, e incluso disponer de agua para lavarse las manos.

Por otra parte, la concepción ideológica y política de la salud constituye una visión reduccionista donde la causa de la enfermedad es lineal, mecánica, sin tomar en consideración la clase social, el racismo, la exclusión patriarcal, sexista y homofóbica. En otras palabras, no corresponde a un modelo que considere la salud de la totalidad de la vida de plantas, animales, microorganismos y seres humanos (Holos = totalidad, BIOS = vida) en relación entre los seres humanos, naturaleza,

Juan Almendares

Director Ejecutivo del Movimiento
Madre Tierra Honduras
Ex Rector de la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

madre tierra y la relaciones sociales, políticas e históricas y la salud, como un valor esencial para la vida material, ecológica, psíquica, cultural, social, ética y espiritual.

En ese marco, el planteamiento hegemónico de la pandemia ha conducido a una estrategia de vigilancia (vigilancia epidemiológica) que se fundamenta en el control o la eliminación del vector. Para el caso, en algunas enfermedades como el dengue, el vector es el mosquito y por consiguiente, hay que controlarlo o eliminarlo con plaguicidas que afectan al mosquito, pero como son tóxicos, afectan a su vez al ser humano. En el caso del contagio por coronavirus, el vector principal es el humano y por consiguiente, a la persona que se contagia con el virus habría que “vigilarla” o eliminarla; bajo esta óptica, se observa que en estas pandemias predomina el enfoque de la inteligencia militar y los mecanismos para establecer estados de excepción, con sus toques de queda, los principios carcelarios y la utilización de la represión policial y el uso de bombas lacrimógenas, mecanismos que no solamente aumentan el contagio, sino que también generan condiciones favorables para incrementar la morbilidad y mortalidad por la infección viral.

El otro componente de la estrategia es ¿Quién controla la política del manejo de la estrategia de la pandemia?

En lugar de tener un enfoque interdisciplinario, quienes controlan la pandemia son los aparatos represivos del Estado o el poder político.

Así, por ejemplo, los profesionales de la salud u otros campos que tengan valores éticos, son excluidos porque quienes dominan son los intereses del complejo militar industrial farmacéutico, con intereses a su vez mercantiles en la tasa de medicamentos y vacunas; el otro componente que maneja esa situación son las grandes empresas

transnacionales, maquilas y sectores corruptos del Estado y la oligarquía.

Los otros componentes fundamentales de esta estrategia se han manifestado en el control y criminalización de la protesta social y la exclusión de participación en las grandes decisiones de los movimientos sociales, populares, indígenas, campesinos y garífunas y otros grupos étnicos, lo cual ha favorecido la agresión imperial y los planes de estabilización de los gobiernos progresistas (golpes de Estado, violación a los derechos humanos y agresiones a los pueblos de Cuba, Nicaragua, Venezuela, Bolivia, Chile, Colombia, Haití y México).

En el plano aparentemente médico, se señalan dos proyectos profundamente influidos por Bill Gates y grandes corporaciones de la inteligencia artificial digital, la industria farmacéutica y la agroindustria, así como los aparatos de seguridad imperiales.

Hemos reflexionado sobre la importancia que tiene la salud para desarrollar conciencia social y política de la realidad de nuestros pueblos, y también sobre la necesidad de unificar un sujeto histórico fragmentado en todas sus dimensiones; dialécticamente también hemos aprendido cómo la razón industrializada de la salud y la enfermedad es poderosa en la manipulación y la inmovilización de las comunidades y pueblos, y es manejada a través de los grandes medios de comunicación e información, generando el pánico, el terror y podemos decir el psicoterrorismo por las fuerzas represivas del Estado y del capitalismo.

El miedo, el pánico y el terror exacerban la depresión, la ansiedad y la angustia y así aumenta la tasa de suicidios, se incrementan el estrés y se debilita la inmunidad y por lo tanto todos estos elementos en su conjunto pueden ser más graves que el efecto mismo del propio coronavirus, porque la persona se puede enfermar de otras infecciones y patologías graves.

En conclusión, nuestro pueblo cree que al capitalismo neoliberal le interesa eliminar a los que no son útiles en la sociedad capitalista y esto incluso ha sido expresado por autoridades ligadas a los sistemas financieros.

¿Cuáles son entonces los desafíos y las tareas urgentes?

1. Es urgente la formación ideológica y política, ética y científica para profundizar en la concepción y práctica de la salud y la enfermedad de todos los seres vivos y de su relación con el sistema capitalista vigente, y así tener una visión hacia dónde se orienta y cambia este sistema, que sigue siendo tan poderoso y que toma diferentes matices, no solamente el agroindustrial-militar, el de la inteligencia vigilante de la automatización, el sistema genocida que emplea la energía atómica, la guerra biológica o la biotecnología, la nanotecnología y los sistemas de comunicación que se aplican de manera perversa, así como nuevas áreas de la lingüística y la manipulación del psicoterrorismo.

2. Es importante desarrollar estrategias: ¿Cómo enfrentar los proyectos multimillonarios del complejo industrial-militar y farmacéutico de Solidarity y las vacunas?

