

Vuelvo a esta columna con entusiasmo, contento y agradecido, en primer lugar, con el Ing. Enrique Gómez Orta y el periódico am por el espacio que nuevamente me han brindado para compartir con ustedes diferentes tópicos acerca de las leyes, la medicina y la política, así como mi reflexión sobre ellos; en segundo lugar, con ustedes amables lectores, de manera anticipada, por sus comentarios, observaciones, críticas y palabras de aliento.

Entrando en materia, el pasado 28 de diciembre, el presidente de la Secretaría de Salud, Enrique Gómez Orta, en un discurso en el Oficio de la Presidencia del Poder Ejecutivo Federal, anunció que el presupuesto de Egresos para el 2019 que en su totalidad es una severa disminución en lo general, y en temas sensibles para la salud pública, como lo es la vacunación en lo particular.

México ha sido líder latinoamericano en el programa de vacunación, y, en consecuencia, de la disminución de enfermedades y muerte ocasionadas por enfermedades prevenibles por vacunación, tanto en niños como en adultos. Sin embargo, las personas con las llamadas "gajas" por diabetes, cáncer y enfermedades reumáticas, por citar algunas.

La vacunación es un derecho universal que cuenta con la corresponsabilidad de la población para acudir a vacunarse que está situado como un bien público. Deben mantenerse coberturas de vacunación superiores al 95% por biológico (vacuna) y al menos 90% de esquema completo de vacunación en cada grupo de edad.

De no ser así, se pone en riesgo mantener la erradicación de la poliomielitis y nuevos brotes, el control epidemiológico de la difteria, la eliminación del tétanos neonatal y no neonatal, la eliminación del sarampión, rubeola, el síndrome de rubeola congénita, el control de la tosferina, la prevención de formas graves de tuberculosis, la prevención de infecciones masivas por Haemophilus influenzae tipo b, el control epidemiológico de la parotiditis, reducir la incidencia de infección por el virus del papiloma humano, y un tema de ocurrencia en esta temporada, prevenir la influenza.

Les platico que el año pasado, la Secretaría de Salud tuvo un presupuesto modificado para el programa de vacunación de 2517.5 millones de pesos. Si se ajusta esta cantidad con el Índice Nacional de Precios al Consumidor a diciembre de 2018 deberían al menos haberse solicitado 2642.6 millones de pesos. La propuesta presentada por el ejecutivo federal fue de 2130.9 millones de pesos, con un serio déficit de 512 000 000 de pesos para mantener siquiera el nivel del año 2018.

CONTESTATARIO

CRÍTICA, DEBATE Y PROPUESTAS SOBRE
NUESTRA SALUD Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

ÉCTOR JAIME RAMÍREZ BARBA



COMUNIDAD UG

Contestatorio
Crítica, debate y propuestas sobre nuestra salud
y las políticas públicas



COMUNIDAD UG

Contestatario

Crítica, debate y propuestas sobre nuestra salud y las políticas públicas

Éctor Jaime Ramírez Barba

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Ediciones
Universitarias

Contestatorio. Crítica, debate y propuestas sobre nuestra salud y las políticas públicas

Primera edición digital, 2022

D. R. © Universidad de Guanajuato
Lascuráin de Retana núm. 5, Centro
Guanajuato, Gto., México
C. P. 36000

Producción:
Programa Editorial Universitario
Mesón de San Antonio
Alonso núm. 12, Centro
Guanajuato, Gto.
C. P. 36000
editorial@ugto.mx

Diseño de portada: Jaime Romero Baltazar
Formación: Ma. Adriana Chagoyán
Corrección: Javier Paláu, Diana Espinoza

Todos los derechos reservados. Las opiniones expresadas aquí son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente las de la Universidad de Guanajuato o de alguno de sus integrantes. Queda prohibida la reproducción o transmisión parcial o total de esta obra bajo cualquiera de sus formas, electrónica o mecánica, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

ISBN DIGITAL: 978-607-441-950-4

Hecho en México
Made in Mexico

a mi esposa Elvia



“Éctor Jaime Ramírez Barba”

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba

Leonés nacido en 1956, médico cirujano egresado de la Universidad de Guanajuato, especialista certificado en cirugía general y en salud pública; doctorado en Ciencias de la salud con énfasis en cirugía y doctorado en Administración pública.

Ha sido profesor investigador, director de la Facultad de Medicina y secretario general de la Universidad de Guanajuato, donde es actualmente profesor honorífico de la División de Ciencias de la Salud del Campus León. También fue docente en la UNAM y en la Universidad Anáhuac.

Ha sido Investigador Asociado B de la Secretaría de Salud y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Secretario de Salud en dos ocasiones y secretario de Desarrollo Social del estado de Guanajuato. Legislador federal (2006-2009, 2018-2021) y estatal (2015-2018) de mayoría relativa del Partido Acción Nacional y director de la Fundación Miguel Estrada Iturbide.

Ha sido reconocido por el gobierno del estado de Guanajuato en 2021 y galardonado con los premios Águila Canacinfra al Mérito Legislativo 2020; medalla al Mérito Sanitario 2017; medalla Dr. Felipe Saldívar Bernal 2017; medalla al Mérito en Salud Pública 2009; premio al Mérito Científico Dr. Gonzalo Castañeda 2008, y Premio Dr. Francisco Fonseca García, entre otras distinciones.

Actualmente es académico emérito de la Academia Mexicana de Cirugía, académico numerario de la Academia Nacional de Medicina, consejero consultivo de la Asociación Mexicana de Cirugía General y asociado emérito de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Es miembro activo y consejero nacional del Partido Acción Nacional. Diputado federal electo de la LXV Legislatura de la H. Cámara de Diputados, donde ha sido presidente y secretario de la Comisión de Salud.

Ha publicado más de 147 artículos y decenas de capítulos en libros. Ha escrito más 450 columnas editoriales en medios como los periódicos *AM*, *Correo*, *El Economista* y *Expansión Política*.

Índice

Introducción	17
Prólogo	21
Salud	
Trump, amenaza a la salud	25
Factores de riesgo 25 x 25	27
Sociedad de comensales	29
Hablemos de depresión	31
Los invisibles	33
Alcoholismo, ¿otra vez?	35
Euforia por la marihuana medicinal	37
Enfermos terminales y cuidados paliativos	39
Donald Trump, ¿médico? No podría ser	41
Fiebre aftosa humana en México	43
En piel preparada no entra el dengue	45
Plan Sismo de México, ejemplo a seguir	47
Ya es otoño: la influenza puede ser grave	49
Objeción de conciencia	51
Vacunación en peligro	53
Salud nórdica, según Andrés Manuel	55
Objeción de conciencia sanitaria	57
Causas y determinantes de la mortalidad materna	59
Buena esperanza en cáncer infantil	61
El Seguro Social: evolución, crisis y perspectivas de reforma	63
¿Qué edad tienes a los 65 años?	65
Muerte digna y morfina	67
Las abejas y el cáncer de próstata	69
¡Alerta! Sarampión	71
Derecho constitucional a la salud	73
Plan Nacional de Desarrollo y medicamentos	75
Salud pública o intereses comerciales	77

Cuando el destino nos... ¡alcanzó!	79
Doctor, míreme a mí y no a la pantalla	81
Cáncer de pulmón	83
Crónica de muertes anunciadas	86
Gerontología y salud digital	89
Alergias alimenticias	91
Fin de la coerción en salud mental	93
Drogas ilegales y adictos al alza	95
Seguro Popular 2019, ¿falsos dilemas?	97
Marihuana money	99
Toda ciencia viene del dolor	101
El hijo con diabetes	103
La poca salud en el primer informe	105
Toxicidad financiera en pacientes con cáncer	107
Violencia obstétrica	109
Médicos objetores	111
Salud y dinero en el 2020	115
Alerta de influenza, ¡actúe ya!	117
Cáncer de Morena en el Presupuesto 2020	119
Autoasistencia y salud reproductiva	121
Vacunación y dinero	124
Nueva época en enfermería	126
Pedro Páramo y el Insabi	129
Peligros que matan o riesgos que alarman	132
¿Fumar o vapear? Recomendando ninguna	134
Día raro y coronavirus	136
Embarazo y COVID-19	138
Alerta, salta otro virus al escenario: sarampión	141
Hoy sí sentí que iba saliendo de una guerra...	144
Águila o sol para ¡vives o mueres!	147
Cazador de microbios	150
Persiguiendo al asesino serial	152
Heroínas y héroes de la salud	154
Diseción de la mortalidad: ocurrencias vs. evidencias	156
Mil millones para vacunas COVID-19	158
Tiempos de afinar la mira	160
Tiempos de afinar la mira, dos	162
Plasma convaleciente	164

Covidengue	166
Desabasto de medicamentos públicos, sus causas en México	168
Si me intuban, ¡me muero!	170
La importancia de la certificación de especialistas	172
Dudosa calidad de nuevos médicos especialistas	174
¿En qué estamos fallando?	176
Secretario Alcocer, ¡pudo ser mejor!	178
Uso de cubrebocas salvaría 9300 vidas	180
¿Medicamentos “patito”? Un peligro potencial	182
Evidencia en marihuana (cannabis) 2020	184
Vacunología y “otrodatitis”	186
COVID-19 y medicina de precisión	188
Técnico politizado, reflexiones de la COVID-19	191
Costos de la incompetencia en el Insabi	194
Entamoeba morenolítica engulle el FPGC	197
A rascarse como puedan	200
Genes que controlan la obesidad, una esperanza	202
Medicamentos, el Waterloo de la salud nórdica	204
COVID prolongado, a saber	206
Transparencia y anticorrupción	
Métrica de Gobierno Abierto	211
Manos a la obra	213
Sistema Estatal Anticorrupción	215
Archivos y poder	217
Sistema anticorrupción a prueba	219
Guanajuato, líder de transparencia en salud	221
Necesitamos “informantes” patriotas	223
Porfiriana: ¡qué manera de administrar!	226
Tiranía sanitaria	229
Síndrome de hibris en Morena costará vidas	231
Presidente totipotencial, mi voto en contra	234
Medicamentos y empresas a la deriva	236
Imperativo evaluar el manejo de la pandemia	238
“Opacilina” para la incapacidad	240
Paupérrima inversión en salud	243
Salud demorada, efecto pandemia	245

Economía y Sociedad

Proyecto, liderazgos y equipo con rumbo	249
Remesas, detonadoras de equilibrio social	251
Política, desarrollo y pobreza	253
Mejorar la economía regional	255
Fulminado por un rayo	257
Que nadie quede atrás	259
Corredor Central del Bajío	261
Preparación al 2018	263
Volveré, contento y agradecido	265
Buenas noticias para la Democracia, luchemos por ella	267
Sol Invictus y desigualdad económica	269
Hacienda acotada, voto en contra	271
De gigantes a enanas	274
Vapeo en León	276
Ejercite su cerebro para sana vejez	278
Trabajo sin paga. ¡Ojo!	281
De los miasmas al coronavirus	283
Hoy, honor a quien honor merece	285
Combustóleo y salud	287
Derecho de los padres educar a sus hijos	289
Cheques escolares	291
Morena golpea a niños otra vez	293
“Morenicidio” a los fideicomisos	295
Con la salud no #AMLO	297
La mejor política en <i>Fratelli tutti</i>	299
Telemedicina	301
Cuidar y ser cuidado	303
Claroscuro presupuestal rumbo a 2021	305
Sin señas particulares y fideicomisos	307
La molécula de nicotina y su relación con COVID-19	310
Programa Sectorial de Salud 2020-2024	312
López-Gatell Ramírez, el imperdonable	315
El campo y el vino mexicano	317
Sin señas particulares	319
Cuánto valen los niños para AMLO	322

Congreso

Paridad, ¿hacia el 2030?	329
XXIII Aniversario procurando derechos	331
Belisario Domínguez y periodismo	333
Disciplina partidista en Guanajuato	335
Especie singular	337
Voto en contra de la Prisión Oficiosa	339
Ciencia y Tecnología constitucional	341
Uveítis en el ojo legislativo	343
Las mujeres de la LXIV Legislatura	345
Águila Canacintra 2020	348
Hasta pronto	350
Una habitación propia	352
Libertad de prensa bajo asedio	354
Lo que no se mide, no se puede mejorar	356

Guanajuato

No hay quinto malo	361
Casimiro Liceaga: guanajuatense, médico y patriota	363
Congreso abierto a la historia	365
Reincidencia, ya es hora	367
La Peregrina y el Presidente	369
Criminalidad y libertad	371
La montaña y la llanura	373

Agradecimientos	377
----------------------------------	------------

Introducción

Ha concluido el periodo de tres años como diputado federal de la LXIV Legislatura del H. Congreso de la Unión e inicio la LXV Legislatura que concluye en agosto de 2024.

Durante estos tres años y el previo a la elección de 2018, utilicé el espacio otorgado por el periódico *AM* para compartir semanalmente lo que sentía y ocurría en el país y en el congreso, haciendo crítica, propuestas, debate y compromiso que, por razones de mi formación profesional, fueron en su mayoría sobre nuestra salud y las políticas públicas.

En este libro se presenta una compilación de las 156 columnas editoriales publicadas en este periodo, tanto en el periódico *AM* como en *El Economista* y en *Expansión Política*, con el afán de hacer un repositorio a manera de memoria de los eventos y temas vividos que me dieron el ánimo de escribir y compartir.

He agrupado las columnas de manera arbitraria en cinco categorías. Hay 84 (54%) en la categoría Salud, 16 (10%) en Transparencia y anticorrupción, 35 (22%) en Economía y sociedad, 14 (9%) del Congreso y 7 (4%) de Guanajuato.

Desde la primera experiencia de compilación titulada *25 puntadas en Salud* y luego en *Caleidoscopio*, recibí múltiples comentarios y críticas que me siguen motivando hasta la fecha para observar, escuchar, estudiar y tomar acciones. De hecho, fue el sustento para hacer este ejemplar.

Contestatorio, título de esta obra editorial, fue propuesto por mi esposa, Elvia, quien me hace el regalo cada ocho días de la crítica a los escritos que terminan como editoriales, que “contestan” con crítica, propuesta y compromiso los aconteceres y políticas públicas que están, a mi juicio, sustentadas con evidencias.

Las propuestas formales que he hecho, señaladas en las editoriales, se encuentran en los sistemas de transparencia de los congresos, ya sea en el de Guanajuato o en la Cámara de Diputados.

En esta publicación aparecen diez dibujos realizados por el médico especialista en Cirugía general, maestro en Educación y licenciado en Artes y exdirector de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, Francisco Javier Domínguez Garibaldi. Reflejan con arte y sensibilidad su visión de lo que ha estado ocurriendo en nuestro país con el gobierno federal y su titular ejecutivo. Una imagen dice más que mil palabras.

Concluyo esta introducción señalando que han sido años difíciles por la insistencia del gobierno de la “cuarta trastornación” de destruir instituciones y monopolizar servicios, que en el caso de la salud, destruyó el Seguro Popular, fragmentó aún más el Sistema Nacional de Salud, desfinanció los servicios públicos, enfrentó la pandemia con negligencia criminal, causando miles de muertes que eran evitables, y causó millones de pobres por motivos de salud por el desabasto de medicamentos y una reconversión fallida de los servicios de salud.



Dipras Juan Bobillo

“El rey va desnudo”

Prólogo

Escribir editoriales en un medio de comunicación siempre es una responsabilidad. La misma de quien se dirige a otras y otros para expresar una opinión. Éctor Jaime es médico especialista y es un político leonés proveniente de la vida académica, donde aprendemos a dialogar, ese verbo que tendríamos que practicar a diario las personas para hacernos conscientes de la realidad de los demás.

El periódico *AM*, como medio de comunicación líder en nuestra región, tiene también esa responsabilidad y cuando abre espacios para expresar opiniones en las editoriales trata de reflejar la diversidad de puntos de vista de esta sociedad nuestra, tan necesitada de que quepan todas las ideas.

Como muchos, leo con interés las colaboraciones de Éctor Jaime Ramírez Barba por el enorme conocimiento que ha acumulado al ser legislador y funcionario público y aunque están impregnadas —como todas las editoriales— de su posición ideológica, y por tanto política, que tiene desde su trinchera en el PAN, nos da un aporte del tamaño de los desafíos del Sector Salud y de las políticas públicas necesarias para que el bienestar llegue a toda la población, pues no solo se trata de buena voluntad, sino de una buena administración de las finanzas públicas.

Éctor sin “H”, cuando le conocí en Universidad de Guanajuato era difícil olvidar así su nombre, estructuró sus editoriales en cinco temas: salud; transparencia y anticorrupción; congreso; economía y sociedad, y Guanajuato, abarcando enfoques internacionales, nacionales y locales, donde el común denominador es el bien ser y el bien estar, pues la salud no es solo su especialidad, sino el estado al que nos aferramos con más fuerza tras la pandemia de COVID-19.

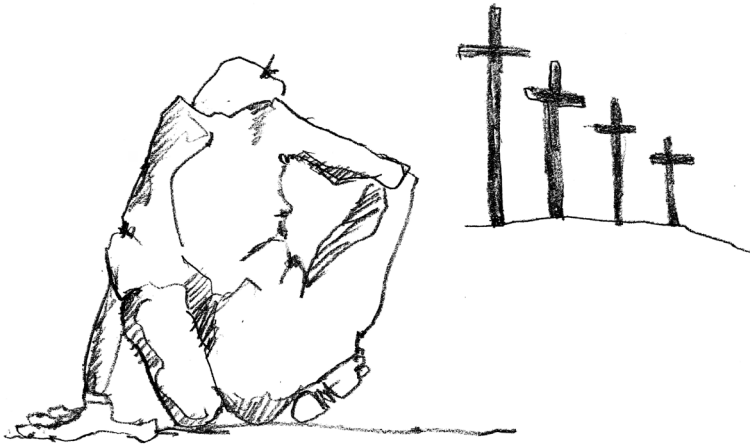
La medicina es una profesión formidable, en mi humilde opinión (provengo de familia de médicos) nació para seres humanos excepcionales que dedican su vida a mitigar el dolor de los demás, a quienes les distingue su juramento profesional, donde explicitan el tamaño de personas que son. Por eso, admiro a quienes, desde el consultorio, la enseñanza o la representación popular, saben del dolor humano y cómo los aciertos y errores en el gobierno inciden en la salud de los ciudadanos.

Hago eco de sus diagnósticos y muchas de las propuestas expuestas en el libro, pues el origen académico de Éctor Jaime le ha permitido escuchar voces políticas distintas y las de quienes buscan expresarse por medio de él. Por eso, esta recopilación de artículos publicados en *AM* refleja esa ocupación por hacer de las políticas públicas en salud el medio para que esta llegue a las mayorías.

Muchos como él han contribuido a que el sistema de salud de Guanajuato esté ubicado siempre en los indicadores de salud del gobierno federal como uno de los tres mejores del país y esto se refleja en un servicio de calidad que requiere también de reconocimientos.

En la era post-COVID es posible hacer llegar archivos digitales a más personas y esto permite socializar las ideas, eso quisiera para este texto. Agradezco la invitación a escribir estas letras para contextualizar el complicado trabajo semanal de poner el cerebro y el corazón para escribir una editorial y soñar, como muchos lo hacemos, en que despertemos inquietudes y movilizemos a más, para que, sin distinción de posiciones ideológicas, construyamos una Patria más justa, donde quepamos todas y todos.

José Luis Palacios Blanco
Consejero editorial de *AM*



Agnes Spalding

“Feliz, feliz, feliz”

Salud

Trump, amenaza a la salud

El papel que jugará la presidencia de Donald Trump en materia de salud está por verse, pero hay evidencias firmes de que podría ser una amenaza seria para la salud global y no solo para la de su país. Cada presidencia deja su sello, el de Trump inicia con su campaña populista de “Hacer a América grande otra vez” que incluyó discursos donde eliminaría la “*Afordable Care Act*”, ACA, —ley de cuidado a la salud a bajo precio— impulsada por Obama y propondría al Congreso “*A better way plan*” sin que su equipo de transición delineara en qué consistiría.

El pasado 18 de febrero investigadores de universidades americanas y del Reino Unido, encabezados por Martin McKee, publicaron en la revista *Lancet* un tablero de 17 indicadores con sustento en los Objetivos para el Desarrollo Sostenible, que se aplican en salud y que fueron firmados por la ONU, para que la comunidad sanitaria mundial pudiera juzgar el éxito o fracaso de la presidencia de Trump en salud.

En cobertura universal de salud, se planea eliminar el ACA de Obama, que proporcionó seguros a más de veinte millones de americanos, quedando aún en el desamparo 10% de la población. La nominación de Tom Price como secretario de salud amenaza con un sistema que favorecerá a los proveedores del servicio con deducibles más altos o el uso de un programa de vales de atención que provocará el aumento de población sin atención médica en la unión americana. 2016 fue el año más caliente registrado y el mundo podría estar alcanzado el punto de inflexión donde el derretimiento del hielo ártico y la liberación de las reservas de metano crearán un calentamiento global sin freno. Trump describió el cambio climático como un engaño, creado por los chinos para frenar la competitividad de la manufactura estadounidense. La nominación de Scott Pruitt como cabeza de la Agencia de Protección Ambiental sugiere un fuerte retroceso de la política de respeto al medio ambiente impulsada por Obama. Baste decir que hoy es jefe de una agencia que fue demandada por él, e integró una comisión de 27 estados para que se revocara el plan de energía limpia.

La política de salud basada en evidencias científicas sufrirá debido a que Trump ha dado muestras de una amplia falta de respeto por la ciencia, y un fuer-

te riesgo de interferencia ideológica en el trabajo científico: su respaldo a las teorías de que las vacunas causan autismo; los cambios en la política que tendría la reforma que propone a la FDA (agencia de drogas y alimentos) para desregular la incorporación de nuevos e innovadores productos médicos; la disminución del financiamiento a los institutos nacionales de salud, reforzados por la nominación de Tom Price como secretario, quien ha apoyado consistentemente los recortes a la investigación.

La paz se sitúa en primer lugar en la lista de requisitos para la salud. Como superpotencia, los Estados Unidos desempeñan un papel clave en la seguridad global. Trump ha cuestionado el compromiso de ayudar a los aliados. Esto ha causado especial preocupación en los países bálticos y los países nórdicos, que perciben una creciente amenaza de Rusia, más aún con el acercamiento al presidente ruso de parte de Rex Tillerson, nominado secretario de estado de Trump.

El acercamiento a Rusia para el tema de Siria, el cambio propuesto de la embajada de los Estados Unidos de Tel Aviv a Jerusalén, las ofensas a China y por supuesto a nuestro país han creado un ambiente de tensión que puede detonar un conflicto bélico. La historia nos muestra que las guerras pueden ser fácilmente incitadas, y cuando lo hacen, las consecuencias para la salud pueden ser aterradoras.

Por último, comentaré que Trump ha señalado que ya no habrá ayuda de los Estados Unidos a países que “odian a los estadounidenses”. Esta posición plantea serias interrogantes sobre el futuro de la participación americana en las iniciativas de salud global dirigidas primordialmente a los países más pobres. La posible nominación de Newt Gingrich, quien propuso la abolición total de la USAID, agencia para el desarrollo internacional, es señal ominosa.

México y Guanajuato, mientras tanto, estemos atentos al regreso de los migrantes con un sistema de salud fortalecido.

Factores de riesgo 25 x 25

El ser humano tiene al nacer una expectativa de vivir de al menos 73 años si es hombre y de 75 años si es mujer. Morir antes por cualquier razón se conoce con el término de mortalidad prematura, y se contabilizan como años de vida perdidos. Por ejemplo, si un hombre pierde la vida a los 40 años, entonces tendríamos 33 años de vida perdidos.

Además de contar los años de vida perdidos, es importante conocer la razón de la muerte, conocida como carga de la enfermedad. Las causas de muerte se clasifican en tres grandes grupos de enfermedades: 1) las comunicables, como las infecciones; 2) las no comunicables como la diabetes, y 3) las lesiones y accidentes.

La carga de la enfermedad, a nivel global, nacional y estatal, es con mucho debido a las enfermedades no comunicables (más de 3 de cada 5 muertes), que además de producir mortalidad prematura, provocan en muchas otras personas años de vida perdidos por discapacidad, por ejemplo: quedar ciego por diabetes a los 40 años, lo que afecta de manera profunda la calidad de vida del que la padece y a su familia. Los países miembros de la Organización Mundial de la Salud elaboraron un plan de acción para la prevención y control de las principales enfermedades no comunicables, tal como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes; así como sus principales factores de riesgo.

Los siete principales factores de riesgo para que una persona muera de manera prematura son el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, el consumo actual de tabaco, la presión arterial alta, la ingesta de sal o sodio, la diabetes y la obesidad. Se les conoce como factores de riesgo 25 x 25, para asociarlos a la meta de disminuir el 25% de mortalidad prematura para el año 2025.

Un factor adicional no reconocido hace cuatro años, ha sido publicado hace unos días en la revista *Lancet*, me refiero al estado socioeconómico de las personas. Silvia Stringhini y sus colaboradores estudiaron 1 751 459 de personas (54% mujeres) de siete países miembros de la OMS, que representaron 26.6 años-persona con riesgo, con una media de seguimiento de 13.3 años.

Murieron de manera prematura 310 277 participantes (18%). Los participantes de un estatus socioeconómico bajo tuvieron una mayor mortalidad que aquellos con estado socioeconómico alto. Los factores que más influyeron fueron el tabaquismo, seguidos de la inactividad física y luego el estado socioeconómico.

Los pobres mueren de manera más prematura entre los 40 y 85 años de vida (años de vida perdidos): 4.8 años por tabaquismo, 3.9 por diabetes, 2.4 por

inactividad física, 1.6 por presión arterial alta, 0.7 por obesidad y 0.5 años por ingesta alta de alcohol. Establecer metas personales y políticas públicas que permitan visibilizar y disminuir los factores de riesgo 25 x 25 nos evitarán el dolor y el sufrimiento de muertes prematuras.

En nuestro país, más de cincuenta millones de mexicanos viven en la pobreza, de ahí la relevancia de reconocer la asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la mortalidad prematura, principalmente por enfermedades cardiovasculares más que por cáncer u otras causas. Cualquier intervención en salud o atención médica deberá ahora reconocer este factor de riesgo.

Estrategias dirigidas a disminuir la pobreza y las desigualdades en educación y salud deben ser fortalecidas desde las políticas públicas para disminuir la mortalidad prematura.

Sociedad de comensales

El tema de la alimentación humana vista solo a través de los profesionales de la salud, o de los responsables de tutelar este derecho humano, o de los formuladores de políticas públicas para “bien alimentar” a los desfavorecidos, tiene serias limitantes a la luz del estudio científico de lo obvio hecho por antropólogos como Patricia Aguirre y que a continuación describo.

Ella parte de lo obvio: la alimentación es, al mismo tiempo, individual y social, por el carácter dual del gusto como construcción social que condiciona al sujeto para elegir lo que de todas maneras estaría obligado a comer. Asevera que desde hace milenios la nutrición ha sido un factor de importancia crucial, tanto en los sujetos para mantener la salud, como en los grupos para mantener el orden.

En el último siglo las cosas cambiaron: la ciencia al servicio de la producción de alimentos ha contribuido a centuplicar las existencias, a crear especies (y a extinguir otras), a moderar hambrunas, a controlar y aun eliminar enfermedades, donde los alimentos, en lugar de ser garantes de la supervivencia, se han transformado en causantes de enfermedad de los comensales. Además, los Estados, más que por las existencias en los graneros, están preocupados por los flujos financieros, ya que una variación de la tasa de interés en otro país puede hacerlos colapsar, por lo que afecta sus finanzas y condena a la población a la pobreza.

Esta disponibilidad en exceso de alimentos extendida por el comercio condujo al abandono de los patrones tradicionales (frugales y diversos), que colapsaron ante las cocinas industriales, basadas en muy pocas especies vegetales y animales, pues solo 15 explican el 90% de los consumos alimentarios humanos, sea cual fuere la geografía de que se habite. Además, 250 industrias transnacionales producen el grueso de los consumos mundiales de OCNIS (objetos comestibles no identificados), modificados por la producción, intervenidos químicamente para conservarlos, saborizarlos, colorearlos y transportarlos en redes comerciales de nivel planetario hasta el lugar donde puedan pagarlos. Con la lógica del mercado y de la ganancia, la capacidad de compra es más importante que la necesidad.

Adicionalmente, la sociedad de comensales actual sigue experimentando un proceso de individualización donde el bienestar y el cumplimiento de sus deseos se convierten en objetivos supremos, por lo que surge una nueva crisis: el individuo vive eligiendo ahora en un mundo con elecciones alimenticias industriales casi infinitas. La ilusión ahora es modelar, a través de la alimentación, su apariencia y salud futura.

Aparecen ahora los comensales selectivos como los vegetarianos, veganos, ovolácteos, locávoros y granívoros; las dietas de base religiosa fuera de su contexto de desarrollo como las macrobióticas, ayurvédicas y *new age*; las reelaboraciones de dietas tradicionales con patente de saludables como la mediterránea y la paleolítica, y, por último, multiplicidad de dietas autoimpuestas por razones no racionales o por neurosis como, por ejemplo, los amantes de animales que se abstienen de comerlos, los que no gustan cocinarlos (crudívoros), los que no comen frutas porque los consideran embriones, o los que solo comen frutas remitiéndose a criterios de salud contruidos *ad hoc*.

En México existen ahora veinticinco millones de personas con carencia de acceso a la alimentación y 70% de los adultos tienen sobrepeso u obesidad. Hoy se han superpuesto los padecimientos de la escasez con los de la abundancia: desnutridos y obesos, donde en las familias, en muchas ocasiones, hay un miembro con bajo peso (generalmente un niño) y otro con sobrepeso (frecuentemente la madre). Debemos reflexionar cómo ha llegado nuestra sociedad de comensales hasta reemplazar el mandato de “cocinarás para tu familia” por el de “no comerás para mejorar tu apariencia”.

Hablemos de depresión

“Depresión: hablemos” es la idea central de la campaña del Día Mundial de la Salud 2017. El propósito es visibilizar una enfermedad clínica severa que en la última década creció en 18% a nivel mundial y que afectó a millones, la gran mayoría de ellos sin acceso a servicios de salud.

La depresión es más que sentirse “triste” por algunos días. Los síntomas, según los institutos nacionales de salud, en términos llanos, son: sentirse triste o “vacío”, pérdida de interés en sus actividades favoritas, aumento o pérdida del apetito, no poder dormir o dormir demasiado; sentirse muy cansado, sentirse sin esperanzas, irritable, ansioso o culpable; dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos e ideas de muerte o de suicidio.

La depresión es un trastorno del cerebro. Existen muchas causas que incluyen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. La depresión puede comenzar a cualquier edad, pero suele empezar en la juventud o en adultos jóvenes. Es mucho más común en las mujeres. Las mujeres también pueden tener depresión postparto después de dar a luz. Algunas personas tienen un trastorno afectivo estacional en el invierno. La depresión es una parte del trastorno bipolar.

La buena noticia es que existen tratamientos eficaces para la depresión, como antidepresivos y terapia de conversación, o ambos a la vez. La mala noticia, es que muy pocos ciudadanos tienen acceso a servicios de salud mental con calidad.

Para llamar la atención en términos económicos, se habla ahora de la “carga de la enfermedad”, entendida la “carga” como una traducción de *burden* que significa carga, lastre o peso. Se trata entonces de la carga o el peso que las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo le generan al sistema de salud o al país. Es el lastre, entonces, con que se tiene que mover el sistema.

Para medir la carga de la enfermedad se utilizan indicadores compuestos. En lugar de contar las muertes y los casos de la enfermedad o de la discapacidad, se calcula el tiempo perdido por la muerte prematura y el tiempo vivo con discapacidad. Los años de vida saludables perdidos (AVISA) es la suma de los dos anteriores.

En México y en Guanajuato la depresión aumentó de 2005 a 2015 en un 8% los AVISA. En 2015, la discapacidad producida por las alteraciones depresivas fue la causante del 9.5% de la carga de la enfermedad. El Dr. Rafael Lozano Ascencio presentó el primer estudio mexicano de la carga de la enfermedad a nivel subnacional en el Instituto Nacional de Salud Pública y en el Instituto de Métrica de la Salud.

¿Por qué la OMS insiste en el tema? ¿Otro día mundial para una causa tan conocida? La razón es simple, a mi juicio: la depresión está creciendo a un ritmo muy fuera de lo esperado y los sistemas de salud, por un lado, y la sociedad, por el otro, no están haciendo lo necesario para aminorarlo, por lo que dejan a millones de personas estigmatizadas y sin las opciones de tratamiento efectivo que les permita tener vidas saludables y productivas.

Los objetivos de la campaña “Depresión: hablemos” son dos. Uno: que cada vez más personas con depresión, en todo el mundo, busquen y obtengan ayuda. Dos: llamarle la atención a la sociedad y al gobierno de todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece.

Los seres humanos requerimos de estímulos frecuentes para reconocer un problema y de muchos años para actuar en la solución. En 2001 fue publicado el informe de salud mundial denominado “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Lo dicho hace 16 años sigue plenamente vigente: es mejor bien hecho que bien dicho. Ya no debemos seguir hablando de depresión, debemos actuar ya.

Los invisibles

Existe un conjunto de datos que la mayoría de las personas tiene “visibles”. Es decir, los ha visto, oído o convivido con ellos. Menciono algunos de ellos: en Guanajuato hay más de 471 000 personas de 60 años o más; a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas el cáncer; los cánceres más conocidos son el de mama, el del cuello del útero y el de próstata. Por último, estos tumores y otros que ocurren en los menores son los únicos cubiertos financieramente para los más de 50 millones de mexicanos que sin tener seguridad social, están afiliados al Seguro Popular. Refiero ahora otros datos poco conocidos que denomino “los invisibles” y que enuncio: los adultos mayores, en especial las mujeres, están en mayor pobreza que otras cohortes de población; cuando ellos presentan algún cáncer diferente a los señalados, caen en mayor pobreza —como si en ocasiones fuera aún esto posible— o fallecen irremediadamente sin oportunidad de tratamiento; más del 18% de los adultos mayores que fallecieron en años previos no tuvieron seguridad social; la atención médica para atender estos padecimientos tiene recursos humanos, terapéuticos y geo-referenciados insuficientes; del total de hogares con adultos mayores, el 81.5% es dirigido por una persona de 60 años o más, por lo que la muerte prematura por un cáncer trae severas consecuencias en dichos hogares; por último, a nivel nacional no existe siquiera un registro para hacer visibles al menos los cánceres, lo que impide tomar provisiones programáticas para cuantificar qué tipo y cuántos recursos se requieren para minimizar las muertes prevenibles con diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Con sustento en lo anterior, los legisladores del grupo parlamentario del Partido Acción Nacional organizaron un foro para hacer visibles los “cánceres invisibles”, posicionar la importancia de atender y tratar de manera integral estos padecimientos, así como desarrollar políticas públicas a favor de los pacientes y sus familias, particularmente adultos mayores. Se hizo en conjunto con la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer, A.C. y Unidos... Asociación Pro Trasplante de Médula Ósea, Francisco Casares Cortina, A.C.

Los cánceres invisibles analizados en el foro fueron dos: el mieloma múltiple y los síndromes mielodisplásicos. El mieloma múltiple se presenta más frecuentemente en personas mayores de 50 años y es el segundo cáncer sanguíneo más frecuente, el cual representa el 1% de todos los casos de cáncer. Por cada 100 000 habitantes se presentan 1.3 casos por año y, si se diagnostican y tratan oportunamente, su tasa de supervivencia es superior al 34%.

Los síndromes mielodisplásicos son tumores que se originan en las células madre de la médula ósea y se presentan 4.1 casos nuevos por cada 100 000 habitantes. La mayoría de estos enfermos son diagnosticados tardíamente debido a que se llegan a confundir con otras enfermedades.

Hubo testimoniales que visibilizaron el sufrimiento de los pacientes y sus familiares: María Teresa Toca, viuda del exsecretario de Educación Pública y senador de la república Alfonso Lujambio, quien falleció por mieloma múltiple, expresó los sentimientos que tuvieron desde que el cáncer en la sangre apareció y dio los primeros síntomas, las dificultades que tuvieron para su diagnóstico y la tortuosa y dolorosa ruta hasta su fallecimiento.

Todas las ponencias del foro están disponibles en el canal del Congreso de Guanajuato donde participaron además legisladoras, las Secretarías de Salud de Jalisco y Guanajuato, autoridades del IMMS, ISSSTE, del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, y la Asociación Pro Trasplante de Médula Ósea.

Tener un censo nominal de los enfermos con estos padecimientos invisibles es una prioridad, como lo es también formular guías clínicas para su diagnóstico y tratamiento y, por último, hacer los estudios financieros para solicitar al Consejo de Salubridad General para que sean incluidas estas enfermedades en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular y con ello hacerlas visibles con la esperanza de salvar vidas, fueron las conclusiones del foro. Manos a la obra.

Alcoholismo, ¿otra vez?

La noche del jueves 18 de enero de 1917, se llevó a cabo la XLIX sesión ordinaria del Congreso Constituyente en el Teatro Iturbide de la ciudad de Querétaro. Según los registros del *Diario de los Debates*, hizo uso de la voz el Dr. José Ma. Rodríguez para exponer su quinta y última proposición acerca de que “las medidas que el Departamento de Salubridad dicte en la campaña contra el alcoholismo y la venta de substancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, sólo serán derogadas por el Congreso de la Unión”.

Señaló que dichas medidas no serían de carácter especulativo, sino siempre dictadas para evitar un mal general de la colectividad y que serían medidas salvadoras. Para demostrar a los 133 diputados presentes la urgencia de dictarlas, enumeró datos estadísticos para concienciarlos acerca del porvenir que les esperaba como nación libre si no dejaban a los médicos dictar las medidas necesarias para combatir una enfermedad de la raza.

Dijo que lo que acontecía en México no se veía en ninguna parte del mundo; que el pueblo mexicano estaba arrastrando las consecuencias del libertinaje de comercio de bebidas alcoholizantes; que nuestra raza primitiva estaba degenerada ya y la mestiza en sus alcances. Enseguida comparó los índices de criminalidad de París, Viena y Berlín que eran menores que en la Ciudad de México.

Sostuvo que en el México de la Revolución era espantoso el número de delitos de sangre, que el 80% de ellos eran cometidos por personas en estado de ebriedad, y, de estos delitos, una tercera parte se cometía en el primer periodo y las dos terceras en el segundo periodo de embriaguez.

Habló también de los ebrios consuetudinarios como los albañiles que se caían de los andamios o se desquebrajan; eran los carreros que caían bajo las ruedas de sus carros; eran los obscenos cocheros que maltrataban a sus pacientes bestias, que se insultaban y se herían; eran los conductores de tranvías que no detenían oportunamente sus pesados trenes; eran los que conducían automóviles vertiginosos y ocasionaban accidentes a cada momento, sin que fueran útiles las multas y los castigos como correctivos; eran los obreros que golpeaban a sus mujeres y acuchillaban a sus amasias; eran las criadas de las casas todas; era todo el pueblo de México que consumía diariamente siete trenes de pulque, dando un contingente asombroso a las comisarías, a las cárceles, a los hospitales de sangre, a los manicomios, y eran, por último, con sus organismos debilitados e incapacitados para el trabajo, pobres miserables física y moralmente: el pasto para las enfermedades crónicas, las agudas, las fulminantes y para las epidemias también.

La propuesta del Dr. Rodríguez quedó plasmada en la Carta Magna de 1917 y solo se le cambió el término de *raza* por *especie* en la reforma del 6 de junio de 1971. A cien años de distancia, se han tomado un sinnúmero de “medidas para combatir el alcoholismo”, incluida la creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones hace 40 años y la institucionalización del programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo.

Y sin embargo no avanzamos, pareciera que lo dicho por el Dr. Rodríguez hace 100 años es válido hoy día, que ha sido letra casi muerta el saber que el alcohol es nocivo en cualquier cantidad en los menores de edad, el consumo en exceso en mujeres embarazadas, en cualquier cantidad en personas que vayan a manejar vehículos de transporte público de pasajeros, automotores o maquinaria, en quienes desempeñan habilidades y destrezas, especialmente las asociadas con el cuidado de la salud o la integridad de terceros.

Por ello, en el Congreso de Guanajuato estamos proponiendo actualizar la Ley de Salud y poner un granito más en la lucha contra el alcoholismo, sobre todo en materia de prevención; en la Ley de Movilidad para sancionar a quienes ponen en peligro su vida o la de terceros al manejar ebrios, entre otras propuestas. Alcoholismo, ¿otra vez? No, nunca se ha ido, hay que seguir luchando para prevenir, iniciando en nuestro hogar.

Euforia por la marihuana medicinal

El viernes 28 de abril de 2017, aparecieron imágenes de euforia en el recinto de San Lázaro al ser aprobada la minuta para modificar la Ley General de Salud y permitir el uso de la marihuana medicinal por votación casi unánime de los ahí presentes. Había un entusiasmo intenso, con tendencia al optimismo, que ha levantado, a mi juicio, una expectativa como herramienta terapéutica que no se va a cumplir. Los antecedentes de la marihuana —cannabis— con fines medicinales se remontan, por lo menos, a 3000 años atrás y en la medicina occidental al siglo XIX. Se decía que aliviaba el dolor, la inflamación, los espasmos y las convulsiones. Desde 1937, por ejemplo, el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos comenzó a imponer impuestos a la cannabis, según la *Marijuana Tax Act*, de un dólar por onza para consumo medicinal y cien dólares por onza para el consumo de otro tipo. Cinco años después, se retiró de la farmacopea por las continuas preocupaciones sobre su inocuidad y en 1951 se incluyó con las drogas tipo narcóticas. En México, el Código Sanitario, ahora la Ley General de Salud, prohibía todo acto de siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, importación, exportación, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con el tráfico o suministro de estupefacientes o de cualquier producto de diferentes sustancias y vegetales, entre estos la cannabis sativa, índica y americana o marihuana.

Lo que aprobaron los legisladores a iniciativa del ejecutivo federal, fue otorgarle la obligación a la Secretaría de Salud de diseñar y ejecutar políticas públicas que regulen el uso medicinal de los derivados farmacológicos de la cannabis, así como normar la investigación y producción nacional de los mismos. Se eliminó la prohibición señalada en el párrafo anterior, se reclasificó como una sustancia psicotrópica del grupo II, de las “que tienen algún (sic) valor terapéutico, pero constituyen un problema grave de salud pública” cuando sus derivados farmacológicos como el tetrahidrocannabinol esté en concentraciones mayores al 1%.

Si esta concentración de cannabinoides es igual o menor al 1% se reclasificó en el grupo IV, que tienen “amplios usos (sic) terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública”. Si además tienen amplios usos comerciales, se autorizó comercializar, exportar e importar cumpliendo los requisitos que impondrá la autoridad sanitaria.

La Secretaría de Salud, por último, otorgará la autorización para importar estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos o preparados que los con-

tengan, incluyendo los multicitados derivados farmacológicos de la cannabis. Una vez publicado en el *Diario Oficial*, la dependencia tendrá seis meses para armonizar los reglamentos y la normatividad para su uso terapéutico —medicamentoso—. Cabe enfatizar que en el mercado mundial ya hay disponibles cannabinoides sintéticos, que no requieren la siembra de la marihuana.

¿Para qué padecimientos y a qué dosis lo autorizará la Secretaría de Salud? ¿Cómo regulará la investigación nacional? ¿Cuánto tiempo pasará para que sea incluida en su caso en el Cuadro Básico de Medicamentos? Una vez incluida en el Cuadro Básico, ¿estará en el inventario terapéutico de las instituciones públicas? Si el costo es alto, ¿solo tendrán acceso los que tengan capacidad de compra o causará más pobreza por motivos de salud al realizar gastos de bolsillo en la población más desfavorecida económicamente? ¿El beneficio obtenido con la marihuana medicinal será superior a los medicamentos ya existentes? ¿Cuáles serán los resultados en términos de evaluación económica de costo beneficio y costo eficacia? En el próximo lustro, se irán contestando estas interrogantes y, a mi juicio, la euforia desaparecerá y tomará el nivel que la medicina basada en evidencias ponga a la luz, para la certeza del uso de los cannabinoides en un limitado número de padecimientos y los efectos adversos que como cualquier otro medicamento tendrá seguramente.

A nivel mundial, la marihuana se ha utilizado para una variedad de propósitos médicos, incluyendo el manejo de náuseas y vómitos, apetito y estimulación inmunológica en pacientes con infección por VIH y SIDA, glaucoma, trastornos neurológicos y alivio del dolor. Con excepción del manejo del dolor, los beneficios y los efectos adversos han sido inconsistentes en los estudios realizados. A 3000 años de distancia, esta planta y sus derivados vuelven a la escena terapéutica. Veremos el nivel que toma y que, anticipo, será muy limitado.

Enfermos terminales y cuidados paliativos

En Guanajuato, las cifras de mortalidad oficiales muestran que en el año 2005 fallecieron 23 402 personas; en el año 2010, hubo 30 170 muertes (29% más). Clasificando las mismas con el criterio de la Lista mexicana para la selección de las principales causas, podemos poner lupa a un conjunto de enfermedades denominadas crónico-degenerativas y a otras congénitas. Enumeraré algunos datos: fallecieron 2298 personas por enfermedades isquémicas del corazón en el año 2005, diez años después fueron 4293 (87% más); por diabetes mellitus de 3696 a 5211 muertes (46% más); por tumores malignos pasó de 2642 a 3305 fallecimientos (25% más); por enfermedades cerebrovasculares pasó de 1320 a 1542 defunciones (17% más); por enfermedades del hígado 567 muertes y no hubo cambios; por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas de 1031 a 1081 (5% más); por insuficiencia renal de 449 a 495 (10% más) y; por malformaciones congénitas disminuyó 53% (de 540 a 251 fallecimientos). Lo que tienen en común las causas anteriores es que su historia natural presenta un estadio clínico denominado fase terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica lleven a cabo acciones específicas para paliar el dolor y el sufrimiento de los pacientes, mejorando su calidad de vida en esta difícil etapa que conlleva el sufrimiento de todos los seres que los rodean. Comenté los cambios de una década para hacer notar que el número de enfermos terminales es mucho mayor y la tendencia continuará al alza. Por ello la importancia de evaluar, a una década de distancia, si las reformas realizadas a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal han cumplido los propósitos de los legisladores. Los cuidados paliativos pretenden salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, garantizarles una muerte natural, diferenciando entre tratamientos curativos y paliativos, determinando los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos, y estableciendo los límites entre la defensa de la vida de los enfermos en situación terminal y la obstinación terapéutica. Lo que se hizo en la ley fue hacer del tratamiento integral del dolor materia de salubridad general y, a través de la concurrencia con los estados, transferirles la responsabilidad de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios del tratamiento integral del dolor conforme a las normas aplicables. Se redefinió la atención médica integral, que debe comprender las actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias. Las actividades paliativas que obligan al Sistema Nacional de Salud incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, tratamiento y

control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Todo un capítulo de la ley y más de veinte artículos que entraron en vigor el 6 de enero de 2009 establecen las disposiciones comunes, los derechos de los enfermos en esta situación tan especial, es decir, personas que tienen una enfermedad incurable e irreversible con un pronóstico de vida inferior a seis meses, las facultades y obligaciones de las instituciones de salud y, por último, los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y el personal sanitario. Los avances han sido muy lentos. El 9 de diciembre de 2014 (casi seis años después de la reforma a la ley) se publicó la norma oficial mexicana que establece los criterios para la atención de enfermos de situación terminal a través de cuidados paliativos que entró en vigor en marzo de 2015. El 26 de diciembre de 2014 se publicó el acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, acuerdo que entró en vigor al día siguiente. El 14 de diciembre de 2016 se firmó otro acuerdo de obligatoriedad con una guía enfocada ahora en el paciente pediátrico.

Quiero hacer visible que en el año 2015 más de 15 000 guanajuatenses fallecieron, muchos de ellos en situación terminal. Revisemos las últimas guías obligatorias de cuidados paliativos y participemos activamente en lograr que este año, y los venideros, se tenga la esperanza de una muerte natural digna.

Donald Trump, ¿médico? No podría ser

Se dice, y creo que con razón, que la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades. En esta sociedad cambiante, el ejercicio de la medicina debe hacerse, y así debería seguir sucediendo en el futuro, combinando conocimientos genéricos y amplios con habilidades especializadas.

No se debe olvidar que el enfermo es una persona y no un cuerpo mecánico a reparar. Todo médico debe tener —y deberá seguir teniendo en el futuro— conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes propias del médico general, amén que pueda ser especialista en algo. El ejercicio de la medicina deberá seguir siendo una profesión según su etimología: un compromiso público con la ciudadanía de ayudar al enfermo y de brindarle sus mejores cualidades.

Por ello, se debe estar preparado para asumir tal compromiso con los requerimientos propios de un buen médico, que al mismo tiempo es una persona madura, formada como tal. Estas cualidades no se improvisan: deben haberse convertido en hábitos de vida que surjan casi espontáneamente en los momentos de actuación urgente, imprevista o de crisis.

El médico no sólo debe pensar en curar enfermos como la única finalidad de su profesión. Desde hace ya algunos años, se ha puesto de relieve el carácter polifacético de la medicina: curar, cuidar, procurar una buena muerte, acompañar, prevenir, gestionar recursos, dirigir equipos y educar. El secreto del cuidado del paciente es cuidar al paciente.

Donald Trump no podría ser un médico nunca. Richard Panush y Eric Matteson de la división de reumatología de la Escuela Keck de Medicina enlistan algunas razones: Trump no aspira a elevados imperativos éticos, no busca ni es capaz de reconocer la verdad, no cree en la ciencia ni en la práctica basada en la evidencia, no tiene como su objetivo ayudar a la gente, no se preocupa por los demás, particularmente los menos afortunados; no aborda el altruismo ni pone las necesidades de los pacientes sobre sus intereses, trata de pensar, razonar y expresarse en menos de 140 caracteres y, por último, no se esfuerza por ser humanista ni respeta a los demás.

Reflexionan que si bien en la Escuela Keck de Medicina están dedicados a los pacientes y entrenando a quienes cuidarán de ellos, se sienten obligados a expresar su preocupación por la falta de respeto de Trump, y citan al pastor Martin Niemöller sobre la Alemania nazi: primero vinieron los socialistas y me quedé callado porque no era un socialista, luego regresaron por los sindicalistas y no hablé porque no era sindicalista, luego vinieron a buscar a los judíos y yo no

dije nada porque yo no era judío; luego vinieron a buscarme, y no quedó nadie para hablar por mí.

Señalan que pueden aceptar una nueva agenda política, pero no desprovista de respeto básico para todos los ciudadanos, para la ciencia, la ética y para la verdad. Acusan que, desde las elecciones recientes en la unión americana, ha habido una pérdida cada vez mayor de respeto por los individuos y por su singularidad, necesidades, derechos y dignidad inherente.

Denuncian que la atención médica equitativa, un derecho de todos los estadounidenses y una necesidad social, está amenazada. La ciencia basada en la evidencia, incluso la ciencia misma, es cuestionada. Los más altos estándares éticos de Trump y sus designados se erosionan. La FDA (Food and Drug Administration), encargada de regular nuevos tratamientos, podría permitir terapias sin probar eficacia.

También hay amenazas de Trump a médicos extranjeros. Ellos llegan a los Estados Unidos para aprender, avanzar la ciencia, difundir humanidad y buscan mejorar las vidas de las personas. Estos médicos contribuyen de manera importante a la investigación médica, el liderazgo y la academia, proporcionando atención a muchos norteamericanos. Al cambiar su estado migratorio, limita las oportunidades de que se beneficien de esta fuente de talento potencial y confunde la asistencia sanitaria.

Sin duda: si nos tratamos a nosotros mismos y a los demás con extraordinario respeto, construiremos un mejor lugar para vivir.

Fiebre aftosa humana en México

Esta semana la Secretaría de Salud de Guanajuato confirmó 27 pacientes que sufrieron con síntomas la “fiebre aftosa humana” provocada por el virus coxsackie, enfermedad también conocida como de “boca, mano, pie”. En México, en los últimos dos meses se han decretado, al detectar brotes por este padecimiento, “alertas sanitarias” en los estados de Tlaxcala, Oaxaca, Hidalgo, Estado de México y Tamaulipas. Días después, las autoridades sanitarias de estas entidades federativas dicen que siempre no.

Vale la pena recordar que los virus son gérmenes diminutos formados por partículas genéticas, DNA o RNA, recubiertas de proteínas y que actúan como los secuestradores, invadiendo las células vivas y normales, usándolas para multiplicarse y producir otros virus como ellos. Esto puede dañar o incluso matar las células y enfermar diversos tejidos y órganos. La mayoría de las ocasiones nuestro sistema de defensa elimina los virus como ocurre por ejemplo con el catarro común.

Sin embargo, debemos reconocer que muchos otros virus han diezmando la población y nos han puesto en alerta, motivo por el cuál es obligatorio para todos los profesionales de la salud informar a las autoridades sanitarias cuando se conozca un caso. Ejemplos son el VIH-SIDA, dengue, virus chikungunya, virus zika y virus del oeste del Nilo, por mencionar los más recientes.

¿Las alertas emitidas y luego negadas de brotes por virus coxsackie ocultan algo que deberíamos conocer y que las autoridades sanitarias no consideran decírnoslo? Yo considero que no, pero a veces se dan respuestas fáciles al principio que no se soportan con datos después. En Guanajuato, hace dos semanas, el periódico *AM* informó sobre dos hermanitas leonesas que sufrieron la enfermedad. El secretario Daniel Díaz ayer confirmó que, de los 27 casos conocidos, 17 son de León, enviando un mensaje claro: la mejor manera de prevenir es teniendo una adecuada higiene de manos.

La fiebre aftosa humana es una afección viral común que afecta por lo general a bebés y niños menores de cinco años y en ocasiones también alcanza a los adultos. Por lo general comienza con fiebre, falta de apetito, dolor de garganta y malestar. Uno o dos días después de que comienza la fiebre, se pueden producir llagas dolorosas en la boca (aftas). Con frecuencia comienzan en el fondo de la boca, como puntitos rojos que se hacen ampolla y se pueden convertir en llagas.

En los dos días siguientes, también pueden producir sarpullido con puntitos rojos, y a veces ampollas, en las palmas de las manos y plantas de los pies. Este sarpullido también puede aparecer en rodillas, codos, nalgas o el área genital. Se

debe poner atención cuando las aftas o ampollas dolorosas no permiten tragar líquidos, pues se pueden deshidratar, especialmente los niños pequeños.

El virus coxsackie se encuentra en las personas infectadas en las secreciones de la nariz y la garganta, el líquido de las ampollas y las heces fecales. Por lo que pueden contaminar a otros por contacto cercano, a través del aire como en la tos o estornudos, por el contacto con las heces o con objetos y superficies contaminados. La probabilidad de contagio es mayor en la primera semana.

El diagnóstico lo realizan los profesionales de la salud con base en la edad y síntomas del paciente, el aspecto del sarpullido en la piel y las llagas en la boca. Dependiendo de la gravedad de los síntomas se pueden tomar muestras de la garganta y las heces para verificar en el laboratorio la existencia del virus. No existe, a la fecha, una vacuna para proteger contra los virus coxsackie, pero las personas pueden reducir fácilmente el riesgo de infección al lavarse con frecuencia las manos con agua y jabón, especialmente después de cambiar los pañales y de ir al baño, limpiando y desinfectando las superficies que se tocan frecuentemente y los objetos sucios, incluidos los juguetes.

Dado que en la gran mayoría de los casos no es una enfermedad severa, se dan medicamentos para aliviar el dolor y la fiebre. (Ojo: no dar aspirina a los niños). Mantener limpias las lesiones de la piel y una higiene adecuada bastan. La buena nueva es que este virus por ahora no tiene una agresividad que deba preocuparnos, así que a lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón.

En piel preparada no entra el dengue

Hace una década, exactamente en septiembre de 2007, los leoneses nos despertamos con la noticia en este periódico de que un virus ingresó por primera vez a Guanajuato y de que había atacado a 69 personas que vivían en la zona centro de esta ciudad. Las colonias afectadas fueron del Barrio arriba y sus alrededores: la Obregón, el Duraznal y el Calvario, extendiéndose luego a la colonia Árboles de Ibarrilla.

El entonces secretario de salud Jorge Armando Aguirre Torres señaló que los enfermos presentaban fiebres extremas, salpullido, dolores de cabeza y huesos, vómitos y diarrea. Las muestras de sangre para determinar la causa en aquel entonces tuvieron que enviarse al Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) que confirmó la existencia de una enfermedad antes desconocida en nuestro estado y ciudad, se trataba del dengue.

En el Boletín Epidemiológico nacional de la semana 41 emitido por la normativa federal en 2007, por primera vez se notificó que en Guanajuato ya se habían diagnosticado 56 hombres y 91 mujeres con “dengue clásico” y cero casos con “dengue hemorrágico”, por cierto, clasificación que ahora ya es obsoleta.

En el Informe Semanal para la Vigilancia Epidemiológica hasta la semana epidemiológica 35 recién liberado, se informa que en Guanajuato existen 2217 casos probables, 698 casos confirmados (incidencia de 11.81 por 100 000 habitantes) y 1639 casos estimados (incidencia de 27.74 por 100 000 habitantes). Ahora, el dengue, según sus manifestaciones en los enfermos, se clasifica en tres grupos: dengue no grave (687 casos), dengue con signos de alarma (11 casos) y dengue grave (cero casos). Los municipios con más incidencia son León, Celaya (235 casos y 10 de ellos con signos de alarma) y Santa Cruz de Juventino Rosas con 84 casos.

En piel preparada no entra el dengue. Para que esté preparada hay hechos que debemos tener en la conciencia, actuar en consecuencia y que me permito enlistar: 1) el cambio climático es una realidad y es el causante que los mosquitos transmisores de estas enfermedades ya estén en nuestro territorio; 2) que los mosquitos ya no se van a ir, 3) que los virus del dengue, chikungunya y zika son transmitidos por estos mosquitos, 4) que el dengue llegó para quedarse —virus tipo 1 el que circula, y probablemente en el futuro cercano los tipos 2 y 3 también estarán—, 5) que las medidas más importantes son utilizar repelentes de insectos y pabellones para las camas, colocar mosquiteros en puertas y ventanas, utilizar camisas de manga y pantalones largos, identificar proactivamente y eliminar los criaderos de mosquitos en su vivienda y comunidad, revisar su habitación por la noche y utilizar el mata moscos de plástico para eliminarlos antes de dormir.

Algunas medidas que se dicen en la población pueden utilizarse, aunque no se ha probado su eficacia científica: ingerir sulfato ferroso o complejo B para preparar la piel con un olor que en teoría repele al mosquito, utilizar dispositivos eléctricos que en teoría solo escuchan los mosquitos y los hacen retirarse, y tener en las habitaciones la planta de citronela para ahuyentarlos.

Dado que el dengue es un serio problema de salud mundial, ya existe una vacuna de virus vivos atenuados de los serotipos 1 a 4, Dengvaxia, que obtuvo la aprobación sanitaria en México para resolver este problema. No existe en el cuadro básico de vacunas del sector público, pero sí se puede adquirir en el sector privado, pues está autorizada para aplicarse —3 inyecciones subcutáneas a intervalos de 6 meses cada una— en personas de 9 a 45 años. No debe aplicarse a menores de 9 años ni a mayores de 45 años, ya que el riesgo-beneficio aún no se ha determinado con los estudios hasta ahora realizados. La eficacia de la vacuna ha sido moderada (60%).

El tener la piel preparada depende de nosotros los ciudadanos. A diez años de distancia, debemos aprender a prevenir y convivir con el dengue, acudiendo a los servicios de salud si presentamos los síntomas. Es momento de actuar.