3. Organizar sistemas de trabajo con las comunidades indígenas, campesinas y garífunas en un análisis de los sistemas de salud bajo una óptica no farmacéutica sino desde las visiones ancestrales y científicas.

4. Fortalecer la unidad y solidaridad de los pueblos de América Latina, sobre todo aquellas que están en la situación más crítica y amenazante por los intereses imperiales (Cuba, Venezuela, Bolivia, Colombia, Honduras, Brasil, México, El Salvador, Haití).

5. Realizar trabajos con las comunidades eclesiales de base, sectores que han trabajado con la teoría de la liberación.

6. Fortalecer el trabajo con las organizaciones feministas, antiimperialistas, anticoloniales y anticapitalistas.

7. Realizar trabajos solidarios con sectores antiracistas, anticolonialistas y antipatriarcales.

Por la unidad de América Latina y de todos los pueblos del mundo.

Nota: Agradecimientos a Karin Nansen, presidenta de Amigos de la Tierra Internacional (ATI); Silvia Quiroa, representante de ATALC ante el Excom; Danilo Urrea por su apoyo en el desarrollo de las conversaciones que propiciaron esta reflexión; Concepción Ferrufino, matemático hondureño; Sandra Pinel, médica anesthesióloga; Luis Escoto, médico neurópata y pránico; Ligia Gómez, homeópata de Costa Rica; Arturo Stephan Soler, doctor en química y matemático; Alejandra Padilla, arquitecta, Jeffrey Izcano, estudiante de fisioterapia, a la periodista Silvia Sosa y a la ingeniera Jennifer Erazo.

Dedicatoria a Sandra Ramírez, técnica terapeuta nutricional.

Solidaridad con nuestras hermanas y hermanos colombianos



Pronunciamiento en solidaridad con el pueblo de Colombia y demanda de protección de los derechos humanos

Desde el día 28 de abril, un conjunto muy amplio de organizaciones, movimientos y sectores sociales y populares urbanos y rurales, en gran parte del territorio colombiano, han venido desarrollando una enorme movilización y protesta social, articulada al **Paro Nacional**, denunciando las precarias situaciones sociales, económicas y sanitarias que se viven, intensificadas producto del nefasto manejo gubernamental de la pandemia por Covid-19, y demandando un conjunto amplio de reformas y la retirada de proyectos de ley presentadas por el gobierno nacional de tipo fiscal, de salud, laboral, pensional, entre otros, que afectarán aún más la precaria situación social y económica de la población generada por un cumulo de inequidades, que colocan a Colombia como el primero o segundo país más inequitativo del Continente.

Esta sostenida movilización logró que el gobierno de Iván Duque retirara el proyecto de ley de reforma tributaria y ahora presiona la retirada del proyecto de reforma al Sistema de salud, pero el conjunto de demandas va más allá, es amplio y de carácter estructural, que incluye se ejecuten las transformaciones planteadas en los Acuerdos de Paz de La Habana, que han sido incumplidos por el gobierno de Duque, buscando se dé un cambio de fondo que permita superarlas injusticias sociales y efectivamente se configure una paz firme y duradera en Colombia.

Esta enorme y sostenida movilización social, principalmente con la participación, el entusiasmo, la alegría y la innovación en el repertorio de acciones de la población joven, ha sido altamente reprimida por fuerzas policiales y parapoliciales, que han dejado a la fecha¹ un saldo trágico de 49 muertos, principalmente jóvenes; 578 heridos, con 37 personas con lesiones oculares; 379 denuncias de desapariciones; 87 personas víctimas de violencias basadas en genero violencia sexual; 1.460 personas detenidas y 846 denuncias por abusos de poder, autoridad, agresiones y violencia policial. Esta situación ha sido denunciada por organizaciones internacionales de derechos humanos como Human Right Watch, Amnistía Internacional, Naciones Unidas y la Unión Europea, entre otras instancias.

Hoy la situación de Colombia demanda una intensificación de la solidaridad internacional, que ya ha sido fundamental para el respaldo y protección de quienes se movilizan en el marco de la protesta social, pero dada la alta represión y enorme violación de los derechos humanos que como política de Estado se ejecuta para enfrentar la movilización social, se requiere intensificarla y demandar masivamente al Estado cese la represión y se dé una intervención de Naciones Unidas y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos para que realicen una veeduría en Colombia que permita detener el rio de sangre que ha provocado la respuesta gubernamental a la protesta aclarando y judicializando a los responsables de todas las violaciones a los derechos humanos ocurridos en este periodo e igualmente se juzgue al gobierno de Duque por crímenes de lesa humanidad por parte del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, la Corte Penal Internacional y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Nosotros como Foro Nacional de Salud y ALAMES – Margarita Posada, Capitulo El Salvador, nos adherimos al pronunciamiento emitido por ALAMES y el Movimiento de Salud de los Pueblos, ya que nos identificamos plenamente con los contenidos del comunicado, por lo que exigimos al Gobierno de Central de colombiano el cese a la represión y el respeto a los Derechos Humanos del pueblo colombiano.

San Salvador, 28 de Mayo 2021.

¹ 18 de mayo de 2021



Recibido
28-05-2021
11:41 am