Plan Sismo de México, ejemplo a seguir

En abril de 2012 fue publicado en el boletín de noticias e información para la comunidad internacional *Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas* el número de hospitales seguros —*safe hospitals*— poniendo como un ejemplo a seguir el “Plan Sismo” de México como la estrategia de preparación y respuesta de la administración pública federal ante un sismo y tsunami de gran magnitud, y que usted, amable lector, puede consultar en línea. Los sismos ocurridos en los últimos 15 días ratifican una alta probabilidad de que sucedan nuevamente otros de gran intensidad en nuestro país, particularmente las regiones del Istmo de Tehuantepec, la falla de San Andrés, la brecha de Michoacán y la brecha de Guerrero. Se conoce que la energía acumulada en estas regiones hace pronosticar que ocurrirán uno o varios terremotos de magnitud superior a 8 grados Richter en un futuro próximo.

México debe continuar trabajando lo iniciado hace décadas para reducir el riesgo de desastres y prepararnos aún mejor para enfrentar el impacto de los terremotos como el ocurrido en 1985 que provocó muchas vidas perdidas; además de que hizo que colapsara el sistema hospitalario en el país —al perderse más de 5000 camas en menos de 70 segundos— cuya restauración, con el nuevo código constructivo, tardó más de una década.

El “Plan Sismo” fue preparado por disposición presidencial en 2011 en el marco del Sistema Nacional de Protección Civil, que contó con la participación de más de 30 instituciones del nivel federal. Este sirve de referencia para brindar apoyo y congruencia a la ejecución de todos los planes institucionales, así como a las iniciativas de la sociedad civil y el sector privado, para mejorar la capacidad de respuesta y ejecución de las acciones de asistencia en caso de terremoto.

Los objetivos específicos planteados fueron: 1) reducir los daños y las consecuencias tanto sociales como económicas en caso de que se presente un sismo o tsunami de gran magnitud. 2) Definir el esquema de respuesta institucional, que deberá ser adoptado para reducir la improvisación y responder de manera inmediata y eficaz a la responsabilidad del Estado de proteger la vida de la población, sus bienes, la planta productiva y el medio ambiente. 3) Garantizar la continuidad de gobierno mediante el restablecimiento de los servicios esenciales y la infraestructura pública en las zonas afectadas, brindando auxilio, seguridad, alivio, salud, alimentación, refugio y protección a la población ante un sismo o tsunami de gran magnitud.

Al evaluar los hospitales en la zona de mayor peligro sísmico, 40, repartidos en ocho estados, fueron identificados como aquellos que son, por su nivel de

complejidad y capacidad de resolución, indispensables para seguir funcionando en caso de sismo. Desde entonces es prioridad que haya intervenciones para mejorar su seguridad. Asimismo, se evaluó la seguridad de otros 50 hospitales en seis entidades federativas —entre ellas Guanajuato— ubicadas en una segunda franja de afectación determinada con base en los postulados del “Plan Sismo”.

De los 90 hospitales evaluados en seguridad hospitalaria, 70% estaban en categoría A, 20% en categoría B y 10% en categoría C. Esto permitió elaborar planes de respuesta más reales que permiten la movilización prioritaria de equipos de salud a las áreas donde los hospitales probablemente dejarían de funcionar, cubrir los servicios de urgencia perdidos para salvar más vidas, reducir la discapacidad permanente y proteger la salud de la población en las zonas más afectadas.

Nuestro país ha incorporado particularmente el nivel de seguridad de los hospitales en el denominado Sistema de Análisis y Visualización de Escenarios de Riesgos (SAVER) para el análisis de la seguridad hospitalaria con mapas de amenazas, teniendo a disposición una herramienta valiosa para tomar la mejor decisión en cuanto a reducción de riesgo, preparativos y respuesta en casos de desastre.

Un hospital seguro es un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural.

En Guanajuato hay al menos seis hospitales seguros en caso de terremoto. En nuestra ciudad, el Hospital Ángeles León es uno de ellos. Debemos evaluar con objetividad la actuación del país y la eficacia del “Plan Sismo” en los terremotos de los últimos quince días y actualizarlo para minimizar las pérdidas y los sufrimientos de todo tipo que ocurren con estos desastres naturales.

Ya es otoño: la influenza puede ser grave

Con la llegada del otoño inicia la temporada de infecciones respiratorias agudas, resfriados y gripe, con el riesgo de contraer la influenza. En Guanajuato, en 2016, se informó de 1 134 619 casos de infecciones respiratorias agudas y 5751 casos de neumonías y bronconeumonías. Si bien no fue reportado ningún caso de influenza en el país, se reconoce que puede llegar a ser grave. Por ello, México fue el segundo país —después de Estados Unidos— que tuvo disponible la vacuna para proteger a la población en la temporada 2016-2017 contra tres tipos de virus de la influenza: AH1N1 (California, 2009), AH3N2 (Hong Kong, 2014) y el virus tipo B (Brisbane, 2008).

El mensaje clave que quiero transmitirles, estimados lectores, es simple: algunas personas tienen mayor riesgo de enfermarse gravemente debido a la influenza e incluso podrían perder la vida. La mejor manera de protegerse y proteger a sus seres queridos es vacunarse contra la influenza. Ya es otoño: no espere más tiempo, el sector salud la ofrece a más tardar entre octubre y diciembre, es gratuita.

Los virus de la influenza infectan la nariz, la garganta y los pulmones y puede causar una amplia gama de complicaciones. Las infecciones de los senos paranasales y del oído son ejemplos de complicaciones moderadas de la influenza. La neumonía es una complicación grave que puede ser el resultado de una infección por el virus de la influenza o de una coinfección con bacterias. Otras complicaciones graves posibles que la influenza puede desencadenar son inflamaciones del corazón —miocarditis—, del cerebro —encefalitis— o de los músculos —miositis— e, incluso, puede provocar fallas en múltiples órganos a la vez como los riñones y los pulmones. En algunos pacientes, la infección por el virus de la influenza puede desencadenar una respuesta inflamatoria extrema en el cuerpo y puede causar septicemia, que es la respuesta potencialmente mortal del cuerpo ante una infección.

La vacunación contra la influenza puede ayudar a evitar que se contraiga la enfermedad. Al protegerse de la influenza también protege a las personas a su alrededor que son más vulnerables a enfermarse gravemente como lo son la población de 60 años y más —a mayor edad, mayor riesgo—, los niños menores de 5 años —a menor edad mayor riesgo—, las personas con asma, enfermedades cardíacas o pulmonares —fumadores crónicos—, las personas con afecciones crónicas como la diabetes mellitus, la insuficiencia renal, VIH-SIDA o cáncer, así como las personas que tienen sus sistemas de defensa bajos debido a alguna enfermedad o a la ingesta de medicamentos —inmunosupresores—, las mujeres

embarazadas hasta dos semanas después del parto. Otro grupo de riesgo es el de los residentes de asilos para ancianos. Acuda con su proveedor de servicios de salud y vacúnese ya.

Es importante tener fresco en la memoria las diferencias entre resfrío e influenza, ya que ambos padecimientos tienen síntomas similares, pero son producidos por virus diferentes. En general, la influenza es peor que el resfriado común y los síntomas son más comunes e intensos. Los resfríos son más leves que la influenza y tienen mayores probabilidades de tener secreción o congestión nasal. Los resfríos, por lo general, no suelen provocar problemas graves de salud como la neumonía, infecciones bacterianas y hospitalizaciones.

Los síntomas de la influenza pueden incluir fiebre o sensación de escalofríos, tos, dolor de garganta, goteo o secreción nasal, dolores musculares o corporales, dolores de cabeza y fatiga o cansancio importante. Si tiene estos síntomas, acuda a su médico y no se autorrecete medicamentos antivirales por su cuenta.

El sentido común —que a veces no parece serlo tanto— orienta a tener precauciones diarias, tales como limitar el contacto con otras personas tanto como sea posible para evitar contagiarlas, cubrirse la nariz y boca con un pañuelo o el pliegue del codo al toser o estornudar, arrojar el pañuelo a la basura luego de utilizarlo, lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, limpiar y desinfectar las superficies y objetos que puedan estar contaminados con gérmenes. Quédese en su casa hasta que mejore, por lo menos 24 horas.

Hoy, la influenza, uno de los principales virus circulantes, es una enfermedad prevenible por vacunación. Ya conocemos los estragos que nos puede ocasionar. Cuídese y cuide a sus seres queridos, ahora es cuando hay que vacunarse.

Objeción de conciencia

Hasta el último hombre fue el título en español de una reciente película basada en la historia real de un soldado del ejército de EUA, Desmond Doss, un cristiano adventista del séptimo día, quien, haciendo uso de la objeción de conciencia, se negó a portar armas en el frente y que, a pesar de aquello, fue condecorado con la Medalla de Honor por el presidente Harry S. Truman por haber salvado la vida de más de 75 hombres bajo el constante fuego enemigo durante la brutal batalla de Okinawa, en la Segunda Guerra Mundial.

El martes pasado, el concepto de la “objeción de conciencia” fue utilizado en otro contexto, al ser aprobado en el pleno de la Cámara de Diputados un dictamen que adiciona a la Ley General de Salud en las disposiciones comunes del Sistema Nacional de Salud un artículo 10 bis en los siguientes términos: “el personal de salud que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrá hacer valer su derecho a la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece dicha ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia. Las autoridades sanitarias tendrán la obligación de contar en todos los casos con personal no objetor de conciencia que reciba y atienda al paciente sin que pueda generar discriminación en el empleo a quien haga valer la objeción de conciencia”.

En los artículos transitorios fue aprobado que, dentro de los 180 días posteriores a la publicación en el Periódico Oficial, la Secretaría de Salud deberá expedir la objeción de conciencia en los procedimientos donde tiene una evidente aplicación: transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos y procedimientos anticonceptivos reversibles. Además, manda que tanto el Congreso de la Unión como las legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus competencias, realizarán las modificaciones legislativas conforme a lo dispuesto en el antes citado artículo. El dictamen aprobado está ya ahora en el Senado de la República, que fungirá como cámara revisora.

En su exposición de motivos, la iniciante Norma Edith Martínez Guzmán señaló que el ejercicio de la profesión médica y el de todas las relacionadas con las ciencias de la salud constituye un elemento esencial para garantizar el derecho humano a la salud de todos los mexicanos consagrado en la Carta Magna. Y que dichos profesionales también deben ejercer sus derechos dentro de un marco jurídico que les garantice la seguridad de sus derechos laborales y casos en los que en la práctica de su trabajo se enfrenten a situaciones que pongan en riesgo sus valores éticos. Por ello, dice, juzgó imperativo reconocer en la ley el derecho a la objeción de conciencia.

Definió objeción de conciencia como el derecho consistente en la negativa a realizar determinados actos o servicios derivados de una orden de autoridad o de una norma jurídica cuando estos contradicen los propios principios éticos o morales. La consideró una expresión máxima del denominado “derecho a la resistencia a la opresión” proclamado en la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano al inicio de la Revolución francesa.

Hace el recuento que ya hay dos leyes estatales que la incluyen, la del estado de Jalisco desde el 2004 y la del otrora Distrito Federal. La Ley General de Salud es la norma reglamentaria del derecho a la protección de la salud y por los mecanismos de Salubridad General y Concurrencia con las entidades federativas, es la norma idónea para incluir dicho derecho y que tenga como beneficiarios del mismo a todos los profesionales de la salud.

La discusión del dictamen que había sido aprobada por unanimidad en la comisión fue nutrida y diversa entre los legisladores de diversos partidos, aprobándose por 313 votos a favor, 105 votos en contra y 26 abstenciones. Hasta dónde puede haber responsabilidad profesional, por ejemplo, para anestesiólogos que se nieguen a participar en procesos quirúrgicos porque los pacientes, por ser Testigos de Jehová, no permitan la transfusión sanguínea. Si hubiera un desenlace fatal del paciente, el profesional de la salud pudiera ser acusado de homicidio involuntario, como señalaba la legisladora Cecilia Guadalupe Soto González, refiriendo incluso que en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico había ya al menos 49 casos en litigio. Usted, ¿qué piensa?

Vacunación en peligro

Vuelvo a esta columna entusiasmado, contento y agradecido, en primer lugar, con el Ing. Enrique Gómez Orozco y el periódico *AM* por el espacio que nuevamente me han brindado para compartir con ustedes diferentes tópicos acerca de las leyes, la medicina y la política, así como mi reflexión sobre ellos; en segundo lugar, con ustedes amables lectores, de manera anticipada, por sus comentarios, observaciones, críticas y palabras de aliento.

Entrando en materia, el pasado 28 de diciembre fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el Presupuesto de Egresos para 2019, que en salud presenta una severa disminución en lo general, y en temas sensibles para la salud pública, como lo es la vacunación en lo particular.

México ha sido líder latinoamericano en el programa de vacunación, y, en consecuencia, de la disminución de enfermedades y muerte ocasionada por enfermedades prevenibles por vacunación, tanto en niños como en adultos mayores o personas con las defensas bajas por diabetes, cáncer y enfermedades reumáticas, por citar algunas.

La vacunación es un derecho universal que cuenta con la corresponsabilidad de la población para acudir a vacunarse y que está situado como un bien público. Deben mantenerse coberturas de vacunación superiores al 95% por biológico (vacuna) y al menos 90% de esquema completo de vacunación en cada grupo de edad.

De no ser así, se pone en riesgo mantener la erradicación de la poliomielitis y nuevos brotes, el control epidemiológico de la difteria, la eliminación del tétanos neonatal y no neonatal, la eliminación del sarampión, rubeola, el síndrome de rubeola congénita, el control de la tosferina, la prevención de formas graves de tuberculosis, la prevención de infecciones masivas por *Haemophilus influenzae* tipo B, el control epidemiológico de la parotiditis, reducir la incidencia de infección por el virus del papiloma humano, y un tema de ocurrencia en esta temporada, prevenir la influenza.

Les platico que el año pasado, la Secretaría de Salud tuvo un presupuesto modificado para el programa de vacunación de 2517.5 millones de pesos. Si se ajusta esta cantidad con el Índice Nacional de Precios al Consumidor a diciembre de 2018, deberían al menos haberse solicitado 2642.6 millones de pesos. La propuesta presentada por el ejecutivo federal fue de 2130.9 millones de pesos, con un serio déficit de 512 000 000 de pesos para mantener siquiera el nivel del año 2018.

En el pleno de la comisión de salud de la Cámara de Diputados, —presidido por la Dip. Miroslava Sánchez de Morena y de la cual soy secretario— solicitamos por unanimidad, en el proceso de debate presupuestal, que le asignarán al menos 307 millones de pesos más para mantener en pesos corrientes el presupuesto 2018. Fue rechazado sin explicaciones por la Secretaría de Hacienda.

La vacunación está en peligro. Además del tema monetario por fallas de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, entre muchas faltas, resalto la carencia grave de un sistema nominal sectorial que permita saber el estado de vacunación de los niños en nuestro país. Se sospecha—con evidencias— que las coberturas alcanzadas no llegan siquiera al 80%.

Para muestra, un botón: en el Instituto Nacional de Pediatría nos advierten que la mitad de los casos atendidos por tosferina (enfermedad prevenible por vacunación) en menores de un año se presentaron en niños que no cuentan con el esquema completo de vacunación. Esto no puede ser más que por dos situaciones: porque no se tiene disponibilidad del biológico o porque el sistema de salud al que pertenecen no ha sido capaz de convocar y convencer a sus familiares de la bondad de vacunarlos.

Le invito a revisar sus cartillas de vacunación para asegurarse de que usted y su familia están plenamente cubiertos. Usted, ¿qué piensa?

Salud nórdica, según Andrés Manuel

Según las aspiraciones declaradas por el presidente López Obrador, al acabar su sexenio en 2024, los más de 120 millones de mexicanos contarán con medicamentos gratuitos y cobertura médica universal, o, en sus propias palabras, México contará con un sistema de salud universal como el que tienen los países nórdicos, citando a Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Inglaterra o Canadá.

En los siguientes renglones, expondré las razones por las cuales creo firmemente que alguien está engañando al presidente, o bien, que ejemplos simples o anecdóticos —como los citados por él en Guanajuato, donde dijo “el sistema de protección social en salud, ni es seguro ni es popular”— evidencian que el presidente tiene una falla clara del conocimiento para concebir que la salud es el punto de encuentro entre la persona —genética y comunidad incluidas—, los profesionales de la salud y las políticas públicas, (que, en el caso de nuestro país, están sectorizadas según el perfil laboral en el IMSS, ISSSTE, fuerzas armadas, Pemex, servicios estatales de salud, servicios privados) además de una parte clave: que la rectoría sanitaria de cada año que pasa, incluyendo éste, se ve más débil, tanto a nivel central como a nivel estatal y municipal. Baste recordar que en las entidades federativas son autoridades sanitarias las y los gobernadores, la Secretaría de Salud y los ayuntamientos para atender la salubridad local.

Enuncio que la salud universal incluye el acceso y la cobertura con valores como la equidad, solidaridad y el derecho a la salud. Implica que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, a la vez de que se asegura que el uso de esos servicios no exponga a los ciudadanos a dificultades financieras. Se requiere, además, la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque a múltiples sectores para abordar los determinantes de la salud —por ejemplo, el agua potable, la seguridad, el transporte, el aporte nutricional— y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar —escuelas, mercados, rastos y comunidades saludables—.

Una cosa es manifestar una aspiración y la otra es instrumentar la ruta para lograrla. Veamos los hechos en materia de financiamiento: en México, se destina el 5.9% del PIB en salud, pero ojo: el 42.9 % proviene del gasto del bolsillo de los ciudadanos, el 4.9% del prepago voluntario en diferentes formas de seguros, el 28.4 % de las contribuciones de seguridad social y solo el 23.8% del gobierno en el Seguro Popular y el FASSA ramo 33. En Canadá se destina el 10.6% del PIB, el 16.6% de gasto de bolsillo, el 10% de prepago voluntario, el 1.4% de

contribuciones a la seguridad social y el 72% del gobierno. Suecia es otro modelo, donde se dedica el 12.4% del PIB, 3.6% del gasto de bolsillo, 6.7 % de prepago voluntario, 33.1% de prepago obligatorio, 1.3 de contribuciones de seguridad social y solo el 21.4% del gobierno.

Todos los países nórdicos en los que sueñan Morena y López Obrador le dedican al menos el doble del PIB a la salud. De hecho, en el PEF 2019 enviado por el presidente y aprobado en sus términos por Morena y asociados, disminuye aún más esta inversión, por tanto, no eliminará el gasto de bolsillo de los mexicanos, ni mejorará la calidad de los servicios en términos de mejor eficiencia y equidad. Es probable, si se refuerza el primer nivel de atención con el enfoque de atención primaria a la salud, que provocaría un mejor acceso a servicios de promoción, curativos, paliativos y de rehabilitación.

México ha presentado para 2019 —tendencia desde 2012— una baja prioridad fiscal (menor del 11% de su presupuesto global destinado a salud) por lo que sostengo que la aspiración a una salud nórdica será un sueño. Ojalá nos alcance para una visión latinoamericana al menos, pues en términos del PIB, Costa Rica le dedica el 9.1%, Chile 8.1%, Colombia 7.2%, Brasil 6.2% y México, insisto 5.9% (la mitad o más, sale del bolsillo de los mexicanos). Usted, ¿qué piensa?

Objeción de conciencia sanitaria

“Una conciencia pura es una blanda almohada sobre la cual reposa el hombre de bien”, a decir de Mabire, citado por el libro impreso en 1858 intitulado *Tesoro de la Sabiduría*, disponible en la estupenda biblioteca digital de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Después de tres años de deliberación en el Congreso Federal, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* una adicional al artículo 10 bis a la Ley General de Salud señalando que “el personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación del servicio que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una emergencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia; en caso contrario se incurriría en una causal de responsabilidad profesional. En el ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral”.

Esta modificación fue aprobada por 313 votos a favor y 105 en contra en la Cámara de Diputados y por 53 votos a favor y 16 en contra en el Senado de la República. Las leyes tienen la función de regular la vida de personas con convicciones tan diversas como la de los propios legisladores —expuestas en más de 50 páginas en los diarios de los debates— cuando se trata de abordar conflictos éticos, recurriendo a normas que se circunscriban a generalidades, de manera que exista un espacio para aplicaciones específicas que atiendan las peculiaridades de los casos concretos.

Este podría ser el argumento justificador para la regulación de la objeción de conciencia sanitaria en el caso concreto de la interrupción voluntaria del embarazo, que deja márgenes interpretativos poco satisfactorios tanto para los partidarios como detractores de una regulación más exhaustiva.

Un mes más tarde de su publicación, la Comisión de los Derechos Humanos (CNDH) presentó una demanda de acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), aduciendo que el derecho a la objeción de conciencia viola otros preceptos constitucionales e internacionales que amparan también los derechos humanos. A ocho meses de distancia, la corte no se ha manifestado aún.

El segundo transitorio de la reforma obligaba a que a más tardar el 12 de agosto de 2018 se emitieran las disposiciones y lineamientos necesarios para ejercer el derecho de objeción sanitaria en los casos que establece la ley. El secretario de salud José Narro, en su comparecencia con motivo del sexto informe de gobierno, reconoció que no se han emitido ni publicado, y señaló que esperarían

a que la Suprema Corte de la Nación determinara el sentido en la acción promovida por la CNDH.

Este mes presentaremos en la Cámara de Diputados el libro del Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso, investigador del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla y *research scholar* de la Unesco en bioética y derechos humanos, donde hace un análisis exhaustivo de la objeción de conciencia, su historia y su marco jurídico.

Les adelanto que el Dr. Herrera considera que en esta modificación se limita a la prestación de servicios de salud determinados por la Ley General de Salud, lo cual, dice, es restrictivo, ya que la objeción de conciencia debe ser sobre el acto médico, porque es de precisar que los temas límite o complejos, entre otros, como el aborto, la eutanasia y suicidio asistido, no son una prestación de salud.

El derecho a la objeción de conciencia se ha utilizado en diversos espacios como el servicio militar, ya por razones de tipo religioso o morales; de carácter fiscal para no tributar si el dinero del impuesto se dedica, por ejemplo, a la fabricación de armas; para no recibir tratamientos médicos por carácter religioso como en los testigos de Jehová, por mencionar algunos.

Estemos atentos a la resolución de la SJCN. Yo adelanto que el artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”. Nuestra Carta Magna, en el artículo 24, afirma que toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión. Usted, ¿qué opina?

Causas y determinantes de la mortalidad materna

Se define defunción materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo—independientemente de la duración y sitio de este— debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas externas.

Cuando ocurre una muerte materna es una verdadera tragedia y refleja un fracaso social. De hecho, la salud de un país se mide también a través del indicador de tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos. El objetivo mundial de desarrollo sostenible es reducirla a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos entre el 2016 y el 2030.

Nuestro país tiene el registro en línea desde 1990 al 2016 con sustento en el subsistema de información sobre nacimientos y mortalidad, desglosado por entidad federativa, haciéndose notorio que, si bien el país ha tenido avances, continúa habiendo una gran desigualdad.

En 1990, México tenía una tasa de 88.7, para 2016 bajó a 36.7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Estimados lectores, en 1990, Coahuila tuvo una tasa de 12.4 (la más baja) y Oaxaca de 175.2 (la más alta). En 2016, Baja California Sur tuvo 8.3 mientras que en Guerrero fue de 58.3, ¡siete veces más! Guanajuato tenía en 1990 una tasa de 91.9 (lugar 22 nacional) y en 2016 una tasa de 32.4 (lugar 11 nacional).

Para solucionar un problema hay que conocer las causas. Un estudio de México publicado por la *British Medical Journal*, con datos de la mortalidad materna de una década completa, mostró las causas más frecuentes: toxemia (presión alta), 28.5%; hemorragia, 22.1%; causas obstétricas indirectas, 19.3%; otras causas de defunción materna, 16.8%; sepsis 6.2%; embarazo ectópico, molas y otros, 3.7%; aborto espontáneo, 0.5% y aborto inducido, 2.9%.

Para saber cómo mejorar la tasa de mortalidad materna, varios investigadores del Melisa Institute buscaron cuáles determinantes influyeron en la salud materna entre las 32 entidades federativas. Por ejemplo, contrastemos Baja California Sur versus Chiapas, con una tasa de mortalidad siete veces mayor: la atención profesional del parto fue de 99.5% vs. 80.8%; la atención obstétrica de emergencia por cada 100 nacidos vivos, de 10.6 vs. 3.1; la escolaridad de la mujer (alfabetización), de 95.8% vs. 79.8%; la disposición de agua potable, de 88.1% vs. 62%; la violencia contra la mujer embarazada, de 16.3% vs. 8.3%; y la fecundidad y postergación de la maternidad, de 2.0 vs. 2.8 hijos. Son notorias las desigualdades que conlleva la pobreza, que son, de fondo, el principal motivo de la mortalidad materna.

Las recomendaciones obvias para disminuirla en Chiapas son incrementar las visitas a control prenatal y la atención profesional del parto; aumentar el acceso y/o el número de unidades de emergencia obstétrica; expandir el cuidado prenatal especializado para embarazos de alto riesgo y los programas de nutrición para madres malnutridas; expandir y fortalecer políticas públicas para erradicar el analfabetismo y aumentar los años de educación en la población femenina; por último, aumentar el número de hogares con red de agua potable.

Guanajuato aún presenta una cobertura de acceso a la atención de emergencia obstétrica insuficiente: también debe aumentar la cobertura de control prenatal y la atención profesional del parto para disminuir las muertes por hemorragia. Entre los determinantes de desarrollo humano, aún hay 10% de analfabetismo en población femenina; una mayor escolaridad influye en un mejor cuidado del embarazo y utilización de los servicios de salud materna disponibles. Aumentar los servicios de agua potable y drenaje continuará siendo un reto, pues la exposición al consumo de agua no potable o la contaminación por deposiciones debilitan a las madres y a sus hijos debido a infecciones reiteradas.

Si ya tenemos conocidas las causas de muerte y sus determinantes, juntos, sociedad y gobierno, debemos ponernos en acción para evitar este gran mal social. Usted, ¿qué opina?

Buena esperanza en cáncer infantil

Estimados lectores, las únicas dos certezas de los seres vivos son el nacimiento y la muerte dentro nuestro ciclo natural. Sin embargo, la muerte de un hijo es la peor de las pesadillas para los padres. Es bien sabido que el dolor de esta pérdida no desaparece, aunque sí puede transformarse e integrarse por el tiempo. Sin olvidar, dicen los estudiosos sobre tanatología, que no hay recetas, ni pautas, ni tiempos, porque cada caso es único y lleva su propio proceso y ritmo.

El cáncer de la infancia y adolescencia (0 a 18 años) aparece de manera repentina, sin síntomas predisponentes claros, y, con una buena esperanza en los inicios de este siglo XXI, tiene un elevado índice de curación.

A inicios del siglo, el cáncer infantil causaba gran mortalidad y dolor en miles de familias, las más desheredadas, las pobres, pues siete a ocho de cada diez casos morían irremediamente sin recibir tratamiento. Por ello, muchas asociaciones civiles, entre ellas AMANC en México, declararon en 2001, en Luxemburgo, el Día Internacional de la lucha contra el Cáncer Infantil, con el propósito de concienciar a todo el mundo que las niñas, niños y adolescentes deberían tener un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y universal del cáncer en la infancia.

En México, en 2003 bajo la presidencia de Vicente Fox, fue instituido el Seguro Popular y creado el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de donde se pagarían un conjunto de enfermedades que, además de causar un gran dolor por la pérdida de un ser amado, dejaban en la ruina a muchos hogares. El cáncer infantil fue incluido en la lista de padecimientos, ofreciendo desde el 2005 un programa dirigido a los más pobres, a los que no tienen seguridad social, para diagnosticarlos y tratarlos con protocolos nacionales en instituciones médicas acreditadas, que a la fecha son más de cincuenta y siete.

Los casos diagnosticados, tratados y financiados fueron menos de 500 en 2005. Llegaron al inicio del sexenio en 2007 a 1568 y el año pasado a más de 3500 (150 casos por millón de niños dentro del seguro popular).

Más de 25 000 casos acumulados, donde predomina el género masculino con un 55%, y una mayor incidencia en el grupo de 0 a 4 años. El cáncer infantil más frecuente es la leucemia, la cual se presenta en 89.5 casos por millón de infantes; de ella, la leucemia linfoblástica aguda, cuya incidencia es de 80 por millón, es extremadamente alta.

La buena esperanza es que, con el manejo realizado en instituciones médicas acreditadas, la mortalidad, por ejemplo, en 2005, fue de 5.3 casos por cada 100 000; sin embargo, con respecto a los niños de 15 a 18 años, la tasa fue mayor,

de 8.5 por 100 000. La tasa de abandono del tratamiento fue del 10%, en nueve instituciones tuvieron una tasa de mortalidad entre el 25 y el 50% entre sus pacientes.

El Fondo de Gastos Catastróficos tiene hoy en día 79 000 millones de pesos, más los 9000 millones más que aprobamos en la comisión de salud y en el pleno para este año. Además, aprobamos una ampliación de 35 000 000 para el registro nacional del cáncer —es clave conocer los detalles—, 165 000 000 para el Instituto Nacional de Cancerología, 25 000 000 para el Instituto Nacional de Pediatría y 25 000 000 para el Hospital Infantil de México, para el reforzamiento del diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil, de mama, útero y próstata.

Los retos ahora son formar más hemato-oncólogos pediatras y enfermeras pediátricas, crear espacios dedicados a su atención con tecnología actualizada, contratar equipo multidisciplinario con medicamentos de punta, conocer a detalle el porqué del abandono del tratamiento e investigar con sustento en la ciencia por qué la variabilidad en la sobrevida que presentan algunas instituciones, si el protocolo técnico es el mismo.

No hay pretexto, el dinero está allí. El Dr. Alejandro Mohar, vocal mexicano ante la Unión Internacional Contra el Cáncer, el Dr. Alejandro Meneses, director del INCAN, el Dr. Roberto Rivera Luna, jefe de hemato-oncología pediátrica del INP y muchos más, incluyendo las universidades, están obligados a disminuir el dolor de una madre o un padre que pierden un hijo, cuyo valor no tiene precio. Usted, ¿qué opina?

El Seguro Social: evolución, crisis y perspectivas de reforma

Hace unos días fui invitado a participar en la cuadragésima Feria Internacional del Libro del Palacio de Minería, a fin de comentar la obra del Dr. Miguel Ángel González Block, auspiciada por la Universidad Anáhuac México Norte, intitulada *El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma*.

Inicié mi participación declarando mis intereses respecto al IMSS, donde realicé mis prácticas como estudiante de medicina desde 1975, internado de pregrado, residencia rotatoria y la especialidad en cirugía general. Ahí también ejercí ya como especialista y luego como titular de unidad de evaluación de delegaciones. En la hoy UMAE, este mes hace 39 años, dio palpitaciones mi corazón al ver en pediatría a Elvia, mi esposa, que ha sido lo mejor que me ha pasado en la vida.

Como es fácil suponer, mi conflicto de interés al leer y comentar el libro, quizá con un poco de parcialidad, es la querencia hacia la institución y a todos los personajes que a lo largo de esos 44 años he conocido, tratado y aprendido de ellos.

Sostengo que la historia es testigo de los tiempos, luz de verdad, vida de la memoria, maestra de la vida, testigo de la antigüedad. Y es la historia la que nos hizo coincidir para recordar y fijar un punto más en la línea del futuro de nuestro país, al visibilizar esta investigación acerca de la seguridad social, su nacimiento, crecimiento, desarrollo —crisis incluidas— y sus perspectivas de reforma, con la idea de tomar acciones y de no ser testigos de su muerte en los años venideros.

El texto fue dirigido a las personas que toman decisiones en torno a la seguridad social, así como para aquellos que estén preocupados —y espero ocupados— por los temas de política pública y quieran ver la sustentabilidad del país, además de ser una oportunidad para los académicos e investigadores que quieran profundizar y sumarse a este tema que sigue vigente desde que fuimos arrojados del paraíso terrenal, para ganar el pan con el sudor de la frente, sujetos a todas las siniestralidades posibles, y recordándonos —según cita el Génesis 3:19— que polvo somos y en polvo nos convertiremos; habiéndose sembrado desde entonces la semilla de la seguridad social como mecanismo para la sobrevivencia con la mejor calidad de vida posible.

El texto se desarrolla con las preguntas de si el Seguro Social es o ha sido conquista de los trabajadores, respuesta a las necesidades de desarrollo, seguridad social, protección de la cuna a la tumba, gasto eficiente, finanzas sanas, equitativo, rectoría de la Secretaría de Salud, gobernanza efectiva. La cita de

Winston Churchill utilizada de introducción da claridad meridiana del ánimo autor, misma que transcribo “la crítica puede no ser agradable, pero es necesaria. Cumple la misma función que el dolor en el cuerpo humano. Llama la atención hacia un estado poco saludable de las cosas”.

De manera sucinta se describe que el Seguro Social se formuló en los años veinte bajo un modelo corporativista para centralizar el poder al marginar el federalismo y los organismos profesionales a la vez que al subordinar a los obreros y empresarios. La implementación del Seguro Social en los años cuarenta respondió a la creciente oposición al régimen y fue facilitada por la política de unidad nacional durante la Segunda Guerra Mundial y por el apoyo de los aliados a la seguridad social. El corporativismo del IMSS a lo largo de su historia abrió brechas entre sus modelos de afiliación, gestión, prestación y gobierno respecto del mercado laboral, de la eficiencia, de la satisfacción de necesidades y de la rectoría de la salud y de la representación de los afiliados.

El diagnóstico de estos personajes es ominoso, señala que “el modelo corporativista del Estado del Seguro Social está agotado y sus rendimientos son negativos en la cohesión y en la gobernanza de los mexicanos”. Se propone como tratamiento un decálogo de reformas que deben romper con el corporativismo para vincular la promoción de la salud y la prevención a largo plazo, así como la atención médica y la productividad.

El reto es lograr la equidad y la eficiencia de la política social en un marco de competencia regulada y de nuevos modelos de colaboración público-privada que permitan impulsar la salud, la productividad y la cohesión de todos los mexicanos. Usted, ¿qué opina?

¿Qué edad tienes a los 65 años?

Si ustedes, estimados lectores, se han asomado al texto de esta columna, quizá sea porque, al igual que yo, estamos acercándonos o recién pasamos la mitad de la sexta década de vida. Pareciera además que el título es una pregunta torpe, pues uno tiene la edad que tiene y se mide en años de manera general. Pero déjeme platicarle los hallazgos de un estudio publicado en el volumen 4 de marzo de 2019 por la Dra. Angela Yang en la revista *The Lancet Public Health*, que midió la esperanza de vida en diferentes países y de la carga de la enfermedad en su población. Me motivó a platicarles del tema más aún ahora que el Dr. José Luis Palacios Blanco está coordinando la edición de un libro titulado *La ruta de la plenitud*.

La conclusión del estudio demuestra —como la frase popular— que no es tanto el modelo sino el kilometraje, a saber, las personas de 76 años en Japón y las de 46 años en Papúa Nueva Guinea tienen el mismo nivel de problemas de salud relacionados con la edad de una persona “en promedio” de 65 años. Esto demuestra que entre los países —y quizá dentro de ellos— hay una brecha de 30 años que separa las edades más altas con las más bajas, teniendo como base el estudio de 92 tipos de enfermedades “relacionadas con la edad”.

Esta disparidad, sostiene la becaria postdoctoral en el Centro de Tendencias y Pronósticos de Salud de la Universidad de Washington, muestra que el aumento de la esperanza de vida en las edades mayores —acá se dice adultos en plenitud— puede ser una amenaza o una oportunidad para el bienestar de las poblaciones, dependiendo de los problemas de salud, relacionados con el envejecimiento que la población experimenta, independientemente de la edad cronológica.

Las implicaciones en la formulación de políticas públicas de todo tipo son muchas, dado que los problemas de salud relacionados con la edad pueden llevar, por ejemplo, a una jubilación anticipada, una fuerza laboral más reducida y un mayor gasto en salud. Todos los actores, gubernamentales, universitarios y sociales, entre otros, que influyen en los sistemas de salud, deben tener muy presente en qué momento las personas comienzan a sufrir los efectos negativos del envejecimiento.

Estos efectos negativos incluyen funciones deterioradas y pérdida de capacidades físicas, mentales y cognitivas resultantes de las 92 condiciones analizadas por la Dra. Yang, cinco de las cuales son enfermedades transmisibles y 81 no transmisibles, junto con seis categorizadas como lesiones. Esta métrica se conoce en el mundo de la medicina como “carga global de la enfermedad” ahora relacionada con la edad, medidos como años de vida ajustados por discapacidad

—DALY—, que cuantifica la pérdida de vida saludable por las 92 enfermedades estudiadas desde 1990 hasta 2017 en 195 países y territorios.

En 2017, las personas en Papúa Nueva Guinea tenían la tasa más alta de problemas de salud relacionados con la edad en el mundo con más de 500 DALY por 1000 adultos, cuatro veces más que las personas en Suiza con poco más de 100 DALY por cada 1000 adultos. La tasa en los Estados Unidos fue de 161.5 DALY por 1000, siendo la tasa de México mejor que la de Estados Unidos. Un tema importante del estudio es la demostración de que la carga de la enfermedad disminuyó con el tiempo en todas las regiones entre 1990 y 2017, lo que representa reducciones en las muertes y la gravedad de la enfermedad de los problemas relacionados con la edad, y pasa ahora el problema a temas como la seguridad social, las pensiones y la atención a la salud en enfermedades como la cardiopatía isquémica, la hemorragia cerebral y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En Guanajuato, la esperanza de vida en mujeres aumentó de 74.4 años en 1990 a 79 en 2017; en los hombres de 68.6 años en 1990 a 73.3 años en 2017. Las 10 principales causas de muerte y discapacidad registradas en DALY en la población fueron diabetes (1275), enfermedad renal crónica (1658), violencia interpersonal (1564), enfermedad isquémica del corazón (1540), enfermedades neonatales (1301), lesiones en caminos (940), cirrosis (826), defectos congénitos (767), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (653) y alteraciones por dolor de cabeza (648). Culmino contestándoles a mi propia pregunta: soy de 62 años y me siento de 50 años. Agradezco a mis médicos Dr. Guadalupe López Arroyo y Dr. Efraín Leriche Aranda Torres, a sus colaboradores, a mi esposa Elvia, a mi familia y a mi bolita de amigos todo lo que hicieron en los últimos 12 meses para que hoy me sienta de campeonato, agradecido y bendecido por mi salud. Y usted, ¿qué edad tiene?, ¿qué opina?

Muerte digna y morfina

Esta semana se llevó a cabo el 18.º Congreso de Investigación en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos. Uno de los temas abordados en sesión especial fue el de cómo cerrar la brecha en el acceso a los cuidados paliativos y el alivio del dolor como un imperativo de la cobertura universal de salud, teniendo como base el informe de la Comisión Lancet. Participamos en esta sesión la Dra. Felicia Marie Knaul y el Dr. Julio Frenk de la Universidad de Miami, el Dr. Alejandro Mohar, coordinador de los Institutos Nacionales de Salud, el Dr. Héctor Valle, director de la Fundación Mexicana para la Salud y el que escribe esta columna en mi rol de legislador.

Los hallazgos y recomendaciones de la investigación global acerca de los cuidados paliativos en el mundo, publicados en la revista Lancet fueron contundentes y enumero solo dos: 1) el alivio de la carga de dolor, sufrimiento y angustia severa asociada con las condiciones de salud que amenazan la vida o limitan la vida y con el final de la vida son un imperativo mundial de salud y equidad. La mayoría de los países de altos ingresos han respondido con intervenciones efectivas, sin embargo, las necesidades de las personas pobres se han descuidado, y las personas que viven en países de bajos y medianos ingresos, entre ellos México, tienen poco o ningún acceso al alivio del dolor o cuidados paliativos. 2) Un paquete asequible y esencial de cuidados paliativos e intervenciones de alivio del dolor puede mejorar una gran parte de la carga evitable del sufrimiento grave relacionado con la salud, y este paquete puede hacerse universalmente accesible para remediar el abismo en el acceso a la atención.

Este paquete esencial de cuidados paliativos incluye la utilización de morfina oral de liberación inmediata e inyectable para mitigar el dolor. Su uso es un indicador mundial del cumplimiento de los países en el manejo del dolor de los pacientes con enfermedad terminal. Canadá es el país que utiliza mayor cantidad de morfina por paciente: 68 194 mg (3090% de la necesidad para un paciente promedio), le siguen los Estados Unidos de Norteamérica con 55 704 mg (3150%) y por último Haití con 5.3 mg (0.8%). México utilizó en promedio 562 mg (34%), que significa que el 66% de los enfermos terminales mueren con dolor, por lo que no tienen una muerte digna. De hecho, los análisis más recientes hechos por el grupo encabezado por la Dra. Felicia, muestran una caída impresionante en el uso de morfina en México en los últimos dos años, hecho inadmisibles para un país como el nuestro, que es el segundo lugar mundial productor de morfina, y que, para tener acceso a ella con la cantidad, calidad y seguridad, basta con solicitarla a las autoridades mundiales, la JIFE incluida. Hicimos el compromiso

de hacer lo necesario para obtener una mayor cantidad de morfina, por un lado, verificar que se programe el presupuesto requerido para tener el paquete esencial propuesto y hacer modificaciones a la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos.

Dos hechos más fueron relevantes esta semana a propósito del “derecho a una muerte digna” consagrado en la Constitución Política de la Ciudad de México publicada el 17 de febrero de 2017, de la cual el entonces senador guanajuatense Juan Carlos Romero Hicks fue constituyente. Se estableció en el segundo capítulo titulado “de los derechos humanos” que la Ciudad de México sería una ciudad de libertades y derechos para sus habitantes, entre ellos el derecho a la autodeterminación personal. Cito el artículo seis: “toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”. Este último concepto fue impugnado ante la corte por la Procuraduría General de la República, pues consideraba que invadía las competencias del Congreso de la Unión para legislar en las materias del derecho a la salud y salubridad general.

La Suprema Corte resolvió que el concepto de muerte digna no era inconstitucional, señalando además que no debe confundirse la muerte digna con la eutanasia (terminación deliberada de la vida de una persona a fin de prevenir sufrimientos posteriores) ni el suicidio asistido (suicidio solicitado por el enfermo terminal por no poder llevarlo a cabo por sí mismo), ya que ambas, a la fecha, son delitos en nuestro país. Sin evitar el dolor y sin los cuidados paliativos de nuestros enfermos terminales no estamos asegurándoles el derecho a una muerte digna. Por último, esta misma semana diputados del Partido Acción Nacional en el Congreso de la Ciudad de México propusieron la creación de una ley que regule los cuidados paliativos y modifique los deberes de cuidado hacia los pacientes que lo requieran. Iniciativa que tiene un solo defecto al no presentar de dónde saldrá el dinero para hacerla efectiva en su aplicación.

Creo, sin duda, que debemos aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales, incluyendo la morfina que requieran —además de las otras medidas necesarias— para hacer una realidad lo señalado en nuestra Ley de Salud hace 11 años y que hoy sigue siendo materia incumplida. Usted, ¿qué piensa?

Las abejas y el cáncer de próstata

“¿Qué tienen en común las abejas y el cáncer de próstata?” se preguntará el que después de leer el título se asome al cuerpo de esta columna. Agregaré a la interrogante otros tópicos como: personas sordas, lucha contra los trastornos de la conducta alimentaria, cáncer colorrectal, salud mental materna, lucha contra el linfoma Hodgkin y linfoma no Hodgkin, lucha contra el cáncer cervicouterino, glaucoma, prevención de quemaduras, lucha contra el Parkinson, deporte, actividad y salud física, costas y mares nacionales, adopción de niñas, niños y adolescentes, nación pluricultural, cultura maya, reducción de las desigualdades, vivienda, redactor de medios de comunicación, lucha libre y luchador profesional mexicano.

Lo que tienen en común es la importancia que los representantes populares en la Cámara Baja del Congreso de la Unión consideraron por diferentes motivos, que pueden ser consultados en internet, para declararles un día nacional. En tres casos, se declaró no un día, sino toda una semana nacional, pues a juicio de los proponentes, se requiere hacer mayor concienciación entre la población y el gobierno. Estos temas fueron la semana nacional para prevenir el sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, la del donante de sangre y sus componentes, y la de las personas migrantes y refugiadas.

Ese martes 2 de abril, por primera vez en la historia del congreso mexicano, fueron aprobados veintiún días nacionales, por ello algunas de las reacciones en la sociedad y en medios de comunicación fueron tomadas como poco serias, a “chunga” como se dice, incluso Porfirio Muñoz Ledo declaró que solo faltaba el día nacional de la “riuma” (sic).

Me decidí relatar, primero de manera sucinta, los días nacionales de las abejas (que será el 17 de agosto), porque en la misma semana en Guanajuato se presentó una iniciativa de ley para la protección de las abejas y el desarrollo apícola, con una reacción poco esperada a mi juicio, en la columna dominical de Carlos Arce Macías, quién desdeñó el tema, señalando que deberían dedicar solo su atención en los temas que él consideraba importantes, entre los cuales refirió la seguridad estatal, preocupación que también yo comparto, pero la vida en el planeta y la supervivencia humana requieren una visión más amplia.

La propuesta para declarar el Día Nacional de las Abejas se presentó el 9 de marzo de 2017 en el Senado de la República, pretendiendo lograr que, con el apoyo del Congreso de la Unión, la sociedad en general, las organizaciones, las instituciones y el gobierno, se reconozca y se valore la importancia ambiental, social y económica que representan las abejas, se realicen esfuerzos y acciones

encaminadas a conservar sus poblaciones y asegurar la permanencia de sus servicios y productos.

Se sustentó su propuesta en evidencias, de las cuales cito dos: 1) las abejas son indispensables para la polinización de las plantas y con esto garantizar la biodiversidad floral de nuestros ecosistemas; 2) la desaparición y exterminación de las abejas va en aumento por el avance de la industrialización o el uso de tóxicos. Un dato preocupante fue el reporte de la desaparición de las abejas casi del 42% entre abril de 2014 y 2015. Por último, invitan a no asociar a este insecto solo con la fabricación de miel, e insisten que la polinización pondría a salvo más de 25 000 especies de plantas y diversidad de alimentos, frutos incluidos.

El 29 de noviembre de cada año será el Día Nacional del Cáncer de Próstata, cuya iniciativa se presentó en el Senado en noviembre de 2016, por lo que lleva dos años y cuatro meses de proceso legislativo para que se apruebe. Si usted consulta el periódico *AM* del 14 de mayo de 2016, podrá releer mi colaboración titulada “¿Tienes huevos?” a propósito de una carrera organizada por Ricardo Ortega cuya causa era la lucha contra el cáncer de próstata. Lo felicitaba por dos razones, la primera por utilizar un tema de salud que seguía causando muertes prematuras en los hombres; la segunda, por la forma de hacerlo en su mercadotecnia, dado que hacía referencia a otra parte simbólica del género masculino en un lenguaje coloquial, que atrajo a cientos de corredores que quedaron sensibilizados ante el tema.

El propósito de la conmemoración anual aprobada tiene dos vertientes: primero, entrelazar un esfuerzo conjunto entre gobiernos, academia, instituciones de salud y sociedad civil para promover la promoción y prevención del cáncer de próstata y, en segundo término, conocer los avances de la sensibilización social en una enfermedad que desafortunadamente tiene repercusiones catastróficas en la calidad de vida de los hombres y de sus familias. Como podrá apreciar, estimado lector, nuestro país requiere de congresos que sean caja de resonancia de las vibraciones que provengan de todos los rincones de la sociedad, aunque esos temas hablen de los extremos de nuestras manifestaciones sociales. Usted, ¿qué piensa?

¡Alerta! Sarampión

Hoy es Sábado de Gloria y si algún despistado lector está leyendo esta columna, me alegro, pues el mensaje central que quiero transmitirle es de alerta sobre el sarampión. Alerta con significado de aviso o llamada para ejercer vigilancia, primordialmente de su familia. Verifique que estén vacunados para prevenir el sarampión, rubeola y paperas. De no ser así, vigile que sus bisnietos, nietos, hijos o hijos de sus vecinos o empleados acudan a vacunarse a los servicios de salud.

Sustento mi alerta en tres evidencias contundentes que cito a continuación. En primer lugar, la amenaza que representa para la región la crisis económica de Venezuela, que ha erosionado la infraestructura de salud del país y ha amenazado la salud pública. La escasez de medicamentos, suministros de salud, interrupciones de los servicios públicos básicos —electricidad, red de frío— en los centros de atención de salud y la emigración de trabajadores de la salud han llevado a una disminución progresiva de la capacidad operativa de la atención de salud.

En Venezuela, el efecto ha sido devastador: de 2012 a 2016, las muertes infantiles aumentaron en un 63% (21.1 muertes por 1000 nacidos vivos) y la mortalidad materna aumentó más del doble. De 2016 a 2017, Venezuela tuvo la mayor tasa de aumento de la malaria en el mundo, y en 2015, las tasas de tuberculosis fueron las más altas del país en 40 años. Entre 2017 y 2018, la mayoría de los pacientes infectados con VIH interrumpieron la terapia debido a la falta de medicamentos.

Por último, apenas la Organización Panamericana de la Salud había declarado la erradicación del sarampión en el continente americano, se presentaron brotes en Venezuela desde 2016, enfermedad prevenible por vacunación.

El brote venezolano se ha expandido a Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y, ahora en México se notificó un caso importado de sarampión confirmado por laboratorio. Se trató de una mujer de 54 años, residente del estado de Nuevo León, con antecedente de viaje a París (Francia) y a Houston (EUA), por fortuna no pasó a mayores y las 71 personas que fueron estudiadas como contactos estuvieron sin síntomas.

Además de la circulación del virus por un mundo cada vez más globalizado, piense, estimado lector, en la cantidad de pasajeros que viajan a los países antes citados, que llegan al aeropuerto del Bajío entre otros, el riesgo está latente. En segundo lugar, hay un fenómeno mundial llamado “vacunación vacilante”, definida como “un retraso en la aceptación o rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación”. Dicho fenómeno se ha informado en

más del 90% de los países del mundo. La cobertura de vacunación ha disminuido de cerca del 100% a cifras del 90%, y en algunas comunidades, como en los judíos ultraortodoxos en el estado de Nueva York, bajó al 60%, y actualmente ellos tienen un brote de sarampión.

En tercer lugar, en nuestro país la cobertura de vacunación “oficial” es alrededor del 90%. Sin embargo, un análisis difundido en octubre de 2018 por Mexicanos contra la corrupción y la impunidad, encabezado por el Dr. Mauricio Hernández Ávila, exdirector del Instituto Nacional de Salud Pública, estimaba que la cobertura en los niños de menos de un año apenas alcanzaba el 60%, situación que, de ser cierta, es muy preocupante por lo que en salud pública se conoce como “efecto rebaño”. La posibilidad de enfermar es mucho menor si la mayoría de las personas están vacunadas, con una tasa del 60% el riesgo de contagiarse es mucho mayor.

Déjeme ahora recordarle que la infección causada por el virus del sarampión produce una enfermedad aguda caracterizada por fiebre, enrojecimiento de ojos, congestión nasal, tos, manchas pequeñas dentro de la boca y exantema (ronchitas) que inicia en cara y cuello y después se extiende a todo el cuerpo; se transmite por contacto directo con gotitas provenientes de la nariz, de la boca o la garganta de una persona infectada. Es una enfermedad muy contagiosa y puede provocar la muerte. Si sale de viaje o lo presenta un familiar, la recomendación emitida por la autoridad sanitaria es sencilla: no se automedique, busque atención médica de inmediato y evite el contacto con otras personas para reducir la propagación a otros que no estén vacunados.

Para concluir, les tengo una buena noticia: en Guanajuato, la Secretaría de Salud tiene suficiente dotación de vacuna para prevenir esta enfermedad. La vacunación es segura, eficaz y económica. El esquema para la vacuna triple viral (SRP) que protege contra sarampión, rubeola y parotiditis, indica la aplicación de dos dosis: la primera a los 12 meses cumplidos y un refuerzo a los 6 años. Los adolescentes y adultos que no cuentan con las dos dosis de la vacuna SRP pueden recibir la vacuna contra sarampión y rubeola (SR).

Usted, ¿qué espera? Haga su parte, revise hoy mismo las cartillas de vacunación, si no han sido vacunados sus seres queridos o usted, acuda de inmediato. Créame, es una verdadera ¡alerta!

Derecho constitucional a la salud

Hace 36 años se incorporó el derecho a la protección de la salud en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a iniciativa del presidente Miguel de la Madrid con el liderazgo del Dr. Guillermo Soberón Acevedo. Hoy es reconocido que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, derecho que para que sea efectivo debe reconocerse como bien público y corresponder con la atención primaria a la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos en la República Mexicana; la total inmunización contra las principales infecciosas prevenibles por vacunación; la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos en más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. La Ley General de Salud reglamentaria del artículo cuarto en materia de salud cubre en tinta lo señalado en el párrafo anterior, sumado a otras leyes como la del IMSS, ISSSTE, ISSFAM, entre otras. Esta semana ha ocurrido un hecho inédito en el Congreso de la Unión, pues en el Senado de la República se aprobó una minuta para modificar este párrafo propuesta por el senador Mancera del PRD y en la Cámara de Diputados se aprobó otra minuta presentada por el diputado Lixa del PAN. Ahora, ambas minutas aprobadas por absoluta mayoría en sus cámaras pasarán a revisión a la cámara opuesta, y la pregunta es cuál de las dos en su caso podría ser aprobada, si es que alguna lo logra.

La minuta del senador Mancera, que será enviada a la Cámara de Diputados, expresa las modificaciones del artículo cuarto en los siguientes términos: toda persona tiene derecho a la protección de su salud en condiciones de dignidad. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud incluyendo los cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades en situación terminal, limitantes o amenazantes a la vida, así como la utilización de los medicamentos controlados, y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

La minuta del diputado Lixa que será ahora estudiada y analizada en el senado quedó en los siguientes términos: toda persona tiene derecho al acceso al más alto nivel posible de salud física y mental, a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra

índole. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y las entidades federativas en materia de salubridad general, a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

Mi pronóstico es que ninguna de las dos minutas verá la luz. La ruta más optimista será el estudio, análisis y dictaminación con el rechazo o proponiendo algún cambio a la redacción y el regreso de la minuta a la cámara de origen. La ruta pesimista es que duerman el sueño de los justos en la cámara revisora. Ahora, comentaré mi impresión de ambas: es claro que los cuidados paliativos y el manejo del dolor es un tema muy sensible y poco atendido por el sistema de salud en nuestro país. El hecho de visibilizarlo ahora desde la constitución sería muy bueno. La discusión en el senado fue casi nula porque la sensibilización social quedó acotada a los acuerdos políticos entre los grupos parlamentarios. Debemos abrir en la Cámara de Diputados la discusión en parlamento abierto para discutir las ventajas de modificar la constitución y las repercusiones, no planteadas en la discusión, si habrá luego los recursos para que haya disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios paliativos, medicamentos controlados, entre otros, para todos aquellos pacientes que lo necesitan.

El senado deberá estudiar si la inclusión de una de las vertientes incluidas en derecho a la salud será suficiente para que se visibilice la función de la medicina preventiva. Las enfermedades crónico-degenerativas que tienen quebrado al país muestran la desatención en la medicina preventiva. La intención del diputado Lixa al proponer también la reforma al artículo 123 constitucional hará posible que los aseguradores públicos y privados den un día con salario para sus trabajadores y reciban estudios médicos preventivos.

Creo con firmeza en la necesidad de los cuidados paliativos y en la medicina preventiva. Usted, ¿qué piensa?

Plan Nacional de Desarrollo y medicamentos

En los últimos minutos del martes pasado, el presidente López Obrador envió al Congreso de la Unión el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024, que por primera vez —nunca había ocurrido— será aprobado por el mismo. Es un documento breve, en el que no profundiza ni en el diagnóstico ni en la propuesta de solución a los grandes problemas y retos que enfrenta el país. De los primeros apuntes que les puedo comentar es que en vez de un documento técnico de políticas públicas, es un manifiesto político y propagandístico, en donde se repiten afirmaciones que López Obrador ha venido diciendo desde antes de su campaña electoral y en las ya clásicas mañaneras, delineando un conjunto de buenas intenciones enmarcadas en una crítica ideológica constante al “neoliberalismo”, palabra citada 33 veces a lo largo del corto documento, al cual prácticamente responsabiliza de todos los males del país.

Al igual que en las mañaneras, sigue sin incluir ninguna estadística ni datos que avalen las muchas afirmaciones que se hacen; tampoco menciona herramientas concretas de política pública para lograr los objetivos planteados. Como receta genérica, al igual que la famosa “pomada de la campana”, en prácticamente todos los temas se propone el fortalecimiento del Estado como el gran motor del desarrollo en detrimento de los agentes privados.

Los cinco apartados del Plan Nacional de Desarrollo en revisión son: presentación, política y gobierno, política social; economía y un epílogo con la visión 2024.

En el apartado de política social, expone como ha venido ocurriendo, que la estrategia —por no decir la única— es la entrega de apoyos monetarios a diversos sectores de la población: adultos mayores, personas con discapacidad, niños y jóvenes menores de 18 años en situación de pobreza extrema y que estudien en una escuela pública, jóvenes entre 18 y 29 años que ni estudien ni trabajen o sujetos agrarios. No se habla del aumento de capacidades para poder superar de manera efectiva la situación de desventaja en la que se encuentran millones de mexicanos. En materia de salud, solamente se propone sustituir el Seguro Popular por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar. Así que la salud nórdica que tanto ha predicado quedará en los hechos sin efectos. La intención única es volver a centralizar los servicios de salud a cargo de la federación y que todas las inversiones hechas en hospitales, infraestructura médica y personal en todos los estados se envíen de regreso a Lieja y Reforma, para desde allí atender a los más de 53 000 000 de mexicanos sin seguridad social. Así de ligeras las decisiones.

Cual si fuera un borrador de un manuscrito inacabado, se cita como único objetivo el siguiente: promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio. Las ocho estrategias propuestas para lograrlo, sin ningún dato de población objetivo, tiempo, recursos y costos, quedan como un catálogo de buenos deseos.

Daré tan solo el ejemplo del acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los medicamentos en los hechos revisables del presupuesto 2019: se aprobaron 70 417 millones de pesos, lo que equivale al 13% del presupuesto público en salud. Este monto representa un recorte del 10.5% respecto al presupuesto ejercido en 2013, que fue el primer año de ejercicio del presidente Peña Nieto para el mismo concepto.

La inversión en medicamentos en el sexenio de Peña Nieto fue disminuida año con año y la población aumentó año con año. A pesar de que las cifras oficiales de surtimiento de recetas del IMSS, del Seguro Popular y del IMSS Prospera muestran valores superiores al 80% en 2016, la población que pagó por medicamentos de su bolsillo a pesar de tenerlos garantizados en su sistema de salud se incrementó en un millón y medio de mexicanos respecto a 2014. Como es fácil de observar, en 2019, con la reducción al presupuesto asignado por el presidente a la compra de medicamentos, los ciudadanos tendrán que utilizar más el dinero destinado a las necesidades de su hogar para comprarlos.

Con este breve ejemplo, se pone de manifiesto que el Plan Nacional de Desarrollo propuesto es francamente insuficiente para ser la brújula que guíe hacia los objetivos propuestos. Será responsabilidad ahora de nosotros los legisladores el hacer propuestas de modificación. Se necesita mayoría simple, así que deseo que los legisladores del Morena estén dispuestos a hacerlo.

Salud pública o intereses comerciales

La evidencia es contundente: nuestro país vive una epidemia de sobrepeso y obesidad. El 73 % de los adultos y el 35% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. Esto quiere decir que más de 60 000 000 de mexicanos (52% de todos) sufren esta condición. El tenerla es el principal factor de discapacidad y muerte según los estudios de la carga global de la enfermedad, asociándose principalmente con diabetes y enfermedades cardiovasculares, así como con trastornos óseos y musculares y algunos tipos de cáncer.

Además del impacto personal y familiar, la obesidad genera altas pérdidas económicas y reduce la competitividad del país al implicar mayores costos al fondo público para tratar las enfermedades asociadas, menor productividad laboral y mayores gastos para la familia con una significativa reducción en la calidad de vida.

Por ello se estableció desde 2013 una gran estrategia nacional para combatirla. Destacan algunas acciones como el reconocimiento mismo de la emergencia sanitaria, impuestos a bebidas azucaradas y alimentos de alto contenido calórico, algunas acciones de actividad física, lineamientos para venta y distribución de alimentos y bebidas en escuelas, límites de publicidad infantil a alimentos y bebidas, presupuestos para instalación de bebederos en escuelas, y la aprobación de un acuerdo de etiquetado frontal y el distintivo nutricional entre otras.

Un tema que ha sido motivo de conflicto entre los beneficios esperados en salud pública contra los intereses comerciales ha sido precisamente el etiquetado frontal con información nutricional que culminó —por el momento— esta semana con una decisión de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que rechazó modificar el etiquetado en alimentos y bebidas para hacer más fácil su lectura, pues consideró que con el actual distintivo, dicen los magistrados, no se violentan los derechos a la salud y a la alimentación de los consumidores. La lucha en el fondo es salud versus intereses comerciales.

Los hechos ahora en el Congreso de la Unión son los siguientes: catorce iniciativas en proceso de estudio y dictamen relativas a la lucha contra la obesidad, en que sobresale el tema del etiquetado nutrimental. Varios foros de parlamento abierto sobre etiquetado y otras medidas de política pública se detonarían al modificar las leyes. Intenso cabildeo de las industrias representantes del sector bebidas y alimentos.

Hemos escuchado a todos los sectores, incluyendo a los actores de la Secretaría de Salud Federal y, a título personal, me dispongo a proponer cambios en el etiquetado frontal conforme las recomendaciones de expertos de la Acade-

mia Nacional de Medicina, del Instituto Nacional de la Nutrición, del Instituto Nacional de Salud Pública, de la OMS, FAO y Unicef, incorporando la evaluación *ex post* de las leyes modificadas y así saber si funcionó la medida.

Las recomendaciones son concientizar a la población que la ingesta de azúcares “libres” sea inferior al 10% de la ingesta de energía total por día; que haya una reducción en la ingesta de azúcares “libres” a lo largo del ciclo de la vida. Estimado lector, le comento que los azúcares “libres” son todos los azúcares añadidos a los alimentos y bebidas, bien como azúcares presentes en la miel, jarabes, jugos y concentrados de jugos.

Otro propósito será que el nuevo etiquetado presente información clara, sencilla, veraz y, sobre todo, de fácil comprensión a los consumidores, dirigida a proteger la salud de la población, particularmente de nuestras niñas y niños; que no requiera, como los que están actualmente, habilidades de lectura, matemáticas y nutricionales, además de tiempo en exceso para elegir entre varias opciones.

El ejemplo exitoso de Chile dice la etiqueta: “prefiera alimentos con menos sellos, y si no tienen, mejor”. Los sellos dicen: alto en calorías, alto en grasas saturadas, alto en azúcares, alto en sodio. Simple, ¿no cree usted, estimado lector?

Los intereses comerciales a mi juicio no se verán impactados con el cambio que se propondrá, ya que se incluirá en los artículos transitorios el tiempo requerido para el cambio del proceso industrial del etiquetado. Concluyo señalando que, si bien la obesidad y el sobrepeso son multifactoriales, el aportar para que la población tome decisiones más saludables es clave en dos derechos que tenemos los mexicanos: la salud y la información, sin afectar otro derecho existente, la libertad del comercio, pero ponderando que el de la salud es más importante.

Cuando el destino nos... ¡alcanzó!

Esta semana hay tres evidencias contundentes de que el destino ya nos alcanzó. Me refiero al serio deterioro en materia de los servicios de salud que la administración del presidente López Obrador logró hacer en tiempo récord, y que he estado denunciando desde sus primeras señales de centralización en diciembre del año pasado.

La primera dio a luz con la renuncia de Germán Martínez al frente del Instituto Mexicano del Seguro Social el martes 21 de mayo. En Morelia apenas el 3 de enero de este año, presentó el Plan 2018-2024 con un entusiasmo reflejado en su alocución introductoria que cito: “progreso con justicia, eso es lo que busca la cuarta transformación de la patria, y la justicia en el progreso, es la manera suprema de reconciliar a los mexicanos... y el IMSS es una herramienta del Estado mexicano para reconciliar empresarios y obreros, e igualar a todas y todos los mexicanos”. Sus apariciones siempre fueron con un tono lleno de esperanza, de porvenir, de optimismo, de orgullo IMSS, de gente buena.

Bastaron 138 días para que “aprendiera la regla de oro: el que tiene el oro, tiene la regla”. Denunció la actitud real de la transformación de cuarta (sic) al señalar las injerencias de Hacienda de esencia neoliberal: ahorro y más ahorro, recortes de personal y más recortes de personal, y un rediseño institucional donde importa más el “cargo que el encargo”.

En términos llanos, están dejando seco al IMSS de personal, entre ellos, los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud; sin inyección para la compra de medicamentos y otros insumos para la salud; ni siquiera para el programa “estrella” del discurso presidencial IMSS-Bienestar, a quien, a decir de Germán, tiene menos recursos que en 2018, porque le deben al IMSS más de mil millones de pesos. El futuro del IMSS es ominoso, rematando Germán su renuncia con la frase “soy decente y tengo vergüenza pública, y con serenidad de ánimo, presento mi renuncia”.

La segunda evidencia que pone en claro que lo que pasa en el IMSS pasa en el resto de las instituciones de salud, fue la comparecencia de funcionarios de la Secretaría de Salud, en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, donde soy secretario, con el propósito de revisar el Plan Nacional de Desarrollo del presidente, y nos enteramos de que ha habido tres recortes al presupuesto en lo que va de 2019, significando tan solo a nivel central 1 283 000 de pesos menos.

El presupuesto en salud 2019 presentado por el presidente fue, en términos reales, 11% más bajo que en 2018, año que fue similar al 2015, es decir, muy bajo. Se aprobó sin modificar una coma, y se logró que Hacienda pusiera mil mi-

lones que se repartieron para programas de diabetes y cáncer primordialmente. Tres programas representan el 87% de lo recortado: prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes; salud materna, sexual y reproductiva y salud a la persona. Estos programas fueron los que recibieron la “ampliación presupuestal” y que ahora han quedado casi en cero otra vez.

Otro enfoque del recorte es para qué se utilizaría ese dinero: 123 000 000 para compra de medicamentos, 390 000 000 para la subcontratación de servicios con terceros, cuyo destino es el servicio de farmacia, así como la central de mezclas que otorga los tratamientos antimicrobianos, oncológicos y nutrición parenteral para todos los pacientes hospitalizados; y 173 000 000 para la reparación y mantenimiento de equipo médico y de laboratorio.

La última evidencia ha sido la manifestación valiente, por el riesgo de ser destituidos, de los directores de los institutos nacionales de salud y de su coordinador, en una reunión privada, que se hizo pública con legisladores de Morena, entre ellos el senador Navarro Quintero, la Dip. Carmen Medel y el presidente de la Comisión de Presupuesto, para que se pueda interceder ante el ejecutivo federal para que les reintegren lo “reservado”, mejor dicho, lo “recortado”. Ellos son sensibles al saber que los más pobres y vulnerables por enfermedad acuden allí con la esperanza de seguir vivos, que es necesario tener lo necesario, que de por sí era poco, para que los traten oportunamente. Ante la impotencia y responsabilidad hacen esta medida desesperada de acudir ante los representantes populares. Mi reconocimiento con la petición de que no renuncien, de que juntos hagamos la lucha para que haya más recursos y menos mexicanas y mexicanos pierdan la vida de manera prematura o queden discapacitados por falta de atención médica.

Ayer viernes en su mañanera, el presidente dijo todo lo contrario a la realidad arriba señalada, lo cual solo puede ser por dos cosas: le están mintiendo o él lo hace deliberadamente. El presupuesto fue aprobado, hay por día al menos 240 000 000 de pesos más por el diferencial de precio del petróleo, dicen que ahorraron más de mil millones de pesos en la compra de medicamentos antirretrovirales. Hay dinero, hay necesidades, ¿habrá voluntad para poner “primero la salud de los pobres”?

Doctor, míreme a mí y no a la pantalla

Las ventajas de la tecnología son evidentes en todos los campos del conocimiento. En el caso de la salud y la atención médica, tiene avances sin precedentes, tanto a nivel del uso personal como de las aplicaciones a disposición de los profesionales de la salud.

Uno puede suponer que a mayor uso de tecnología, mayor precisión diagnóstica y mejores resultados terapéuticos. Sin embargo, precisión no es equivalente al sentimiento humano llamado satisfacción. De hecho, muchos pacientes lo que buscan es una buena relación con su médico y lo que más valoran es la cantidad y calidad del tiempo dedicado a escucharlos y responder a sus inquietudes, por ello pueden decirle a su doctor que está ensimismado en su computadora, míreme a mí y no a la computadora.

Se ha demostrado en varias investigaciones que el hecho de que su doctor o doctora sean simpáticos, educados y tengan una buena comunicación con sus pacientes, tiene mucho peso a la hora de evaluar los sistemas de salud. Incluso si el médico acierta en su diagnóstico y tratamiento, pero ofrece un trato que no es considerado bueno por el paciente, el nivel de confianza en el profesional de salud, y por ende su calificación de desempeño general de la propia institución disminuye. Y es que la cercanía con el paciente y su familia es uno de los pilares en los que se basa la atención primaria en salud y el cuidado centrado en las personas.

Debemos, por tanto, asegurarnos de que la tecnología en salud no digitalice nuestras vidas y mantenga su toque humano, orientándonos hacia la recuperación de la relación médico-paciente. Las personas hoy llamadas “usuarios o derechohabientes”, que son los verdaderos protagonistas de los sistemas de salud, no necesariamente quieren que un robot u otra tecnología reemplace a su médico. Lo que quieren es sentirse respaldados y seguros cuando acuden a los servicios de salud, sabedores que aún si la persona puede ser menos perfecta en su diagnóstico, es de trato humano.

Si la tecnología va a agilizar los procesos de recolección de datos para que los médicos y los pacientes puedan emplear más tiempo en generar vínculos de confianza, entonces vamos por buen camino. Pero si el cuidado del enfermo se automatiza, como ocurre cada vez con mayor frecuencia, habremos perdido una oportunidad de apalancar la transformación digital para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Otra tendencia que influye en la relación médico-paciente es la incursión de las personas en búsquedas en la red acerca del tema de salud que les preocupa, llamado por este escritor en columnas pasadas como el “doctor Google”,

sintiéndose más empoderados para cuestionar a su médico por la atención recibida e incluso para buscar una segunda opinión. De hecho, estimados lectores, una de cada tres búsquedas en internet está relacionada con cuestiones de salud o bienestar, y al hacer las búsquedas se reconocen patrones de consumo que crecen a ritmo exponencial y que, con inteligencia artificial, se espera que los datos médicos se dupliquen cada 73 días. A lo largo de la vida, las personas que interactúan con la tecnología pueden generar más de un millón de gigabytes de información relacionada con su salud. Sin embargo, el tiempo necesario para analizarla y procesarla es más limitado que nunca.

La transformación digital podría aliviar las restricciones en el uso del tiempo para que el personal médico pueda dedicarse más al paciente en sí que a computarizar o registrar toda su información. Nuevas tecnologías permiten recolectar información personalizada que, usada de manera adecuada, tiene el potencial de mejorar la gestión de la calidad, la eficiencia y la seguridad de la atención médica.

La historia clínica electrónica, por ejemplo, está basada en una visión más amplia de la atención a los pacientes. Contiene información detallada de todos los médicos y procesos por los que ha pasado el paciente, incluyendo: historial médico, prescripciones de medicamentos, signos vitales, resultados de laboratorio, informes radiológicos y anotaciones de médicos y enfermeras.

Esto permite a los diferentes proveedores de salud acceder a la información completa para brindar una atención más precisa. Una revisión sistemática sobre el impacto de la historia clínica electrónica encontró que ha logrado efectos positivos en la eficiencia del tiempo utilizado para la recolección de datos, en un mayor seguimiento de las guías de práctica clínica, en la reducción de errores médicos y en la disminución de efectos adversos de medicamentos. Sin embargo, esta mayor eficiencia no se traduce necesariamente en una relación más personal entre médico y paciente. El pasado 22 de mayo, cuarenta y dos países, entre ellos México, adoptaron los principios de la OCDE sobre Inteligencia Artificial (IA), que son el primer conjunto de directrices de políticas intergubernamentales sobre IA, y convinieron en someterse a unas normas internacionales que velen por que el diseño de los sistemas de IA los haga robustos, seguros, imparciales y fiables, adoptando el lema “la transición digital al servicio del desarrollo sostenible”.

Su objetivo es guiar a los gobiernos, organizaciones e individuos para que, en el diseño y la gestión de los sistemas de IA, garanticen que quienes diseñen y gestionen sistemas de IA respondan por su correcto funcionamiento, por un lado, y por el otro, prioricen los intereses de las personas y del trato humano que deben recibir. ¿Cuál doctor prefiere, el suyo o el Dr. Google?

Cáncer de pulmón

El término cáncer engloba a un grupo de más de 200 diferentes tipos de una enfermedad que tiene como característica principal el rápido y desordenado crecimiento de células anormales, que implica que las mismas modifiquen su forma, su tamaño y otras características.

Este crecimiento anárquico puede originarse porque nacen más células o porque las células existentes no se mueren o por los dos fenómenos a la vez. El resultado final es un aumento del número total de células, que lógicamente necesitan más espacio —y nutrientes— y se van extendiendo por el órgano y los tejidos de alrededor (extensión local o regional), que se introducen en los ganglios linfáticos (infiltración linfática) o en los vasos sanguíneos y, finalmente, colonizan otros órganos lejanos (metástasis a distancia), tendiendo a llevar a la muerte a la persona afectada.

Los cánceres más comunes son los de piel, pulmón, mama, colorrectal, próstata y cervicouterino. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial en adultos. En 2015, se calcula que provocó 8.8 millones de defunciones, identificando, principalmente, cinco tipos de cáncer que son los responsables del mayor número de fallecimientos: cáncer pulmonar (1.69 millones), cáncer hepático (788 000), cáncer colorrectal (774 000), cáncer gástrico (754 000) y de mama (571 000).

El proceso del cáncer de pulmón es similar al de otros tipos de cáncer. La célula normal que se transforma en la célula tumoral se encuentra en el epitelio que reviste todo el árbol respiratorio desde la tráquea hasta el bronquiolo terminal más fino, y las células que se encuentran en los alveolos pulmonares.

Si bien el cigarrillo es una de las causas de cáncer de pulmón, su relación casuística ha originado que se considere una enfermedad autoproducida, cuando cualquier persona puede desarrollarlo, inclusive, existen algunos tipos de cáncer que se presentan mayoritariamente en población no fumadora.

Datos extraídos del programa de cáncer de pulmón en mujeres con mutaciones de receptor de crecimiento epidérmico (EGFR) no asociado al tabaquismo conducido por el doctor Óscar G. Arrieta Rodríguez de la unidad funcional de oncología torácica y laboratorio de medicina personalizada del Instituto Nacional de Cancerología muestra que el 63% de sus pacientes eran no fumadores.

El cáncer de pulmón siempre es tratable, independientemente del tamaño, la localización y el grado de diseminación; no obstante, el resultado a largo plazo no es muy favorable cuando el estado del cáncer es más avanzado.

A nivel mundial, tomando como referencia el año 2016, la tercera causa de muertes observadas por tumores malignos corresponde a aquellos desarrollados en los órganos respiratorios e intratorácicos. La tasa de supervivencia es del 10 al 20% a cinco años en la mayoría de los países analizados.

En México, la frecuencia del cáncer de pulmón va en aumento en las décadas recientes, observándose en los casos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que el tipo predominante ahora es el adenocarcinoma, causando en 2012 la muerte de 7608 personas, con una tasa de mortalidad de 6.7 por cada 100 000 habitantes.

Se han determinado como causas de riesgo en el cáncer de pulmón la edad, el humo de tabaco (primera y segunda mano), el radón, asbesto y otros productos químicos peligrosos, la contaminación ambiental y por partículas, el humo intradomiciliario, la radioterapia, el arsénico, antecedentes familiares, ciertos complementos alimenticios (vitaminas) y enfermedades pulmonares (tuberculosis) entre otras.

Es decir, el cáncer de pulmón es multifactorial, que no es causado exclusivamente por que el paciente que lo padece sea o haya sido fumador, y que en muchas ocasiones su enfermedad está más relacionada con la actividad que desarrolla o desarrolló durante su vida laboral, afectando ciertamente a población vulnerable.

Los signos y síntomas del cáncer de pulmón son el dolor torácico, tos que no desaparece, tos con sangre, fatiga, pérdida de peso involuntaria, inapetencia, dificultad para respirar, sibilancias y debilidad.

El tratamiento actual del cáncer de pulmón en las instituciones públicas de salud solo consiste en una combinación de radioterapia y quimioterapia, aún y cuando existen tratamientos más modernos y eficaces que el tratamiento tradicional.

Los cuidados paliativos y el costo del diagnóstico, considerando biopsias, radiografías, imágenes por resonancia magnética, citologías y toracocentesis, entre otros estudios, redundan en un gasto elevado para la población que padece esta enfermedad.

Más aún cuando la enfermedad se presenta en población vulnerable, que pudo haberse enfermado como consecuencia de la actividad que desarrollaba laboralmente, o por el ambiente en el que habita, aunado al gasto de bolsillo que debe erogar la misma para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

A fin de garantizar una atención adecuada, oportuna, específica y de calidad a las personas que sufran cáncer de pulmón, propusimos en el grupo parlamentario del PAN que, del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que

actualmente dispone de más de 90 000 millones de pesos, se tomara el recurso necesario para su atención. El punto de acuerdo lo registramos en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión el 15 de mayo y fue aprobado por unanimidad el pasado miércoles 5 de junio, con un exhorto a la Secretaría de Salud para que fortalezca la atención, y a la Secretaría de Hacienda a destinar mayores recursos para garantizar la atención de la totalidad de pacientes del programa de cáncer de pulmón a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. Esperamos la sensibilidad del gobierno federal para hacer realidad este exhorto en un entorno donde está identificado el problema y se tiene el recurso para solucionarlo. ¿Ocurrirá?

Crónica de muertes anunciadas

En mis 41 años de médico nunca había visto una crisis del sector salud de esta magnitud, tanta maleficencia e incompetencia anunciadas como beneficencias por supuestamente luchar contra la corrupción, que augura en los mexicanos una crónica de muertes anunciadas.

Javier Potes acaba de relatar una escena que describe de cuerpo completo el fenómeno de lo que ya está ocurriendo y que tituló la lista de Schindler en los hospitales de México. Para ello, utiliza la voz de Jorge, cardiólogo de 34 años que trabaja en el Instituto Nacional de Cardiología, uno de los trece institutos nacionales de alta especialidad que dependen de la secretaría de salud (así, con minúsculas) y que, como le mencionó este escritor en columnas pasadas, están al borde del colapso por la reducción de todo tipo de recursos.

Jorge, el cardiólogo, trabaja en la evaluación de pacientes con problemas cardíacos y es uno de los responsables de programar los procedimientos para la colocación de stents que, debidamente puestos, dan años con calidad de vida a cientos de pacientes. Jorge no es un médico-técnico que ve folios, él atiende vidas, familias, sueños y esperanzas, por eso no es de extrañar que esté buscando soluciones más allá de sus responsabilidades.

Jorge le dijo “tengo la lista de Schindler”; así le llaman en el Instituto Nacional de Cardiología a una lista de más de 300 pacientes que podrían morir si no son atendidos antes de un año. Estar en esa lista te puede salvar la vida, no estarlo es impensable. De esa lista algunos ya son urgentes, otros —sin saberlo— se jugarán su suerte mientras esperan llegar vivos cuando haya posibilidad de atenderlos en seis u ocho meses o nunca. Pero las probabilidades de que hoy lleguen a ser atendidos son pocas, no hay dinero para nada: “... la solución del gobierno para disminuir los costos de atención es dejarlos morir, sin importar que los estemos privando de diez o quince años más de vida, algo tenemos que hacer”.

Otro caso que relata Javier es el de Esteban, director de un hospital público que tiene 300 camas. Hoy están ocupadas menos de cien. No se debe a que no haya pacientes, la demanda de servicios lo rebasa. Hace todavía cuatro meses era imposible pensar en un día con menos de 300 pacientes hospitalizados.

Hoy no les dan acceso a los pacientes, tiene que priorizar porque los medicamentos son escasos y no alcanzan para todos. Niños, mujeres embarazadas, personas mayores, pero no muy grandes. La frustración de Esteban se refleja en sus palabras: “siempre hemos tenido carencias, pero de alguna u otra forma hacíamos nuestro trabajo. Poníamos pacientes en los pasillos, les pedíamos apoyo

a médicos y enfermeras para que extendieran su horario. Estábamos mal, pero atendíamos; ya no, nos pusieron horarios de atención, nos limitaron el número de pacientes a recibir. Si no atiendes, no gastas. Ayer nos pidieron que redujéramos 20 % la plantilla del personal, apenas un día después de que el presidente López Obrador en sus mañaneras anunció que no habría recortes”.

Potes, quien es experto en calidad y administración de la salud, concluye que los recortes en salud afectan el bolsillo de las personas y cambian su estilo de vida, pero más que eso, los recortes en salud matan o dejan a las personas con grandes discapacidades para vivir con dignidad.

Niños que no recibirán vacunas, pacientes con enfermedades crónicas que no recibirán su tratamiento y hasta padecimientos menores que no deberían ser un problema, como apendicitis y urgencias leves, que se han convertido hoy en situaciones mortales por carencias básicas de suturas, anestésicos y antibióticos.

Recalca Javier que el gobierno sabe que no hay un “indicador de los pacientes que murieron y no debieron morir”, pero miles fallecerán en sus casas o en alguna sala de urgencia saturada. La causa de muerte será SIDA, insuficiencia renal, infarto al miocardio. En ninguna acta de defunción aparecerá “ineficiencia del sistema de salud” o “murió 10 años antes para que el país pudiera construir un tren”. No, serán muertos invisibles en estadísticas clínicas que hablarán del mal trabajo de prevención de gobiernos anteriores y nunca de la responsabilidad del actual, por malévolos e incompetentes para atenderlos.

Esta semana, exhortamos en el grupo parlamentario del PAN en el Congreso de la Unión a que la Secretaría de Salud federal informe a la opinión pública sobre las 306 obras de infraestructura inconclusas en todo el país, y explique el motivo de cancelación de 180 hospitales y unidades médicas; así como que se abstenga de ejecutar medidas de austeridad que reduzcan la inversión de mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento en salud durante el sexenio.

También el miércoles pasado se aprobó por unanimidad un exhorto a la Secretaría de Salud para que fortalezca las campañas, acciones y programas en materia de prevención de infecciones nosocomiales, que usted, estimado lector, debe saber que causan muchas muertes prematuras ya que son adquiridas en los hospitales y el paciente no las tenía al ingresar al hospital. La falta de recursos y medicamentos hará que también se sumen estas muertes a la crónica citada en el título. Les actualizo: esta semana sigue sin haber siquiera la licitación, menos los medicamentos. Lleva cuatro mañaneras emergentes para “explicar por qué no hay” en temas de salud, ninguno resuelto.

Agradezco al periódico *AM* que me haya permitido la inusual extensión de esta columna, haciendo un llamado a la sociedad, los organismos civiles y los profesionales de la salud a que tomemos más acción. Evitemos tener un holocausto en salud.

Gerontología y salud digital

En días pasados, el Dr. José Luis Palacios Blanco nos hacía saber que concluyó la compilación del trabajo colectivo que llevará como título *La ruta de la plenitud* que dará a luz en los próximos días. El Dr. Palacios ha sido además un líder educativo. Uno de sus temas preferidos ha sido la gerontología, del cual, desde la Universidad Meridiano, ha hecho una realidad para concientizar a la sociedad de los retos que tenemos para tener una mejor calidad de vida en la ancianidad, considerada ésta de los 65 años y más.

Gracias a la globalización, se puede hoy conocer experiencias exitosas, por ello, relato una de ellas que inició con la pregunta ¿una salud al servicio de los ciudadanos, moderna, ágil, de bajo costo y al alcance de las personas, será acaso un lujo que solo los países desarrollados se pueden dar? Y terminó con la respuesta de que sí fue posible hacerlo en un país de 18.7 millones de habitantes como Chile, con la puesta en escena de la iniciativa Hospital Digital del Ministerio de Salud, que lo invito, estimado lector, a conocer.

Actualmente tiene ya algunas funcionalidades. Es posible, a través de internet, tener acceso a la historia clínica del “usuario”, proporcionarle sus tratamientos farmacológicos con un recetario electrónico, agendar las citas con su médico, laboratorio o servicios de radiología sin tener que desplazarse hacia la unidad médica, o, incluso, le permite saber cuál es el tiempo estimado en que se tendrá la cita de especialidad o la fecha de cirugía que se está esperando.

Entiendo si usted al leer esta columna concluye “pues claro, el sistema chileno de salud está maduro tanto en la atención de la salud, como en la robustez de las políticas sanitarias y, desde luego, en la infraestructura tecnológica que favorece la conectividad”. Convencido estoy que Guanajuato tiene las mismas capacidades que Chile, por ello es por lo que el gobernador Diego Sinhue y el secretario Daniel Díaz están dando los primeros pasos al poner en marcha una unidad médica digital en un polígono de pobreza en León, ciudad que, con la iniciativa del alcalde López Santillana, ha tomado el reto de ser una ciudad modelo para tratar el cáncer, donde las tecnologías de la información jugarán un papel central. Los datos del acceso y uso de internet realizada en Chile en 2017 son similares a los de nuestro estado, gracias a la expansión de la telefonía móvil que hace posible que casi ocho de cada diez hogares tengan acceso a internet. Sin embargo, acceso no garantiza uso, pues quedan algunos grupos rezagados como la población gerontológica, donde, por ejemplo, la mitad de los adultos mayores que viven solos tienen internet; en cambio, si viven con otros adultos, incluso si también son mayores, el acceso aumenta a nueve de cada diez.

Sin embargo, aunque haya acceso, la encuesta reveló que la mitad de las personas de 60 años o más nunca ha utilizado internet: tres de cada diez en el quintil más rico, y siete de cada diez en el quintil más pobre. Las principales razones que dan para ello tienen que ver con que no saben para qué les puede servir ni cómo usarlo.

El reto que se tendrá en la unidad médica digital de Guanajuato será conocer si se puede hacer el cambio cultural para hacer de los adultos mayores personas con capacidades digitales para su uso en el tema de salud y otros que podrían ser de su interés. Para enfrentarlo, podrían también utilizar la experiencia positiva de alfabetización digital utilizada en el cono sur, donde, con motivo del Día Mundial del Internet, diversas instituciones, entre ellas el Banco Interamericano de Desarrollo, realizaron el taller “Mi primera *selfie*” con adultos mayores.

La mayoría de estas personas se enfrentaba por primera vez a la exploración de sus equipos digitales, y los vieron maravillarse con descubrimientos como la posibilidad de programar alarmas diarias para tomar sus medicamentos. Experiencias como esta deberían multiplicarse cada vez más para que este sector de la población pueda aprovechar al máximo los beneficios de la tecnología a favor de su salud. ¿Qué pensará el Dr. Palacios de esta iniciativa para hacer una propuesta en la Unidad de Salud Digital de Guanajuato?

Alergias alimenticias

Al revisar las políticas públicas sobre el derecho a la información que concurre con el derecho a la salud, un tema puesto en el escenario con más de una decena de iniciativas enfocadas a prevenir la mala alimentación, sobrepeso y obesidad fue el etiquetado de alimentos. Dichas iniciativas fueron dictaminadas en el pleno de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Un tema no abordado en las iniciativas de etiquetado de “advertencia”, tiene que ver con aquellos alimentos (“productos”) puestos a la venta y que hoy se sabe que para muchas personas pueden ser motivo para desencadenar una alergia, primordialmente en los niños. Por ello, estamos preparando, después de ver las fallas de la norma oficial mexicana, una reforma a la Ley General de Salud que dé facultades a la Secretaría de Salud para que todos los productos puestos a la venta alerten a los consumidores (“población”) acerca de aquellos compuestos que a la luz de la ciencia hoy se sabe que son más alergénicos. Esta es la razón de compartir con ustedes esta columna. Una alergia alimenticia es una reacción anormal de una persona a un alimento provocada por el sistema inmunológico, responsable de combatir aquellos gérmenes que pueden provocar las infecciones. La reacción provocada por el sistema inmunológico varía para cada persona y puede ser leve o grave, incluyendo la posibilidad de la pérdida de la vida.

La alergia alimenticia debe distinguirse de la intolerancia a los alimentos, que produce también síntomas no gratos como distensión abdominal, gases y cólicos estomacales. En la intolerancia no se ve involucrado el sistema inmunitario.

Un elemento clave para saber si es una alergia es que los síntomas suelen presentarse de manera inmediata. Los síntomas más comunes incluyen la presencia de grandes ronchas en la piel (conocidas como urticaria), inflamación, comezón en la piel, hormigueo en la boca, sabor metálico en la boca, tos, dificultad para respirar, silbidos con la respiración, opresión en la garganta, diarrea y vómitos. La persona alérgica también puede tener la sensación de que está por enfermarse, tener la piel pálida debido a la presión arterial baja, o perder el conocimiento. Las enfermedades crónicas más comunes asociadas con las alergias alimentarias son un trastorno de la piel llamado eczema y el asma.

El riesgo a la vida ocurre con lo que se llama choque anafiláctico, donde la reacción del sistema inmunológico produce un bloqueo de las vías respiratorias y, por ende, al faltar el oxígeno se produce la muerte cerebral.

Si bien cualquier alimento puede potencialmente producir alergias, la mayoría son causadas —más del 90% de las veces— por la ingesta de frutos secos, cacahuets, leche, huevos, soya, trigo, pescado y mariscos. Es importante saber

que rara vez se es alérgico a solo un producto, es decir, quien tiene este tipo de respuestas inmunológicas, lo es de al menos tres o más alimentos.

Además, los estudios han demostrado que algunos aditivos alimenticios causan problemas, como el aspartame usado como endulzante artificial y colorantes alimenticios. La utilización de alimentos procesados explica por qué hoy son más comunes las alergias alimenticias.

Es importante decir que, si usted o algún familiar ha tenido los síntomas arriba mencionados, o si usted es hipocondriaco y cree haberlos tenido, debe estar alerta para saber qué alimentos pudo haber ingerido y vaya con su médico, quien a través del conocimiento que tiene de su historia clínica, irá descartando uno a uno, o quizá le proponga algunas pruebas específicas.

Hoy se sabe que, si su niña o niño tiene alergia a la leche, huevos, trigo o productos de soya, es probable que la tenga a lo largo de su vida. Igual ocurre con los adultos que son alérgicos a los cacahuets, nueces, pescado o mariscos. De aquí la importancia de que las etiquetas de los alimentos comercializados alerten sobre todo si este tipo de alérgenos, ya sean alimentos o excipientes, están presentes.

Una vez que su médico o su sentido común le indiquen que usted tiene alergia alimenticia, es claro que la primera solución —y quizá la única— es evitar su consumo. Si acostumbra alimentos procesados, debe leer las etiquetas y verificar que no tengan alguno que le provoque la reacción inmunológica. Debe además avisar en la guardería, la escuela o la empresa donde trabaja, o al hogar donde quizá acudirá a una visita social, qué alimentos le producen alergia y evitar que se los den.

Termino con la recomendación de que, si ya es un hecho que hay alergia alimenticia, le solicite a su médico instrucciones precisas de qué hacer, dado que cuando es leve no hay problema, pero si puede haber un choque anafiláctico, puede requerir siempre tener a la mano un medicamento inyectable para controlar el choque y que no pase a mayores. No se trata de infundir miedo, se trata de vivir con calidad conociendo qué restricciones tendrá.

Fin de la coerción en salud mental

La Asamblea Parlamentaria de Consejo de Europa, que es una organización intergubernamental dedicada a proteger los derechos humanos, la democracia pluralista y el estado de derecho, aprobó de manera unánime una resolución para poner fin a la coerción en la salud mental con la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos, y emitió recomendaciones a los 47 países de la Unión Europea que la integran, a los países que tienen el estatus de socios para la democracia y a los países observadores como México, que fue integrado hace 20 años, de cuya representación formé parte de la discusión donde se emitió.

El documento de posicionamiento para el debate inició con las siguientes aseveraciones del pensador irlandés Clive Staples Lewis, que cito: “de todas las tiranías, una tiranía ejercida sinceramente por el bien de sus víctimas puede ser la más opresiva... Quien nos atormenta por nuestro propio bien nos atormentará sin fin porque lo hace con la aprobación de su propia conciencia”.

Llevó dos años el estudio a las comisiones de asuntos sociales, salud y desarrollo sostenible con opinión de la comisión sobre igualdad y no discriminación para poner un alto a las medidas coercitivas utilizadas en psiquiatría para las personas con la salud mental afectada en contra de su voluntad.

Se estudió que, en toda Europa, un número creciente de personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales están sujetas a medidas coercitivas, como la colocación involuntaria y el tratamiento. Incluso en países donde se han introducido las llamadas leyes restrictivas para reducir el recurso a tales medidas, la tendencia es similar, lo que indica que en la práctica tales leyes no parecen producir los resultados esperados.

Es clara una cultura de confinamiento que se centra y se basa en la coerción para “controlar” y “tratar” a los pacientes que se consideran potencialmente “peligrosos” para ellos mismos o para otros. De hecho, la noción de riesgo de daño para uno mismo u otros sigue siendo un foco importante en las justificaciones de las medidas involuntarias en los Estados miembros del Consejo de Europa, a pesar de la falta de evidencia empírica sobre la asociación entre las condiciones de salud mental y la violencia, y la eficacia de la coacción. Confiar en tales medidas coercitivas no solo conduce a privaciones arbitrarias de la libertad, sino que, al ser un tratamiento diferencial injustificado, también viola la prohibición de la discriminación.

La evidencia de la investigación sociológica sobre el trabajo de campo en personas con problemas de salud mental, por otro lado, apunta a experiencias abrumadoramente negativas de medidas coercitivas, que incluyen dolor, trauma

y miedo. Los “tratamientos” administrados contra la voluntad de los pacientes, como la medicación forzada y las descargas eléctricas forzadas, se perciben como particularmente traumáticos. También plantean problemas éticos importantes, ya que pueden causar daños potencialmente irreversibles a la salud.

La coerción también tiene un efecto disuasorio sobre las personas con afecciones de salud mental que evitan o retrasan el contacto con el sistema de atención de la salud por temor a perder su dignidad y autonomía, lo que en última instancia conduce a resultados negativos para la salud, como angustia y crisis intensas que ponen en peligro la vida. Situaciones que a su vez conducen a una mayor coerción. Hay una necesidad de romper este círculo vicioso.

Los sistemas de salud mental en toda Europa deben reformarse para adoptar un enfoque basado en los derechos humanos que sea compatible con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y que respete la ética médica y los derechos humanos de las personas afectadas, incluidos en su derecho a la atención médica sobre la base del consentimiento libre e informado.

Una serie de ejemplos positivos dentro y fuera de Europa, que incluyen estrategias basadas en hospitales, respuestas basadas en la comunidad (como los servicios de crisis o de relevo liderados por pares) y otras iniciativas como la planificación anticipada, han demostrado ser altamente exitosas en prevenir y reducir el recurso a prácticas coercitivas. Estas prácticas prometedoras también son muy efectivas para ayudar a las personas con problemas de salud mental durante situaciones de crisis y, por lo tanto, deben colocarse en el centro de los sistemas de salud mental. Los servicios que dependen de la coerción deben considerarse alternativas inaceptables que deben abandonarse.

Conuerdo plenamente con la resolución y las recomendaciones emitidas, debemos luchar contra la exclusión de las personas con problemas de salud mental asegurándonos de que tengan acceso a la protección social adecuada, incluida la vivienda y el empleo; así como proporcionar apoyo social y financiero adecuado a las familias de personas con afecciones de salud mental para que puedan hacer frente al estrés y la presión de apoyar a sus seres queridos.

Drogas ilegales y adictos al alza

La evidencia hoy disponible es muy clara: por un lado, una mayor variedad y cantidad de drogas en el mundo, y por el otro, una mayor cantidad de usuarios (adictos), de los cuales muchos mueren muy jóvenes, primordialmente por el uso de opiáceos. Debemos ocuparnos.

El informe mundial sobre drogas 2019 de la ONU revela datos muy preocupantes, estimados lectores: el número de muertes vinculadas al consumo de drogas en 2017 fue de casi 140 000 más que en 2015. Los opioides fueron las drogas más mortíferas, tan solo en los Estados Unidos fueron más de 45 000 muertos.

La OCDE también emitió una alerta a los países miembros por la crisis del consumo de opioides, pues entre 2011 y 2016, en los 25 países que la integran, las muertes relacionadas con los opioides aumentaron en más del 20%. El abuso de los opioides se manifiesta con la sobrecarga de los servicios de salud a través de la hospitalización y las visitas a la sala de emergencias.

Gabriela Ramos, jefa de personal de la OCDE y sherpa del G20, al lanzar el informe en París, resaltó que esta crisis afectó a los más vulnerables e instó a los gobiernos a tomar medidas decisivas para detener la trágica pérdida de vidas y abordar los terribles costos sociales, emocionales y económicos de la adicción con un mejor tratamiento y soluciones de políticas de salud, enfatizando que la política más efectiva sigue siendo la prevención. El informe 2019 también resalta más consumidores de drogas, pues señala que en 2017 unos 271 000 000 de personas —el 5,5% de la población mundial de 15 a 64 años— fue un 30 % mayor a la del año 2009. La droga más extendida fue la marihuana con unos 188 000 000 de consumidores. También se documenta que se ha elevado asimismo el número de personas con trastornos graves causados por las drogas.

En México, los años de vida ajustados por discapacidad (DALY), que muestran los problemas de salud que causan el mayor sufrimiento en una sociedad, —ya sea por el asesinato de personas cuando son muy jóvenes, o por el acortamiento en unos pocos años de la vida de muchas personas o por el abuso diario de drogas— se han incrementado. En 2017, en la población de 15 a 49 años, se perdió el 2% de DALY por alteraciones debido al uso de drogas, 0.40% más que en la última medición. Guanajuato tuvo la misma tendencia.

Otros hallazgos fueron que la producción de cocaína en 2017 fue de 2 000 toneladas, 25% más que en 2016, la mayoría proveniente de Colombia. México, con 586 toneladas, fue el segundo productor de opio del mundo solo detrás de Afganistán, los cultivos de adormidera en nuestro país subieron de 6900 hectáreas en 2007 a 30 600 en 2017.

En México se han documentado casos de adicción a un analgésico sintético llamado tramadol, que es similar a la morfina. La ONU alertó una crisis de su abuso sobre todo en el África y, considera, podría estar más extendido de lo pensado. Otras drogas sintéticas también están en auge, hay cerca de 30 000 000 de consumidores de anfetaminas y estimulantes análogos y existen 21 000 000 que toman “éxtasis”.

La ONU deja entrever que la legalización de la marihuana con fines lúdicos permitida en nueve estados y en el distrito de Columbia del vecino país del norte, pudo impulsar el mayor consumo de esa droga. Al observar un período de diez años, entre 2007 y 2017, el aumento en el número de estadounidenses que consumió marihuana al menos una vez al año fue del 63% y, mayor aún, del 130 % el de las personas que usaron a diario la droga.

La ONU advirtió que, si bien es demasiado pronto para evaluar el impacto final de la legislación que permite el uso lúdico de la marihuana en Canadá, Uruguay y algunos estados de Estados Unidos, algunas de las primeras tendencias son dignas de un estrecho seguimiento. Más atención debemos prestar los mexicanos a estos hallazgos a la luz de la presión existente para legalizar su consumo, pues los efectos dañinos del consumo de marihuana están a la vista.

Por último, la ONU destacó que la prevención y el tratamiento siguen fallando en muchas partes del mundo y solo una de cada siete personas con problemas graves de adicción recibe tratamiento. La situación en los países en desarrollo es mucho peor. El informe también pone el foco en la situación en las prisiones, donde los problemas de consumo y la prevalencia de enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas, como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis, son mucho más altas.

En México, el presidente López Obrador presentó un esbozo de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones. Una vez que la publique con sus detalles, recibirá todo el apoyo necesario en el PEF 2020 por parte de este escritor y su grupo parlamentario del PAN.

Seguro Popular 2019, ¿falsos dilemas?

Ayer concluyeron las audiencias públicas para escuchar a funcionarios federales, académicos, investigadores y organizaciones de la sociedad civil, acerca de la iniciativa presentada por el partido Morena para eliminar el Seguro Popular y crear el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

Una frase repetitiva de diversos funcionarios federales fue “falso dilema” para argumentar cualquier situación. Dilema significa una situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas, por lo que el adjetivo calificativo no aplica a la perfección, dado que lo que se está discutiendo es si los beneficios del propuesto Insabi serán iguales o mejores que el Seguro Popular.

Esta misma semana fue presentado el Informe de Resultados del Seguro Popular enero-junio de 2019, de tal manera que ya son los datos del gobierno actual, para que luego no resulte que ellos tienen otros datos. Del informe de 194 páginas, resaltaré, estimados lectores, algunos datos relevantes. El tamaño de los hogares disminuyó de 4.0 a 3.6 personas en 2019 y la tendencia es a la baja, situación que impactará en el futuro, pues debemos recordar que la fuente primaria de la seguridad social es la familia. De las más de 23 000 000 de familias, el 71% de ellas son encabezadas por mujeres, que contrasta con lo informado por INEGI quien dio a saber que la jefatura femenina en los hogares en 2018 fue del 28.5%. El papel multifuncional de la mujer tanto en el hogar como en la sociedad se visibiliza cada día más. Más de 51 000 000 de mexicanos tienen Seguro Popular, son mexicanas y mexicanos que ganan menos de un salario mínimo (55.5%), dos salarios (35.8%), tres salarios (7%), cuatro salarios (1.5%) y que ganan cinco o más de diez salarios mínimos solo el 0.3% del total. El efecto redistributivo de los impuestos generales con lo que se paga el Seguro Popular es claro, atiende a los más pobres. El Seguro Popular se encuentra con presencia en 113 298 localidades con población mayor a un habitante, estando afiliados en la zona rural más de 18 000 000 de mexicanos, de los cuales 54.5% son mujeres; y más de 33 000 000 en las zonas urbanas.

El programa Seguro Médico Siglo XXI, que financia la atención preventiva y médica en los menores de cinco años, tiene a junio de 2019 más de 4 000 000 de afiliados. La estrategia para reducir la muerte por embarazo denominada embarazo saludable que ha sido una prioridad tiene más de 2 000 000 de mujeres a las que se les exenta de cualquier pago por la atención de ellas y de sus bebés para que haya un acceso efectivo a la salud.

El programa en zonas prioritarias, orientadas a disminuir las desigualdades regionales mediante la atención de los rezagos, tiene cerca de trece millones de afiliados. En aquellos municipios con más del 40% de población que habla lengua indígena tiene más de 7 000 000 de afiliados.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, un fondo de reserva, cubre 66 enfermedades y cerca de un centenar de intervenciones que se atienden con más de 298 prestadores de servicios. Estas enfermedades son muy costosas y se pagan caso a caso, año por año que tenga la enfermedad. En 2017 se validaron 96 000 enfermos atendidos a un costo de 11 658 000 de pesos.

En 2018 se validaron y pagaron a la fecha 94 400 enfermos autorizados con un monto de 12 805 millones de pesos. De enero a junio reportan 18 953 casos de un total de 23 590 declaratorias equivalente a casi mil millones de pesos.

De este fondo, en que se hace un listado en 2018, se pagaron los medicamentos y servicios para los pacientes con VIH-SIDA (94 400 casos), cuidados intensivos neonatales, para atender a bebés en estado crítico (10 135 casos), 7100 pacientes con cáncer de mama, que como todos los cánceres requerirán del fondo en los años subsiguientes como los 3172 casos de seguimiento pagados ese año; 2386 mujeres con cáncer cervicouterino, 1660 niños con cáncer de la infancia y la adolescencia, 1151 personas con infarto agudo al miocardio, 775 hombres con cáncer de próstata, por mencionar tan solo algunos.

El Seguro Popular tiene retos, entre ellos la lucha frontal contra la corrupción, el acceso efectivo a los servicios de salud y el más importante: requiere de más recursos. El verdadero dilema está en ver si el Insabi podrá superar lo que ya tenemos. Ese es el tema a discusión. Convencido estoy de la necesidad de reforzar la institución llamada Consejo de Salubridad General, a la que le quitan funciones tan relevantes como la priorización de las enfermedades que provocan gastos catastróficos, y también de que el Fondo contra Gastos Catastróficos y la asignación per cápita por número de población que tienen los servicios estatales de salud no deben desaparecer.

Mariguana money

El 30 de abril de 2016 escribía la columna titulada “Estigma, jóvenes y marihuana” relatando la iniciativa que introdujo Peña Nieto el 21 de abril de 2016 en el Congreso de la Unión y, tal como lo predije, fue publicada el 17 de junio de 2017 en el *Diario Oficial de la Federación*, donde manda a la Secretaría de Salud diseñar y ejecutar políticas públicas que regulen el uso medicinal de los derivados farmacológicos de la cannabis sativa, índica y americana o marihuana, entre los que se encuentra el tetrahidrocannabinol, sus isómeros y variantes estereoquímicas, así como normar la investigación y producción nacional de los mismos.

Se autorizó también a que los productos que contuvieran derivados de cannabis en concentraciones del 1% o menores de tetrahidrocannabinol (THC) y que tuvieran amplios usos industriales, podrían comercializarse, exportarse e importarse cumpliendo los requisitos establecidos en la regulación sanitaria. Se despenalizó la siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana, cuando estas actividades se hicieran con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emitiera el ejecutivo federal.

El Consejo de Salubridad General, a partir de los resultados de la investigación nacional, debería conocer el valor terapéutico o medicinal que lleve a la producción de los fármacos que se deriven de la cannabis sativa, índica y americana o marihuana y sus derivados, para garantizar la salud de los pacientes.

Por último, se indicaba que la Secretaría de Salud reforzaría los programas y acciones con énfasis en la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y control del consumo de cannabis sativa, índica y americana o marihuana y sus derivados, por parte de niñas, niños y adolescentes, así como el tratamiento de las personas con adicción a dichos narcóticos. A 39 meses de distancia, continúa la polémica del uso medicinal y lúdico de la marihuana.

En el uso medicinal, con el fallo de la Suprema Corte de Justicia de hace dos días, quedó de manifiesto la negligencia de las autoridades federales en emitir la reglamentación de lo aprobado, donde se les da de nuevo 180 días para que cumplan. El Consejo de Salubridad General tampoco ha determinado el valor terapéutico ni ha dictaminado medidas para fortalecer la investigación nacional. Por último, es notorio que tampoco se han tomado las medidas para proteger a nuestros niños, niñas y adolescentes.

En el uso lúdico, aún ilegal en México, se han dado sentencias judiciales aisladas para su consumo, quedando aún desórdenes legales que solo los legisladores pueden subsanar en la ley para retirar su prohibición, a fin de evitar que mediante fallos judiciales se alcancen unos objetivos y otros queden desplazados,

ello en perjuicio de una sociedad de por sí lastimada. Por ello, el debate ya está abierto en el Congreso y en los próximos meses se verá el desenlace.

Mi posición será con base en la evidencia científica 2019 y los datos conocidos son múltiples: la droga —ilegal— más utilizada en el mundo es la marihuana con más de 180 000 000 de personas. En los nueve estados del país del norte donde se legalizó el uso lúdico, se impulsó el mayor consumo de esa droga; allí, en la última década, hubo un aumento del 63% de personas que consumieron marihuana al menos una vez al año y un incremento del 130% de las personas que la fuman a diario. En Uruguay, Canadá y Estados Unidos, aún hay pocas evidencias para evaluar el impacto final de la legislación que permite su uso lúdico, estaremos pendientes del seguimiento.

En conclusión, debe la autoridad ponerse las pilas en las condiciones para cumplir con la visión del uso medicinal de la marihuana, efectos benéficos económicos incluidos. Las indicaciones hoy más utilizadas son cáncer, glaucoma, VIH-SIDA, hepatitis, trastorno de estrés postraumático, esclerosis lateral amiotrófica, fibromialgia, síndrome de Tourette, neuropatía periférica, caquexia, dolor severo y crónico, náuseas severas, convulsiones (incluyendo convulsiones epilépticas) y espasmos musculares persistentes (incluidos los que son característicos de la esclerosis múltiple). Cabe enfatizar que la FDA en la unión americana solo ha aprobado dos productos: dronabinol (Marinol, Abbvie) para la caquexia en el VIH y las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia en el cáncer, y la solución oral de cannabidiol (Epidiolex, Greenwich Biociencias) para las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut y el síndrome de Dravet. Los demás productos que hoy se comercializan pueden tener una carga significativa de efecto placebo.

Una vez que la autoridad inicie su reglamentación para uso médico, habrá, a mi juicio otros retos que ir planteando desde ahora, entre ellos: 1) disponer de un conocimiento científico adecuado con respecto a la efectividad, dosis, mecanismo de administración, indicaciones e interacciones farmacológicas en humanos; 2) diseñar estándares educativos para la capacitación de dispensarios y profesionales de la salud; 3) mecanismos de acceso para la comunicación y coordinación de la atención al paciente; 4) opciones de dosificación unitaria que respondan a la complejidad de cada paciente, y 5) eliminar las barreras de acceso para pacientes que busquen esta alternativa terapéutica.

Toda ciencia viene del dolor

No es nada fácil la tarea de hablar en favor de aquellos olvidados sociales, silenciados, de rostro velado, enfermos y en la antesala de la muerte. Me lo escribió ayer Fabiola Montoya, una psicóloga dedicada a la atención y activismo de los derechos de niños enfermos y terminales del estado de Jalisco. Hizo referencia a que leyó la iniciativa de Ley de Cuidados Paliativos que presentamos el miércoles pasado, dijo que le entusiasma y aplaude que la figura del enfermo pediátrico tenga presencia. Por supuesto, Fabiola concluyó con la siguiente oferta: diputado, si desde Jalisco podemos hacer algo para impulsar, cuente con un grupo social amplio y autorizado, médicos, universidades, agrupaciones sociales y voluntarios para apoyar esta iniciativa.

Al estar escribiendo esta columna, recibo esta comunicación de parte de una colega estimada que me dijo así: “tengo un hermano a quién se le diagnóstico mieloma múltiple (MM) hace un mes y medio, ingresó a un instituto nacional donde actualmente es tratado. Es un caso típico: 63 años, fracturas, dolor, daño renal, anemia, debilidad extrema. Estamos muy desorientados y completamente inéditos en el asunto. ¿Sería tan amable en informarme acerca de la Asociación Mexicana de Enfermos de Mieloma Múltiple, dirección, correos electrónicos, actividades y el lugar donde el 5 de septiembre se llevará a cabo el Día Internacional del MM, posibilidades de apoyos económicos, sociales, grupos de apoyo para él y la familia? En fin, dice ella, como le menciono, estamos empezando, estamos muy desconcertados e ignoramos todo del MM. Sé que le lanzo abruptamente mis peticiones, ojalá pueda ayudarme”. Hasta aquí la cita. Estos, estimadas y estimados lectores, son ejemplos de la vida real. Ahora visibilice lo que ocurre en nuestro país: aproximadamente hay 240 mil personas y sus familias que sufren igualmente estas situaciones y que requieren que todos pongamos más acción. Enfatizo, además, que son personas sobresalientes las que escribieron, pues la mayoría de estos miles de mexicanas y mexicanos, están tan agobiados, tan sufridos, tan adoloridos, tan deprimidos en ocasiones por su enfermedad, que su voz no se escucha y, por ende, no ponemos como sociedad la atención debida.

El dolor tiene un gran poder educativo, dijo el historiador italiano Cesare Cantú. Nos hace mejores, más misericordiosos, nos vuelve hacia nosotros mismos y nos persuade de que esta vida no es un juego, sino un deber. El dolor es para la humanidad un tirano más terrible que la misma muerte, señaló el filósofo alemán Albert Schweitzer. Por último, Stefan Zweig sustentó que toda ciencia viene del dolor. El dolor busca siempre la causa de las cosas, mientras que el bienestar se inclina a estar quieto y a no volver la mirada atrás.

A diez años de distancia de la modificación a la Ley General de Salud que promovimos con la inserción de todo un título de cuidados paliativos para enfermos en situación terminal, la evaluación *ex post* de dicha reforma evidenció limitantes como que solo era aplicable como resultado de la decisión de dar por terminado un tratamiento curativo, es decir, solo para enfermos en situación terminal, lo que representó una limitación a la atención del dolor.

El criterio hoy universalmente aceptado es iniciar los cuidados paliativos a partir del diagnóstico de una enfermedad amenazante o limitante para la vida. Otro hallazgo fue la desconfiguración normativa en el proceso de querer llevar el mandato de la ley hasta el paciente. La idea es tener una regulación ordenada y sistemática sobre los cuidados paliativos, la atención del dolor y la disponibilidad y acceso a medicamentos controlados, estupefacientes y opiáceos incluidos, haciendo explícitos desde la ley la certeza jurídica de los profesionales y de los pacientes, de estos últimos hasta su fallecimiento resultante de un proceso natural en condiciones de libertad, bienestar y autonomía del paciente, libre de dolor, con asistencia médica y espiritual donde el paciente y su familia lo decidan.

La ley que propusimos contempla la creación de un sistema explícito sobre la prescripción, dispensación y manejo de los medicamentos controlados, a fin de contribuir a la solución de dos graves problemas hoy existentes: la falta de cobertura efectiva de servicios paliativos a los enfermos que lo requieren y la gravísima falta de acceso a medicamentos controlados para el dolor. Solo uno de cada dos enfermos con dolor recibe el tratamiento adecuado en México.

Otro tema más en la ley propuesta es la regulación de los cuidados paliativos en niñas, niños y adolescentes enfermos, donde es mucho más grave, por ejemplo, la falta de medicamentos para controlar el dolor. Asimismo, prevé la iniciativa la creación de un sistema de cuidados paliativos domiciliarios, no micro esfuerzos macro desintegrados como existe hoy.

Concluyo con la mención de nuestra propuesta en la ley para crear una comisión social de monitoreo de cuidados paliativos como una entidad autónoma conformada por organizaciones, profesionales de la salud, empresas y proveedores de servicios, apoyada por el Consejo de Salubridad General, institutos nacionales de salud y en provincia por los Hospitales Regionales de Alta Especialidad como el que existe aquí en el Bajío.

Puntualizo que ni la modificación de la reforma de 2009 ni la iniciativa presentada tienen el propósito de permitir la eutanasia o el suicidio asistido. Esperamos su respaldo en las sesiones de parlamento abierto que celebraremos en el Congreso de la Unión.

El hijo con diabetes

José García Velázquez manifestó, a través de un poema, lo que significó la diabetes mellitus tipo 1, donde hace saber que el momento más duro es cuando se hace el diagnóstico, para luego dejar la esperanza de un mundo mejor para las niñas, niños y adolescentes que la padecen, que tengan una vida normal con familias organizadas rodeándolos de amor y cuidados. Cito el poema:

El hijo con diabetes

Un vocablo cambió tu vida entera: / fue como entrar en un negro agujero, / en otra historia, en una nueva era, / un mal sueño que se hizo verdadero.

Vives entre realidad y quimera / y te cuesta tener juicio certero, / que la razón se imponga cuando quiera / a la emoción en un combate fiero.

Cuando aceptas por fin la enfermedad, / aprendes a vivir serenamente, / mirando a los problemas cara a cara; / conocerla te da seguridad, / fortaleza en el cuerpo, y en la mente / optimismo que las ideas aclara.

Cientos de hijas e hijos de mexicanos y sus familias padecen la diabetes mellitus tipo 1, estimados lectores. Se organizan, se autoayudan y el sistema de salud mexicano atiende con serias deficiencias esta enfermedad, de la que, por desgracia, muchos fallecen de manera prematura.

Como ocurre con muchas enfermedades, la ciudadanía solo las ve cuando están en su círculo familiar. Quiero describirle a un grupo de familias y organizaciones civiles mexicanas extraordinarias que están dando voz a esos miles de niños que reclaman hoy una mejor atención de esta enfermedad, para que sus hijos tengan un futuro de vida plena y feliz.

El movimiento que encabezan lo denominaron “Por una sola voz en la diabetes tipo 1” y está formado por 25 asociaciones unidas a lo largo de la República Mexicana, que representan el esfuerzo que, desde la sociedad civil organizada, hacen por mejorar la salud y calidad de vida de miles de niños, adolescentes y adultos que viven con diabetes tipo 1 en México.

Tienen como objetivo principal el garantizar la atención integral y control para todas las personas con diabetes tipo 1. Hicieron una agenda común que les permitiera elevar la voz para que se reconozca a la diabetes tipo 1 como real prioridad en nuestro país.

Su declaratoria tiene seis puntos donde enfocan sus baterías: 1) atención en tiempo y forma a la diabetes tipo 1, 2) diferenciar los tipos de diabetes, 3) impulsar un registro nacional de personas con diabetes tipo 1, 4) homologar la

atención de la diabetes tipo 1, 5) garantizar el acceso completo a insumos para el manejo de la diabetes tipo 1, 6) reforzar la capacitación de médicos y personal de salud.

Desde esta columna extendiendo el más amplio de los reconocimientos por la labor a estas 25 asociaciones, resalto entre ellas en nuestro Guanajuato a la Asociación Mexicana de Diabetes en sus capítulos Valle de Santiago, Santa Fe de Guanajuato y la de León, ubicada en Paseo de la Águilas 52, colonia San Isidro, a donde puede usted acudir o remitir, estimado lector, pacientes o familiares en busca de orientación y atención.

Tuvimos la oportunidad de atenderlos en la Cámara de Diputados, donde decidimos juntos ser su voz dentro del Congreso de la Unión en dos momentos. En el primero de ellos, elaboramos un punto de acuerdo por el que exhortaba a la Secretaría de Salud para que revise la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, presentado el 17 de julio de 2018 en la Comisión Permanente y que fue aprobado por unanimidad en el pleno el día 21 de agosto.

Conseguimos juntos, asociaciones civiles y legisladores, que la Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión exhortara respetuosamente a la Secretaría de Salud del gobierno federal para que lleve a cabo una revisión exhaustiva de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, con carácter prioritario abarcando los aspectos de diferenciación en la identificación y determinación del tratamiento para diabetes tipo 1.

El segundo momento ocurrió el pasado miércoles 28 de agosto, al presentar la senadora Alejandra Reynoso Sánchez y este escritor, un proyecto de iniciativa para que desde la Ley General de Salud, en la atención materno-infantil, tengan carácter prioritario la detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 1, mediante la expedición de la una norma oficial mexicana, un programa de acción específico y actividades de seguimiento, vigilancia y evaluación de esta enfermedad, conforme al artículo 159 bis que solicitamos se inserte, dejando explícitas las obligaciones del Estado mexicano para con las niñas, niños y adolescentes que padecen de diabetes mellitus tipo 1.

Ahora seguiremos atentos al tránsito legislativo, donde el movimiento “Por una sola voz,” que está agrandándose por todo el país, y los promoventes de la iniciativa estarán cabildeando con todas y todos los legisladores para hacer que primero se inserte en la ley y, segundo, que se asignen los recursos necesarios para que el derecho a la salud se haga un hecho y no un dicho.

La poca salud en el primer informe

En el mensaje del acto público, denominado “tercer Informe” encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador desde Palacio Nacional el primero de septiembre, al referirse a la materia de salud, afirmó que: “Se creó el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi), a fin de reemplazar al llamado Seguro Popular. Se garantizará lo más pronto posible el derecho a la salud a toda la población con prioridad para quienes no tienen seguridad social.”

Haber afirmado que se “creó” el Insabi es una mentira absoluta, estimados lectores, como es fácil de demostrar: dicho instituto está pensado como organismo descentralizado y, conforme al artículo 15 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales, estos organismos podrán ser creados por decreto del Ejecutivo Federal o del Congreso de la Unión. Por decreto, el 13 de mayo de este año, la Secretaría de Salud presentó ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria (expediente 02/0014/130519) el “anteproyecto de decreto por el que se crea el Insabi”, y dos días más tarde, se obsequió con una rapidez inusitada, la exención del análisis de impacto regulatorio (AIR), herramienta de política pública que tiene por objeto garantizar la calidad de las regulaciones y que los beneficios sean superiores a los costos, así como analizar sistemáticamente los impactos potenciales de los instrumentos regulatorios para la toma de decisiones gubernamentales, fomentando que estos sean más transparentes. El Insabi decretado por esta vía es hoy inexistente.

Por ley, dos meses más tarde, el 3 de julio se presentó una iniciativa de Morena que plantea la creación del Insabi y la derogación del Seguro Popular, la cual se encuentra en proceso de estudio y análisis en la Comisión de Salud, responsable de hacer el dictamen para aprobarse primero allí y luego en el pleno de los 500 diputados. Después la minuta pasaría a Senado de la República, que deberá revisarla y, si fuese aprobada en sus términos, enviaría al ejecutivo federal para su publicación en el *Diario Oficial de la Federación*. Solo hasta la entrada en vigor de las modificaciones a la Ley General de Salud, estaría creado dicho instituto. El Insabi decretado por esta vía es también hoy inexistente.

El presidente López Obrador también señaló que: “el instituto ha empezado a resolver cuatro demandas básicas en materia de salud: el abasto de medicamentos, la asignación de médicos, enfermeras y paramédicos en toda la población, la rehabilitación y ampliación de la infraestructura de salud y la basificación de más de 80 000 trabajadores de la salud”. Obvio es que, si no existe el Insabi, menos que esté empezando a resolver lo señalado por él.

Los hechos denunciados por los ciudadanos y los medios de comunicación me permiten afirmar que, en esta administración, el sector salud enfrenta

su etapa más crítica. Hoy, para nadie es desconocido que un año le bastó a este gobierno para conducir a su peor crisis tanto a los servicios estatales de salud, como a las instituciones de seguridad social y cito tres ejemplos sucintos.

Abasto de medicamentos. Para el semestre julio-diciembre de este año, se asignó apenas el 32% de lo necesario, y quizá se asigne de manera directa, quién sabe cuándo y con qué transparencia el 68% restante. Asignado no quiere decir comprado ni distribuido hasta las unidades médicas donde se prescriben. Por ello no hay medicamentos y la población lo siente y lo sufre, y lo informa a los medios de comunicación. Quizá la institución que más lo sufre es el ISSSTE, que dejó una deuda mayúscula por adquisición de medicamentos desde el año 2017 y, debo reconocer, que este gobierno ha hecho esfuerzos por pagarlas y generar confianza para que les vuelvan a dar créditos. Vacunas. “A confesión de parte, relevo de prueba” es un axioma jurídico que significa que quien confiesa algo, libera a la contraparte de tener que probarlo. Los propios funcionarios de la Secretaría de Salud han reconocido el desabasto de vacunas, sobre todo para prevenir el sarampión entre otras.

Pasamos del gozo al pozo, contando hasta el momento de escribir esta columna con 16 casos a lo largo de la república, la mayoría importados. El reto es mayúsculo, pues debemos asegurarnos en el futuro cercano que al menos el 95% de la población tenga su esquema completo por grupos de edad.

Recursos humanos. En el informe escrito no da cuenta de los dichos del presidente de que hayan asignado médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos o promotores de la salud a todas las regiones del país. Por el contrario, debido a los recortes del presupuesto y la eliminación de programas como el componente de salud prospera, ha implicado despidos del personal de la salud; protestas de pasantes al querer disminuir sus becas y el número de plazas a pesar de que atienden a la población más dispersa y pobre del país; residentes de especialidad afectados por la carga laboral y el salario ínfimo; servicios críticos como las terapias intensivas, oncológicas y neonatológicas subutilizados por falta de especialistas que eran contratados como eventuales y que fueron despedidos. Insecticidas. Hasta el último boletín epidemiológico oficial, se registran 6958 casos confirmados del dengue sin datos de alarma, 425% más que el mismo periodo del año pasado; casos de dengue con datos de alarma, 2554, y con dengue severo, 699. Espero que la corrupción sea combatida de manera efectiva y que tengamos insecticidas, medicamentos y personal para combatir el dengue.

Concluyo con la esperanza de que el proyecto de Presupuesto de Egresos 2020 que presentará el presidente a la Cámara de Diputados refleje en hechos sus dichos, que, hasta hoy, son falsedades.

Toxicidad financiera en pacientes con cáncer

La toxicidad financiera describe el impacto de los costos de atención médica directos e indirectos que conducen a una carga financiera significativa para los pacientes, sus familias y sus cuidadores, lo que resulta en una mayor angustia psicosocial, disminución de los resultados del paciente y una peor calidad de vida.

La experiencia de un paciente con los costos de atención médica es dinámica y puede durar a lo largo de la continuidad longitudinal de la atención, generalmente con mayores costos directos de atención médica durante su diagnóstico y tratamiento iniciales, y mayores costos indirectos, como pérdida de productividad o deterioro de la calidad de vida, que afecta a los pacientes durante la supervivencia.

En nuestro país, sigue vigente el riesgo de que Morena elimine el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que protege de la toxicidad financiera en los costos directos de la atención a los derechohabientes del Seguro Popular que desarrollan un cáncer. Les relato la evolución: De 2004 al 2010 el fondo cubría la atención médica del cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de niños y adolescentes. En 2011 se incluyó cáncer de testículo, cáncer de próstata y linfoma no Hodgkin. En 2012 cáncer de ovario germinal y colono-rectal. En 2016 el cáncer de ovario epitelial y cáncer de esófago. En 2018 cáncer de endometrio. Es importante señalar que muchos cánceres no son cubiertos aún por el Seguro Popular y debiera de haber más recursos para proteger a los más desheredados del país. Para atender estos casos a lo largo y ancho de la República Mexicana se tienen acreditados (personal e infraestructura óptima) 57 establecimientos para cáncer de mama, 47 para cáncer cervicouterino, 47 hematopatías malignas, 40 para linfoma no Hodgkin y cáncer de testículo en menores de 18 años, 38 para linfoma no Hodgkin y cáncer de testículo en mayores de 18 años, 38 otros tumores, 36 para para cáncer de próstata, 35 tumores sólidos del sistema nervioso central, 30 para cáncer de colon y recto, 26 para cáncer de ovario.

En los últimos dos años, se pagaron 5968 millones de pesos para los costos directos de atención médica. Con cáncer cervicouterino 4910 casos pagando \$37 915.34 por caso; cáncer de la Infancia y la adolescencia, 3482 casos (\$159 028.64 por caso); cáncer de mama, 14 428 casos (\$234 238.56 por caso); tumor testicular, 848 casos (\$112 036.16 por caso); linfoma no Hodgkin, 1363 casos (\$266,513.98 por caso); cáncer de próstata, 1643 casos (\$148 718.43 por caso); cáncer de ovario germinal, 38 casos (\$107 030.81 por caso); cáncer de colon y recto, 1519 casos (\$203 194.56 por caso), cáncer de ovario epitelial, 292 casos (\$205 564.78 por

caso); cáncer de endometrio, 85 casos (\$10 294.12 por caso) y se hizo el seguimiento de 8599 casos a un costo unitario de \$61 085.80.

Señala la Dra. Rebecca A. Synder que, en el transcurso de los últimos 25 años, los avances importantes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer han llevado a mejoras significativas en los resultados clínicos. Sin embargo, el costo del tratamiento, que incluye quimioterapia, radioterapia, agentes dirigidos, y más recientemente la inmunoterapia es considerable. Por ejemplo, en el país del norte 15.5 millones de personas son sobrevivientes de cáncer, incurriendo no solo en costos iniciales de diagnóstico y tratamiento, sino también en los costos a largo plazo durante la sobrevivencia. Allá ahora el cáncer es la segunda enfermedad más costosa.

El costo del tratamiento ha aumentado a medida que se introducen en el mercado nuevos medicamentos, incluidas terapias dirigidas e inmunoterapia, duplicando o triplicando el costo por una sola adición y los costos se están trasladando a los pacientes, haciéndolos incurrir en gastos de bolsillo afectando a los que menos tienen.

Los pacientes con cáncer incurren en costos indirectos al experimentar pérdida de productividad laboral, días perdidos de trabajo o incluso pérdida de su empleo debido a sus problemas de salud. En un estudio longitudinal de 267 mujeres con cáncer de mama, el 81% había retenido sus trabajos cuatro meses después de la finalización del tratamiento. Sin embargo, las mujeres de bajos ingresos se vieron afectadas de manera desproporcionada, ya que solo el 57% había retenido sus trabajos, frente al 95% de las mujeres de altos ingresos.

Un estudio en 200 000 personas, los pacientes con cáncer tuvieron 2.65 veces más probabilidades de ir a la bancarrota que los que no tenían cáncer. Los costos de la atención médica conducen también a vender los bienes (activos), a gastar los ahorros y en muchas ocasiones a contraer créditos que comprometen incluso a todos los integrantes de la familia.

Más angustia financiera conduce a más angustia psicológica, especialmente entre los pacientes con cáncer que ya corren el riesgo de angustia emocional, ansiedad y depresión significativas.

Continuaré luchando en el Congreso de la Unión para que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos siga funcionando y que miles de compatriotas reciban la atención médica en centros acreditados a lo largo y ancho del país, y que se unan en este propósito los pacientes hasta ahora beneficiados y los derechohabientes que podrían necesitar del financiamiento pagado con los impuestos de todos los mexicanos.

Violencia obstétrica

Esta semana, mientras preparaba mi participación como representante de México en la cuarta sesión de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, llegó a mis manos la historia de una mexicana —no cito su nombre— que ella intituló “Violencia obstétrica: cuando la realidad llena de contenido al concepto”, justo cuando en la Cámara de Diputados y en la Asamblea Parlamentaria están por aprobarse modificaciones a las leyes para darle concepto al término “violencia obstétrica”.

Su misiva inicia señalando que la academia sirve para dar nombre a las problemáticas sociales. Desde ella, se teorizan y exploran realidades que, en muchas de ocasiones, analizamos como meros observadores o, mejor dicho, desde los privilegios que permite el género, la clase, la raza, el poder adquisitivo, entre otros. Sin embargo, cuando se está ante problemáticas estructurales, como es la violencia contra las mujeres, resulta inevitable no vivir al menos alguna de las formas en que esta se manifiesta.

Su vivencia llenó de contenido lo que para ella era solo el concepto de la violencia obstétrica definida como “una forma de violencia contra las mujeres que ocurre en el marco del embarazo, parto y puerperio que implica un trato irrespetuoso y ofensivo hacia las gestantes, maltrato físico, humillación y maltrato verbal, así como la aplicación de procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, la negativa a la hora de administrar analgésicos, violación de la intimidad de la gestante, negligencias durante el parto e incluso el rechazo de admisión en centros de salud”. Esta forma de violencia contra las mujeres, como muchas otras violaciones a los derechos humanos, la normalizamos en contextos de especial vulnerabilidad como es la pobreza y la ruralidad porque, en nuestros privilegios de raza y clase, olvidamos que esta violencia, si bien se agudiza en la intersección de varios sistemas de opresión, tiene raíz y se perpetúa en la desigualdad de géneros.

Su historia tiene lugar en España, en un hospital privado y que en teoría trabajaba bajo la filosofía del parto humanitario. Escuchó de familiares y amistades su alegría porque tendría su hijo fuera de México, porque accedía a un maravilloso sistema de salud de un país de “primer mundo”.

Platica que como la teoría dice, no importó que estuviera en el primer mundo ni que acudiera al sistema privado de salud. Tuvo un parto lleno de violencia desde el minuto uno: una matrona que sin lubricante le realizó el tacto y le introdujo prostaglandinas para acelerar el parto y que, ante su molestia por el dolor ocasionado, la regaña por estar “seca” y “poner demasiada fuerza en la vagina”.

A las diez horas de haber iniciado su trabajo de parto y con contracciones cada tres minutos, pero sin dilatación, comenzó a vomitar del dolor, por lo que ella pidió que le pusieran la anestesia epidural —en México le llaman raquia— y la matrona, enfadada, indicó al camillero que la llevaran al paritorio porque “aguantaba poco el dolor y eso que las latinas suelen parir muy bien”. Estuvo 20 horas en trabajo de parto para que, finalmente, decidieran que era necesaria una cesárea ya que el bebé no había bajado lo suficiente.

En la cesárea continuó la violencia: sin haberle explicado, le ataron de manos y comenzaron la cirugía sin la presencia de su marido que —después se enteraron— se habían olvidado de él, cuando ingresó una vez que el procedimiento había comenzado. Durante la cesárea, al quejarse por el dolor, recibió malas caras y comentarios hasta que se desmayó porque, según le contó su esposo, sus pulsaciones se dispararon y fue entonces que se dieron cuenta que la anestesia “no estaba pasando” y tuvieron que sedarla.

Por supuesto que no tuvo “piel con piel” con su hijo, ni tampoco su esposo. De hecho, pudo conocerlo hasta una hora después en la sala de recuperación, siendo que por política del hospital privado y de primer mundo, el “piel con piel” debía realizarse ya sea por la madre o por el padre sin importar el tipo de parto.

La sensación de felicidad por el nacimiento de su hijo se vio opacada por una serie de acciones, comentarios y procedimientos innecesarios que hicieron de su parto una situación estresante y dolorosa que repercutió luego en lactancia. No importó el país, ni que fuese privado, no importaron sus privilegios, porque el género, sí, género, como sistema de opresión, es sistemático y generalizado. Y su historia, nos dice, es la historia de muchas mujeres. ¿Han sabido ustedes, estimados lectores, alguna historia así? Cierto estoy que ninguna mujer debe parir en esas condiciones, la maternidad debe ser un asunto libre, decidido, respetado y feliz en todas sus etapas.

Sin embargo, la violencia obstétrica es un fenómeno tan recurrente en nuestro México que las quejas y denuncias hicieron que la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitiera la Recomendación General Número 31/2017 sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud con seis puntuales recomendaciones. Una de ellas es “elaborar un modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”.

En Estrasburgo nos sumaremos a los esfuerzos del Consejo de Europa para impulsar en nuestro país y en todo el mundo “el respeto a los derechos y la dignidad humanos, particularmente en el contexto de la atención médica”.

Médicos objetores

Hace nueve meses escribía que “una conciencia pura es una blanda almohada sobre la cual reposa el hombre de bien” para hablar de objeción de conciencia sanitaria. El tema cobra vigencia hoy, pues hace unos días en Nuevo León apareció un encabezado periodístico que decía “médicos en Nuevo León podrán negar servicios de salud por supuestos principios morales”, es decir, médicos objetores. La propuesta, surgida de la comisión de salud y atención a grupos vulnerables del congreso de Nuevo León, fue aprobada en el pleno con 35 votos a favor, cinco en contra y una abstención, la cual modifica la fracción IV del artículo 48 de la Ley Estatal de Salud, que queda así: “el personal médico y de enfermería que forme parte del sistema estatal de salud, podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la presentación de servicios que establece esta ley”.

La interpretación del respetable, medios incluidos, fue inmediata y de escándalo, señalando que, en lo relacionado a la objeción de conciencia, la reforma fue hecha para que el personal médico y de enfermería pudiera negar una atención con base en sus principios éticos y morales.

Supusieron incluso que la objeción de conciencia era una acción que, de ser aplicada, podría afectar a diversos grupos como los migrantes, la comunidad LGTBTTI, las personas indígenas, pacientes con VIH y las mujeres que solicitan un aborto, a quienes se les podría negar la atención médica. Nada más alejado de la verdad.

Como reacción en cadena, GIRE, la CNDH, la Comisión de Derechos Humanos de Nuevo León, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y el propio gobernador emitieron comentarios y recomendaciones diversas, incluyendo la amenaza de veto por parte del último.

Una frase para resaltar fue “no prevé la obligación de las instituciones de salud pública de contar con personal objetor y no objetor para para minimizar la posibilidad de que las personas que requieran los servicios” (sic). Sin embargo, de acuerdo con la Comisión, el personal de salud podrá excusarse de la prestación de servicios que establece la Ley Estatal de Salud, excepto en dos casos: cuando se ponga en riesgo la vida del paciente y cuando se trate de una urgencia médica.

Tal fue el alboroto en “redes sociales” de las supuestas fallas de la antedicha reforma, que, de manera inusual, la propia Junta de Coordinación Política (Jucopo), acordó, presentó y aprobó en el pleno el 23 de este mes, sin discusión, un exhorto para que el Congreso de Nuevo León reconsiderara su aprobación, sustentando que el Estado Mexicano está obligado a respetar, proteger, garantizar y promover los derechos humanos y a privilegiar en toda actuación pública

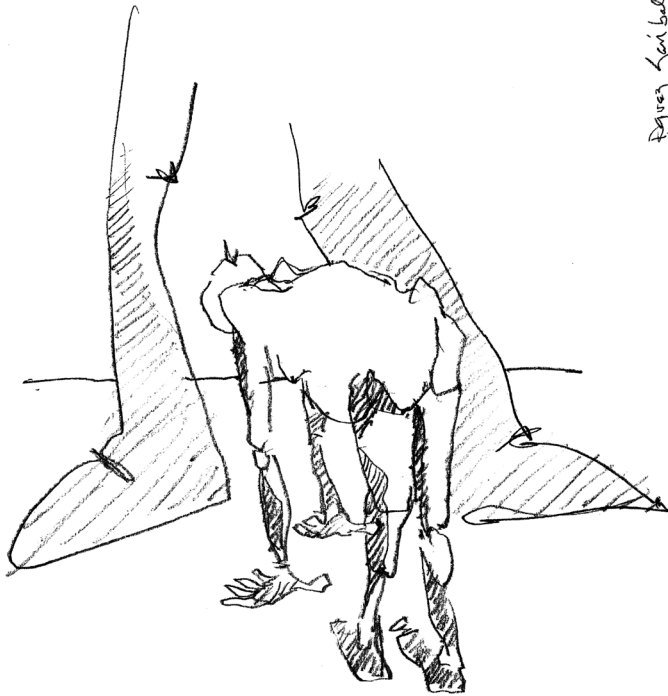
el principio pro persona que requiere privilegiar el interés y dignidad de las personas. Con las presiones sociales se olvidó la serenidad y recordar la reforma a la Ley General de Salud publicada en mayo de 2018 donde se establece: “El personal médico y de enfermería que forme parte del Sistema Nacional de Salud, podrán ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación del servicio que establece esta Ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una emergencia médica, no podrá invocarse la objeción de conciencia; en caso contrario se incurriría en una causal de responsabilidad profesional. En el ejercicio de la objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral”.

El tercero transitorio de la reforma estableció la obligación a los Congresos de los Estados para realizar las modificaciones legislativas que correspondieran a esta materia, con plazo que venció el 13 de noviembre de 2018, habiéndose cumplido solo en Jalisco, Aguascalientes, Ciudad de México, Colima, Tamaulipas, Tlaxcala, Morelos y ahora —si fuese publicada— el multi regañado sin causa, Congreso de Nuevo León.

Estimados lectores, como lo señalé el 2 de febrero, convencido estoy que la libertad de conciencia de ninguna manera viola el principio pro-persona, ni menoscaba la dignidad de las personas. Por tanto, espero que el gobernador de Nuevo León la publique y la Jucopo enmiende su error, felicite al Congreso de Nuevo León y exhorte a los demás, Guanajuato incluido, a que realicen las reformas.

La atención médica debe proporcionarse de manera profesional y éticamente responsable. Ante una urgencia o situación que ponga en riesgo la vida del paciente, no podrá hacerse valer la objeción de conciencia, entendida como el derecho humano del paciente a rechazar un tratamiento médico motivado por sus convicciones morales o religiosas (paciente objetor), ya que, de hacerlo, incurriría en responsabilidad profesional y, la segunda, que puede excusarse de intervenir en el tratamiento de un paciente que se niegue a recibirlo en ejercicio de la objeción de conciencia (médico objetor), cuando no se encuentre en peligro su vida o no se trate de una urgencia médica.

En tesis aislada del pasado 25 de octubre, se establece que los derechos fundamentales a la salud y a la libertad religiosa no tienen la amplitud para considerar que cuando un paciente solicite recibir un tratamiento bajo determinadas características relacionadas con la religión que profesa, al amparo de la objeción de conciencia, el personal de la salud deba aplicarlo de un modo diverso al que determine su ética profesional, conocimientos científicos, protocolos y guías médicas. Con ello ambos quedan protegidos por nuestro derecho positivo.



Esquiza Kari Balle

“Soberanía”

Salud y dinero en el 2020

El dinero para la salud en el año 2020 ya fue presentado en el Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) por el ejecutivo federal y deberá ser aprobado por la H. Cámara de Diputados a más tardar el 15 de noviembre. Este es el instrumento de política pública más poderoso para saber a dónde se quiere llevar la salud y la importancia que en la realidad le está dando el presidente López Obrador. Para saberlo, se revisan en el PPEF los programas de la función salud, es decir, aquellos creados con impuestos generales para proveer la atención médica a los individuos en alguna de las instituciones de salud pública del país. Estos programas son operados por diferentes dependencias, principalmente por el IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM, la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud.

Un indicador para saber de cuánto dinero público se dispone por cada habitante en el país se llama gasto per cápita. Otro es el que le dedica el ciudadano al cuidado de su salud y que se registra en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) y que se denomina gasto de bolsillo. Es reconocido que cada vez que el gasto per cápita disminuye, el gasto de bolsillo aumenta, llevando a la población a dos condiciones: mayor empobrecimiento por motivos de salud y peor desempeño económico por la pérdida de la salud.

Analicemos primero el denominador de la ecuación, la población proyectada según Conapo. En nuestro país nacerán 2 200 000 y morirán 751 000. A mitad del año, la población será de 125 000 000 de habitantes, 0.6% más que este año. La esperanza de vida al nacimiento de las mujeres aumentará a 78.26 años y la de los hombres a 73.15 años.

Además del número de habitantes, debe analizarse el estado de salud de estos. Un indicador eficaz se llama “carga global de la enfermedad” medida en Años de Vida Saludables perdidos (discapacidad y muerte) —AVISAS—, que se traduce en qué padecimientos requerirán mayores recursos para su atención médica, independientemente de las labores de promoción y prevención de la salud.

Las diez principales causas y su porcentaje de cambio en los últimos diez años son: 1) diabetes (+53%), 2) violencia interpersonal (+120%), 3) cardiopatías congénitas (+51%), 4) enfermedad renal crónica (+45%), 5) desórdenes del periodo neonatal (-8%), 6) cirrosis hepática (+23%), 7) accidentes de tráfico (+1%), 8) anomalías congénitas (-3%), 9) cefalea (+15%) y 10) enfermedad vascular cerebral (+32%). Ahora analicemos el numerador de la ecuación: cuánto dinero se propone en el PPEF en la función salud. El presidente asignó en su propuesta 656 761 millones de pesos (mdp), representando un incremento de 2.1% comparado

con 2019, manteniéndose el gasto público en salud en 2.5% del PIB, teniendo una brecha de 3.5 puntos del PIB para tener el mínimo deseable de inversión según la OMS. El gasto propuesto en salud para el 2020 es menor en pesos constantes que el asignado en 2013 por Peña Nieto y que, por cierto, disminuyó cada año hasta llegar a la peor inversión del PPEF 2020.

Este incremento se da a expensas de aumentar el 3.6% al IMSS, 3.4% al ISSSTE y solo 0.43% a la población sin seguridad social, lo que significa que la importancia de la población más pobre del país referida por López Obrador quedará solo en palabras grandilocuentes de los discursos mañaneros e impactará en el gasto de bolsillo de las familias. Por ramos se distribuye el 49% al IMSS, 20% a la Secretaría de Salud, solo 16% a las entidades federativas, 10% al ISSSTE, 3% en aportaciones de seguridad social y 3% a Pemex, Fuerzas Armadas, IMSS y Bienestar: Apoyo a cañeros.

Les comentaré algunas perlas. Los que pagarán ahora más de sus bolsillos serán los trabajadores de Petróleos Mexicanos, a quienes se les disminuyó el presupuesto de 14 687 a 12 439 millones de pesos (15.3% menos). No me explico aún cómo sus trabajadores y sus familias permiten tan severa disminución, dado que son una población con edad mayor que el promedio nacional y requerirán de mayores recursos para su atención. Ojalá que los escándalos de sus líderes no logren afectar el derecho a la salud que ellos tienen, más aún, a la salud laboral en labores tan riesgosas como las que ellos desempeñan.

De la muerte del Seguro Popular al futuro Instituto de Salud para el Bienestar se aprecian señales ominosas, el porcentaje del total del gasto en salud disminuyó del 25% en 2013 al 20% en el 2020. Además, hay disminución significativa en algunos programas: Seguro Popular (-1.7%), atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social (-2.8%), salud materna, sexual y reproductiva (-10.1%), Seguro Médico Siglo XXI para los recién nacidos (-7.2%), prevención y atención contra las adicciones (-1.4%), servicios de asistencia social integral (-59.3%), prevención y control de enfermedades (-19.8%), prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes (-5.8%).

Concluyo que para el 2020 hay menos dinero, más población, más enfermedades crónico-degenerativas costosas, menos dinero en promoción y prevención. Habrá menos gasto público y más gasto de bolsillo en salud. Vaya haciendo sus ahorros.

Alerta de influenza, ¡actúe ya!

Los datos oficiales del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a la semana 44 (2 de noviembre de 2019) informó 56 nuevos casos de influenza en México, acumulándose ya 5884 casos contra los 4325 casos del mismo período el año 2018 (36% más).

En Guanajuato van acumulados 332 casos en 2019 (179 en hombres y 132 en mujeres) contra los 110 acumulados en el mismo periodo de 2018 (3 veces más casos). De aquí, estimados lectores, mi señalamiento de que la temporada de influenza ya inició y debemos actuar ya.

¡Actúe ya!, vacúnese usted y a sus seres queridos. Todas las personas de seis meses de edad en adelante deberían vacunarse contra la influenza cada temporada. La vacunación contra la influenza ofrece importantes beneficios: no enfermarse, no acudir al médico, no ausentarse del trabajo o la escuela, previene las hospitalizaciones e incluso puede salvarle la vida. Está bien demostrado que la vacunación contra la influenza puede reducir de forma significativa el riesgo de muerte en los niños. Además, si usted y sus familiares se vacunan, protegen a los que les rodean.

¿Dónde me debo vacunar? En la institución de salud donde usted tenga servicios: IMSS, ISSSTE, ISAPEG, centros de salud. Si no tienen ninguno de estos servicios o allí no hay vacuna, busque en los servicios privados, pero vacúnese ya.

De prioridad para vacunar son los niños de seis meses a cuatro años, las personas de 50 años en adelante, las personas que padecen trastornos crónicos pulmonares como el asma o cardiovasculares, renales, hepáticos, neurológicos, hematológicos o metabólicos como la diabetes mellitus, las personas inmunosuprimidas por cualquier causa, incluso la inmunodepresión causada por medicamentos o por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); las mujeres que están embarazadas o lo estarán durante esta temporada de influenza, las personas que viven en asilos de ancianos y otros centros de cuidados a largo plazo, las personas con obesidad mórbida el personal de cuidados de salud, los contactos familiares y cuidadores de niños menores de cinco años y de adultos de 50 años en adelante, los contactos familiares y cuidadores de personas con ciertas afecciones médicas que los ponen en mayor riesgo de presentar complicaciones graves por la influenza. Para ¡actuar ya! se requiere tener en la cabeza las cosas que importan, entre ellas, en esta temporada, es saber cuáles son los síntomas de la influenza y poder reconocerlos para acudir con los profesionales de la salud.

La influenza inicia de repente, con algunos o todos los siguientes síntomas: fiebre o sentirse afebrado, con escalofríos, tos, dolor de garganta, secreción

o congestión nasal, dolores musculares o corporales, dolores de cabeza, fatiga (cansancio); unos pocos pueden tener vómitos y diarrea, aunque esto es más común en los niños que en los adultos. La influenza es diferente al resfriado. Cualquiera puede contraer la influenza, incluso las personas sanas, y los problemas de salud graves a causa de la influenza pueden surgir a cualquier edad. La Influenza puede causar una enfermedad leve, pero también puede ser grave y en ocasiones puede llevar a la muerte. Por ello les comento cuáles son los signos de advertencia de emergencia de la influenza, que indicarían que deberían llevar de inmediato a su ser querido a recibir atención médica.

En los niños, una respiración acelerada o problemas para respirar, coloración azulada en los labios o el rostro, expansión de la caja torácica al respirar, dolor de pecho, dolor muscular intenso, deshidratación (no orina por ocho horas, tiene la boca seca y al llorar no tiene lágrimas), no está alerta ni interactúa cuando está despierto, convulsiones, fiebre por encima de los 40 grados Celsius y agravamiento de las afecciones crónicas. En los adultos, una dificultad para respirar o falta de aire, dolor o presión constante en el pecho o abdomen, mareos persistentes, confusión, dificultad para despertarse, convulsiones, no orinar, dolor muscular intenso, debilidad o inestabilidad intensa, fiebre o tos que mejora, pero reincide o empeora y agravamiento de las afecciones crónicas.

Por último, si no se logró vacunar y se enferma de influenza, ¡actúe ya!, tomando los medicamentos antivirales que le haya recetado su médico en los horarios que le haya dicho. Tome precauciones diarias para proteger a los otros miembros de su familia o comunidad mientras está enfermo: limite el contacto con las demás personas tanto como sea posible para evitar contagiarlas, cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo al toser o estornudar, arroje el pañuelo a la basura luego de utilizarlo, lávese las manos con agua y jabón frecuentemente; si no hay agua y jabón, use un limpiador de manos a base de alcohol; limpie y desinfecte las superficies y los objetos que puedan estar contaminados con gérmenes como los de la influenza y quédese en su casa hasta que mejore.

Es muy temprano aún para saber la gravedad que tendrá la temporada de influenza 2019-2020, pero la tendencia observada es que será de moderada a severa. Así que, ¡vacúnese ya!

Cáncer de Morena en el Presupuesto 2020

Escribo esta columna cuando es 21 de noviembre en la vida real aunque el dictamen de Morena del Presupuesto de Egresos de la Federación está fechado el 22 de noviembre y será aprobado por ellos con fecha del 6 de noviembre. ¡Qué falta de decencia! Además, es un dictamen presupuestal infestado de células cancerosas y metástasis en todos los ramos de la administración pública, que auguran un mal pronóstico para nuestro país.

El cáncer de Morena afectará irremediablemente los órganos autónomos, pues no obstante que ya su independencia presupuestal había sido afectada en el proyecto original, con el dictamen ordenado por el ejecutivo federal para favorecer más sus clientelas políticas, han quedado casi en inanición, considerándose como “violencia política”.

Le disminuyeron al Poder Judicial 1327 mdp, a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 201 mdp, al Consejo de la Judicatura Federal, 1038 mdp, al Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, 89 mdp, al Instituto Nacional Electoral, 1072 mdp, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 37 mdp, a la Comisión Federal de Competencia Económica, 8 mdp, al Instituto Federal de Telecomunicaciones, 189 mdp, al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, 50 mdp, a la Fiscalía General de la República, 1500 mdp, y al Tribunal Federal de Justicia Administrativa, 308 mdp.

Esta señal de reducción de más de 4000 mdp confirma que el cáncer Morena destruirá las instituciones de nuestro país, más aún cuando se viola de manera tan flagrante el Estado de derecho, evidenciado, por ejemplo, en la designación de la actual Ombudsperson y las descalificaciones mañaneras del titular del ejecutivo hacia sus titulares.

De los ramos llamados “administrativos”, el cáncer de Morena debilita claramente los presupuestos destinados a la agricultura y desarrollo rural respecto a lo presupuestado para 2019 en menos 30%, a Comunicaciones y Transportes, menos 21%, a Economía, 33%, a Trabajo y Previsión Social, 36%; a Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, menos 44%, a Medio Ambiente y Recursos Naturales, menos 7.1% y a Turismo, menos 44% entre los más destacados.

Estas disminuciones pronostican que el cáncer de Morena no permitirá al país crecer en las condiciones que demandará la población, pues habrá menos inversión en infraestructura y empobrecimiento de los servicios públicos.

Las Aportaciones Federales para las Entidades Federativas y Municipios también fueron infiltradas por las metástasis del cáncer de Morena, disminuyen-

do en 24 000 millones de pesos. Los subsidios en materia de seguridad pública serán en 1000 mdp menos, caída real que impedirá atender el flagelo de la inseguridad en los estados de la federación.

El cáncer invadió los programas de Infraestructura carretera y caminos rurales: 48% menos que en 2019 en construcción de carreteras, 37% menos en reconstrucción y conservación de caminos rurales y 12% menos en términos reales para la conservación de carreteras alimentadoras y caminos rurales.

En el tema de salud, el decreto deja en opacidad cómo se operarán los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) que fueron disminuidos en 1240 mdp y que serán manejados con absoluta discrecionalidad por el nuevo Insabi, ahora que se formalice su creación en el *Diario Oficial de la Federación*. Todo se deja al nivel reglamentario. El cáncer de Morena no permitirá ni la transparencia ni la equidad en los recursos de salud para atender este derecho humano.

De las reservas que presentamos en el GPPAN para ampliar el presupuesto en salud, con un total solicitado de 6448 mdp, solo fueron ampliados 237 mdp de los cuales 120 mdp fueron para el programa de salud materna, sexual y reproductiva; para atención a la salud, 50 mdp; para prevención y atención del VIH-SIDA, 35 mdp y para prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes, 32 mdp. Apenas para cubrir el déficit que se tuvo con el proyecto original. En educación se amplió el presupuesto en 1570 mdp para dar un total de 326 282 mdp, siendo absolutamente insuficiente para dar cumplimiento a la recién aprobada reforma constitucional que prevé la obligación del Estado para impartir la educación superior de manera gratuita. En ciencia y tecnología muestra solo ligero incremento asignado al Colegio Superior Agropecuario del estado de Guerrero, por lo que el cáncer de Morena impedirá que se cumpla la misión de impulsar, fortalecer y consolidar la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación en general del país.

El mejor instrumento de política pública para detonar el desarrollo humano —educación, salud y economía— con un marco garante de seguridad es el presupuesto. El que se aprobará por Morena para el 2020 no está orientado a cumplir con su misión, por ello utilicé la analogía de un cáncer, porque podrá haber aumento de volumen con programas asistencialistas y clientelares sin reglas de operación, pero no podrá evidenciarse desarrollo. Lo que no se mide no se puede mejorar.

Estaremos ejerciendo a plenitud nuestra facultad fiscalizadora sobre los recursos públicos que ejerza el ejecutivo federal. Mientras tanto, como ciudadanos exijamos transparencia y rendición de cuentas. Que el cáncer de Morena no se extienda en los próximos años.

Autoasistencia y salud reproductiva

Las intervenciones de autoasistencia son una de las soluciones nuevas más prometedoras y apasionantes para mejorar la salud y el bienestar, tanto desde la perspectiva de los sistemas de salud como de las personas que las utilizan, a decir de la Organización Mundial de la Salud.

La OMS utiliza la siguiente definición funcional de auto asistencia: capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un prestador de atención de salud.

El alcance de la autoasistencia incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la automedicación, la atención a personas dependientes, la búsqueda de atención médica primaria, especializada u hospitalaria cuando sea necesaria y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos.

En la vida diaria, se puede utilizar la autogestión para hacer actividades de autoayuda, autoeducación, autorregulación, autoeficacia, autodeterminación, automedicación, autoexamen, autoinyección, autoadministración y autoutilización. También en la autorrealización de pruebas como el automuestreo, autoexamen, autodiagnóstico, autorrecopilación y autoseguimiento. En la autoconciencia, hacer actividades de autoayuda, autoeducación, autorregulación, autoeficacia, y autodeterminación. La OMS actualizó este mes las Directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria, de manera particular las orientadas hacia la salud sexual y reproductiva y derechos conexos. Lo hace en un entorno de referencia reconociendo que para el año 2030 habrá una carencia de 18 000 000 de profesionales sanitarios en todo el mundo; que actualmente hay 130 000 000 de personas que requieren ayuda humanitaria (cifra récord), y los brotes de enfermedades representan una amenaza mundial constante.

Señala también que al menos 400 000 000 de personas carecen en el mundo de acceso a los servicios de salud más esenciales y, cada año, 100 000 000 de personas se ven sumidos en la pobreza por los gastos que implica costearse una atención sanitaria. Por ello, dicen, es necesario encontrar urgentemente estrategias innovadoras que vayan más allá de la respuesta convencional del sector sanitario.

La recomendaciones que ellos emiten, algunas nuevas y otras que se actualizan sobre la autoasistencia de salud sexual y reproductiva y derechos conexos tienen como enfoque los siguientes objetivos: 1) mejorar la atención prenatal, el parto y la atención puerperal, 2) prestar servicios de calidad para planificación familiar, incluidos servicios en materia de infertilidad; 3) acabar con los abor-

tos peligrosos, 4) luchar contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas.

También se presentan declaraciones nuevas y existentes de buenas prácticas sobre intervenciones de autoasistencia en las que se abordan los siguientes temas: 1) consideraciones ambientales, 2) consideraciones financieras y económicas, 3) necesidades de formación de los dispensadores de atención de salud, 4) aplicación de consideraciones para poblaciones vulnerables.

Para cada recomendación, se aporta además la calidad de las evidencias o pruebas que la soportan. Así, por ejemplo, la recomendación 14 señala que el uso sistemático y correcto de preservativos con lubricantes compatibles en todas las poblaciones clave para prevenir enfermedades de transmisión sexual y la transmisión del VIH; esta es una recomendación firme, con pruebas de calidad moderada. Como recomendaciones con pruebas de certeza baja-moderada se tienen los talleres de formación sobre el parto; el programa de formación de relajación aplicada impartido por enfermeras; el programa de prevención psicosocial basado en la pareja, cuyo contenido incluye el autocontrol emocional, gestión de situaciones conflictivas, resolución de problemas, estrategias de comunicación y apoyo mutuo para fomentar la crianza conjunta y positiva del lactante. Y, por último, la psicopedagogía, para mujeres con miedo al dolor que incluye información sobre el miedo y la ansiedad, miedo al parto, normalización de las reacciones debidas al miedo, etapas del parto, rutinas hospitalarias, proceso del parto y alivio del dolor.

Se declaran buenas prácticas, entre otras, el ofrecer a las poblaciones vulnerables servicios de salud e intervenciones de autoasistencia de calidad, asequibles, accesibles y aceptables, basadas en principios de ética médica, en su derecho a una atención sanitaria y evitando la estigmatización, la coerción, la violencia y la discriminación. Todas las personas y comunidades deberían recibir los servicios de salud y las intervenciones de auto asistencia que necesitan sin sufrir por ello dificultades económicas.

Otra buena práctica recomendada señala que los trabajadores de la atención sanitaria deberían recibir sistemáticamente formación adecuada y de sensibilización para adquirir conocimientos, habilidades y capacidad de comprensión necesarios para prestar servicios a adultos y adolescentes de poblaciones clave, basándose en el derecho de todas las personas a la atención sanitaria, la confidencialidad y la no discriminación. Se incorporó una nueva práctica señalando que las intervenciones de salud digital ofrecen oportunidades para crear y ofrecer información de autoasistencia, incluidas las de salud sexual y reproductiva y

derechos conexos, y para generar foros de debate al respecto. Si usted, estimado lector, está interesado en las 24 recomendaciones y 13 declaraciones de buenas prácticas, puede obtener el documento completo en la liga citada. Mientras tanto, en el seno de nuestras familias, debemos recapacitar en qué áreas de autoasistencia sanitaria debiésemos capacitarnos para solventar en la vida diaria nuestras necesidades de atención a la salud.

Vacunación y dinero

La disminución presupuestal hecha por el ejecutivo federal al programa de vacunación para el 2020 es riesgosa, ya que pone en peligro uno de los programas prioritarios de salud pública del país. El monto asignado fue de \$2 089 340 047.00 cuando nosotros consideramos debería ser al menos de \$2 239 340 047.00 y que no fue aprobada por Morena y sus aliados.

México ha sido líder latinoamericano con su programa de vacunación y, en consecuencia, ha sido notable la disminución de enfermedades y muerte ocasionadas por enfermedades prevenibles por vacunación; tanto en niños como en adultos mayores o personas con las defensas bajas por diabetes, cáncer y enfermedades reumáticas por citar algunas. Con recursos insuficientes para el programa de vacunación, estaríamos lejos de cumplir con la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, y de alcanzar y mantener coberturas de vacunación del 95% por biológico y el 90% de cobertura con esquema completo en cada grupo de edad, por lo que no se lograría posicionar el concepto de vacunación como un derecho universal con la corresponsabilidad de la población y garantizándolo como un bien público.

Sin abasto suficiente de vacunas se recrudecería lo que ya se detalló en el primer informe presidencial de la autodenominada cuarta transformación, que los esfuerzos realizados para cumplir con el esquema de vacunación se vieron afectados por la situación internacional de abasto debido a problemas de producción de vacunas, lo que generó un retraso en la entrega y el desabasto de algunos biológicos para México, ¿Cómo podemos solucionar estos problemas, si no contamos con recursos suficientes y tenemos un déficit de vacunas disponibles? Algunos hechos de esta semana resaltan los riesgos, el primero de ellos surgió al ordenar el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia —CENSIA— con el oficio 973-2019 la inmovilización “preventiva” de vacuna anti-sarampión, anti-parotiditis y anti-rubeola (SRP) TREVAC Serum Institute. Esto significa que el lote 0138N159A entregado el 23 de octubre del 2019 con fecha de caducidad el 30 de septiembre de 2020, debió ya ser almacenado en la red de frío y no utilizarse, hasta que se confirme o rectifique la indicación. También significa que todas aquellas personas vacunadas con este lote, identificadas en el censo nominal que debe llevarse, para que se les aplique una dosis adicional de SRP o de la vacuna sarampión rubeola (SR). Ayer viernes era el límite para notificar al CENSIA la cantidad de dosis aplicadas y dosis inmovilizadas. Ahora bien, el Serum Institute of India opera en México a través de los laboratorios Imperials Pharma, de Francisco Álvarez Morphy, que se dice,

desde el inicio de la actual administración, ha enfrentado una relación complicada con el gobierno federal, debido al incumplimiento en la entrega de vacuna triple vital. Expresamente, quedó inhabilitado por la Secretaría de la Función Pública para participar en cualquier transacción con el gobierno. Serum es uno de los pocos laboratorios en el mundo que sigue produciendo vacuna BCG, DPT y sarampión, entre otras. Sus precios son muy bajos y la calidad a juzgar por la orden emitida, podría ponerse en duda. El segundo hecho conocido fue la firma de México con el Fondo Rotatorio de la OMS para la compra consolidada de medicamentos, vacunas incluidas. La idea fue que, a través de compras consolidadas a nivel mundial, se mejoren los precios por la economía de escala. Sin embargo, en la práctica México tiene el tamaño de población y requerimientos suficientes para comprar a precios más bajos. Por ejemplo, en el Fondo Rotatorio la vacuna anti-influenza ronda en cerca de cuatro dólares, y en México se está adquiriendo en 2.5 dólares la dosis, con la ventaja que el sector salud no tiene que realizar desembolsos adicionales para la importación y posterior distribución. Es por ello por lo que solicitaremos a las secretarías de Salud y Hacienda que presenten un informe sobre los elementos de costo-beneficio con las ventajas para México de firmar dicho acuerdo de adhesión. Exigiremos que se privilegie en todo momento la garantía de abasto de vacunas y medicamentos, de manera soberana, con estricto apego a la transparencia. Por tanto, que se dé a conocer el costo total de compra de vacunas y medicamentos, incluyendo los de su almacenamiento y distribución en todo el sector público.

Y, por último, que la Cofepris informe detalladamente a estos representantes populares las medidas a tomar para asegurar que los productos que se adquieran por medio del Fondo Rotatorio cuenten con los estándares de calidad, seguridad y eficacia que exige la salud de los mexicanos y que se encuentran normados para la industria farmacéutica.

Nueva época en enfermería

El próximo lunes 6 de enero se festeja en nuestro país el Día de la Enfermera y Enfermero, hecho que ocurre desde 1931 y que tiene como propósito visibilizar una de las profesiones que tiene mayor reconocimiento y respeto en nuestro país. A nivel internacional se celebra el 12 de mayo, fecha del aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, considerada como la creadora de la enfermería moderna.

Así pues, desde esta columna envío mi más calurosa felicitación a todas las enfermeras de nuestro país, estando cierto que su labor ha sido un factor elemental de la mejora de la salud de las y los mexicanos.

Titulé este editorial como “Nueva época en enfermería” pues ha pasado desapercibida una reforma a la Ley General de Salud publicada el pasado 29 de noviembre en el *Diario Oficial de la Federación* que redimensiona el papel que jugarán ahora los profesionales en enfermería. Cito el artículo 28 bis: “Los profesionales que podrán prescribir medicamentos son: [...] 5) licenciados en enfermería, quienes podrán prescribir aquellos medicamentos del Compendio Nacional de Insumos para la Salud que determine la Secretaría de Salud”, y que entró en vigor el pasado primero de enero. Cabe señalar que desde el 21 de octubre de 2019 el presidente López Obrador presentó a la sociedad el Plan Nacional de Salud en 26 diapositivas. Por un lado, éste aún no ha sido publicado en el *Diario Oficial*, y por el otro, no se menciona en él a los profesionales de la enfermería. Así que esperamos que la Secretaría de Salud pueda aprovechar esta reforma que me parece muy positiva.

De hecho, la primera reforma que dio esta función a enfermería la presentó en la sesenta legislatura, siendo aprobada y publicada.

Es menester recordar que ha pasado mucho tiempo desde que los recursos humanos de enfermería se formaban en la cabecera del paciente y merced a la ejecución repetitiva de técnicas que llevaban a destrezas. Su campo de acción entonces era amplio y abarcaba hasta el hábitat natural del paciente y la atención que se brindaba al individuo no siempre era del campo exclusivo de la salud.

Conforme nuestro país entró a la era de la seguridad social se hizo necesaria otra preparación más formal de las enfermeras que integró el uso de tecnologías en salud y que respondió al modelo de atención imperante, su ejercicio en esta época se centró mayoritariamente en las instituciones y se diversificó en varios niveles o especialidades según el requerimiento de habilidades concretas. Para este siglo se exige de la enfermería mayor cualificación en su desempeño y que responda a necesidades de salud tan cambiantes como el mismo entorno

social globalizado. Los retos del sistema de salud son ahora una población con cambios epidemiológicos de grandes contrastes: rezagos en relación con enfermedades infecciosas y el acentuamiento de las enfermedades crónico-degenerativas en una población cada vez más longeva y con una compleja realidad agravada por las desigualdades sociales.

Hoy se reconocen diferentes niveles de preparación para los recursos humanos en enfermería: técnico, básico, licenciatura, especialidades, maestría y doctorado en diferentes campos disciplinarios, predominando la salud pública con atención primaria y las áreas de especialidad clínica.

Independientemente del nivel de formación y preparación académica, todos los planes de salud y educativos aluden a “contar con profesionales del sector salud certificados y capacitados y que cuenten con un alto sentido humano y de servicio”. En consecuencia y conscientes de que es necesario contar con un personal de enfermería con mayor preparación, deberán crearse las condiciones que propicien un impulso progresivo a la certificación de competencias. Por ello será clave conocer cuáles serán los esfuerzos de las instituciones educativas y de salud para dirigir las estrategias de planeación y hacer una realidad la gran responsabilidad que implicará la prescripción de medicamentos. El primer grupo son los miles de licenciados en enfermería actualmente en servicio y el segundo grupo, los futuros profesionales con una lógica de diferentes escenarios de modelos y niveles de atención centrados en las necesidades de la población.

Espero que la cuarta transformación no elimine las instituciones que han dado resultado en materia de enfermería como la Comisión Interinstitucional de Enfermería que ha visto la acreditación de los programas y la certificación profesional como una estrategia para elevar la calidad del sistema de educación y salud, así como un mecanismo de garantía para que la sociedad reciba un cuidado de calidad.

Además, existe el reto de cara a los servicios profesionales previstos por los tratados de comercio donde a través del comité mexicano para la práctica internacional de la enfermería se tienen avances en los estándares de la educación en enfermería; la acreditación de planes y programas de estudio; el licenciamiento y registro que incluye estándares de la práctica profesional y, por último, la certificación de la práctica por especialidad.

Aunque haya desprecio a las instituciones por parte del ejecutivo federal, ya mostrado con la creación reciente de licenciaturas en medicina sin los criterios de calidad y certificación antes señalados, debemos luchar porque haya instituciones que nos garanticen la homologación de saberes y competencias que continúen definiendo a los profesionales de enfermería como hasta hoy, con

el reconocimiento público de su vocación y labor. Además, los profesionales de la enfermería deberían tener un salario acorde a sus complejas funciones y responsabilidades.

Un especial reconocimiento a Tata, Bujita y Paty Catalina, enfermeras de nuestra bolita por su brillante labor de enfermeras, madres, abuelas y amigas. Un abrazo afectuoso.

Pedro Páramo y el Insabi

Del realismo mágico de Juan Rulfo (1955): Vine a Comala porque me dijeron que acá vivía mi padre, un tal Pedro Páramo. Mi madre me lo dijo. Y yo le prometí que vendría a verlo en cuanto ella muriera [...] Pero no pensé cumplir mi promesa. Hasta que ahora pronto comencé a llenarme de sueños, a darle vuelo a las ilusiones [...] ¿Qué viniste a hacer aquí? —Ya te lo dije en un principio. Vine a buscar a Pedro Páramo, que según parece fue mi padre. Me trajo la Ilusión. —¿La ilusión? Eso cuesta caro [...] El camino subía y bajaba: “Sube o baja según se va o se viene. Para el que va, sube; para el que viene, baja.” —¿Cómo dice usted que se llama el pueblo que se ve allá abajo? —Comala, señor. —¿Está seguro de que ya es Comala? —Seguro, señor. —¿Y por qué se ve esto tan triste? —Son los tiempos, señor.

Llevamos desde el primero de enero con ilusiones y realidades tipo Pedro Páramo. Me refiero, por un lado, a las ilusiones del Insabi, en quien el gobierno federal ha puesto sus complacencias para crear un sistema universal de salud mexicano, con la finalidad de atender a toda la población sin seguridad social, con un paquete ilimitado de servicios y medicamentos sin pago de ninguna cuota, contemplando un cambio en el esquema laboral para absorber al personal en plazas estatales.

Por el otro, las realidades que se han hecho evidentes del malestar social ante las ilusiones dichas por el presidente de la cuarta transformación, donde pacientes, profesionales e instituciones han dado infinidad de ejemplos del mal funcionamiento por la falta de gerencia adecuada. No se sabe aún qué servicios, medicamentos y enfermedades cubre.

Este realismo mágico se da en un entorno jurídico complejo y hasta ahorrítamente irresponsable por parte de las autoridades federales. Hace una semana venció el plazo para que se publicará el Programa Sectorial de Salud, que es la brújula que marca el rumbo del Sistema Nacional de Salud. Solo ilusiones, diciendo “hemos logrado sentar las bases para que el derecho a la salud de toda la población sea una realidad”. Igual ocurre con el Plan Nacional de Salud que sigue brillando por su ausencia, no digamos de los programas operativos anuales de cada institución.

Dicen con magia: “este plan se ha iniciado, bajo el compromiso de cero corrupción, evaluación permanente y transparencia total, que permitirá tener acceso y atención médica de calidad las 24 horas del día, eficiente uso de los recursos y gratuidad”. El realismo dice no hay plan, no hay medidas anticorrup-

ción, no hay indicadores de impacto ni de proceso, de hecho, de ningún tipo, ¿qué evaluarán? Por último, no se podrá tener acceso y atención médica de calidad las 24 horas del día.

La fantasía se enfrenta a la realidad de la regla de oro, si no hay oro, no hay regla. La ilusión no se sustentará financieramente en tiempos y recursos, porque además no se ve fiscalmente sostenible y lo argumento a continuación, dado que solo tienen, fuera de lo presupuestado, los 40 000 millones de pesos que sustrajeron del Fondo de Gastos Catastróficos, que serán por una sola ocasión. Estimación 1. ¿Cuánto costaría la atención ilusionada (gasto per cápita) de la población beneficiaria potencial del Insabi, considerando como referencia el gasto por persona del IMSS? Esto pensando una tasa de atención del 40%, que el gasto refleje los costos de salud y que exista lo necesario —infraestructura, recursos físicos y humanos— para atenderla. Relato algunas consideraciones de impacto presupuestario del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. Respuesta 1: población potencial 75 782 911 personas a un costo unitario de \$8068. Significa un costo total de 611 402 millones, restándole el FASSA y lo presupuestado para el Seguro Popular, faltarían 472 304 millones de pesos (de los cuales solo tienen 40). Estimación 2. ¿Cuánto costaría la atención ilusionada (gasto per cápita por usuario) considerando el total de personas que reportaron tener alguna necesidad de salud en la Encuesta de Ingreso y Gasto en los Hogares 2018? Considerando que existe lo necesario —infraestructura, recursos físicos y humanos— para atenderlas. Respuesta 2: población usuaria 49 518 490 (sin considerar la población usuaria de la seguridad social que se atiende en los servicios estatales de salud, aproximadamente 7 000 000). El costo por usuario es de \$21 710 pesos, dando un total de \$1 075 067 millones de pesos. Restando lo presupuestado, habría un déficit de \$905 227 millones de pesos.

Estimación 3. ¿Cuánto costaría con tres intervenciones seleccionadas de salud: enfermedades más comunes, prevención y un paquete de servicios esenciales de la OMS, que incluya intervenciones maternas, infantiles, infecciosas y crónico-degenerativas adaptadas al caso mexicano? Considerando el costo de cada intervención, la inflación de los costos en salud y que exista lo necesario para atenderlos.

Respuesta 3: costaría \$792 620 millones de pesos (3.2% del PIB) resultando en un déficit de \$622 780 millones de pesos.

Lo irreductible como país debería ser que garanticen ya al menos lo que el Seguro Popular hacía gratuitamente, incluyendo la atención del tercer nivel de los 66 padecimientos vigentes hasta diciembre. Si realmente quieren mejorar, se necesita mayor inversión, no ilusiones que terminarán por lo anteriormente

expuesto igual que Pedro Páramo: “Después de unos cuantos pasos cayó, suplicando por dentro; pero sin decir una sola palabra. Dio un golpe seco contra la tierra y se fue desmoronando como si fuera un montón de piedras”.

Peligros que matan o riesgos que alarman

En situaciones de emergencia, estimados lectores, la relación entre el riesgo percibido y el riesgo real desempeña un papel determinante, en tanto que los peligros que matan a las personas y los riesgos que las alarman son diferentes. El criterio que predomina es que las personas responden únicamente a los riesgos que perciben.

¿Qué riesgos implica el coronavirus 2019? Al consultar al momento de escribir esta columna la palabra “coronavirus” en Google, solo aparecieron ¡35 000 000 de sitios! que hablan del tema. ¿Cómo tomar decisiones en lo particular, familiar, comunitario o nacional? Con tal cantidad de información, que sumada a la reverberación de las redes sociales y noticieros nos ahogan cada día, ¿qué hacemos?

Pensemos en el modelo riesgo = peligro + percepción del peligro. Dará al menos cuatro ecuaciones, peligro bajo – percepción alta, peligro alto – percepción alta, peligro alto – percepción baja y peligro moderado – percepción moderada. ¿Cómo responderá nuestra población al peligro y cómo estarán comunicando el riesgo las autoridades sanitarias en los diferentes niveles?

Vamos por partes. Todo inició en Wuhan, China, cuando Li Wenliang, un joven médico oftalmólogo que trabajaba en un hospital ciudadano, comunicó el 30 de diciembre a sus exestudiantes de medicina la presencia de siete pacientes de un mercado local de pescado que habían sido diagnosticados con una enfermedad similar con la que ellos habían lidiado antes, el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) y que estaban en cuarentena.

Utilizó una herramienta digital, por acá usamos el WhatsApp, por allá se utiliza el WeChat. Luego en “confidencia digital” les escribió a sus amigos para que advirtieran a sus familias y seres queridos del coronavirus. La letalidad que provocó el SARS dejó herida sin cicatrizar en la memoria de los whuanenses. De inmediato, los “pantallazos” de sus amigos, familiares y seres queridos fueron transmitidos a otros como reacción en cadena, y la noticia nació al mundo.

Para el Dr. Li Wenliang, sin embargo, el precio que pagó culminó con su muerte a causa del coronavirus. Antes de morir fue detenido por la policía china, denunciado por difamación al haber difundido el riesgo para prevenir a sus seres queridos y colegas médicos; fue declarado culpable por haber cometido un delito menor y, después del regaño, prometió no volver a cometer actos ilegales.

Diez días después de la comunicación, el Dr. Li Wenliang inició con síntomas, el primero de febrero dio positivo al coronavirus y no sobrevivió. La Corte Suprema de China criticó la actitud policial, consideró que si, en vez de haberlo

detenido a él (y a otros siete médicos), se hubieran adoptado medidas como usar máscaras, desinfección estricta y evitar ir al mercado mayorista, hubiera sido positivo para contener la propagación del virus. Hasta aquí el relato. Descansen en paz los más de quinientos fallecidos hasta ahora y mi reconocimiento al Dr. Li Wenliang y a todos los profesionales de la salud, que corren un riesgo muy alto al atender con amor a la población, aun a costa de su vida.

Toda la comunicación vertida en los mexicanos de la epidemia del coronavirus se ha encuestado y les participo algunos resultados: el sentimiento es de preocupación 49%, no les importa mucho 15% y miedo 8%. El 80% de los encuestados está enterado de la epidemia, 39% piensa que son datos reales, el 18% considera que ocultan cosas peores y el 17% que exageran su gravedad.

Al preguntarles si tienen miedo de que se contagien ellos o sus familias, el 26% dijo que algo, el 20% que poco y el 23% que muy poco y solo 1 de cada 10 no tienen miedo. Al preguntarles qué medidas debiésemos tomar para prevenir la propagación en el país, el 21% dijo que prohibir la entrada a México de personas que hayan estado en China y 40% obligar a usar cubrebocas y tomar medidas de aislamiento a cualquier persona con síntomas similares a la enfermedad.

La confianza para que el gobierno mexicano tome las medidas correctas fue de 45% mucho o algo y de 34% poco o nada. Por último, consideraron que nuestro sistema de salud esté preparado en caso de que el coronavirus llegue a México el 33% mucho o algo y el 45% poco o nada.

Esta emergencia sanitaria es un peligro que mata y un riesgo que alarma. A decir de la encuesta hecha en nuestro país, se debe reforzar la comunicación del riesgo en salud, teniendo como centro de ella a la población, para que, empoderada, se minimicen con su activa participación los daños en caso de llegar. Estamos a tiempo.

Creo que tenemos un sistema de vigilancia sanitaria de alto nivel que tiene mi absoluta confianza. Que las secretarías de Salud federal, estatal e incluso de nuestro municipio han dado anuncios tempranos con sustento en la evidencia y se actualizan. Hay transparencia en la información. Están escuchando a los ciudadanos, como, por ejemplo, los choferes de Uber en la ciudad de México, y por último están planificando el manejo sanitario conforme el reglamento internacional.

Termino recomendándoles que tengamos confianza y sigamos las recomendaciones que solo emitan las autoridades de salud. Hagamos lo nuestro como lavarnos las manos, vacunarnos contra la influenza y las medidas higiénico-dietéticas de esta temporada invernal. Peligro y percepción altas nos deben obligar a actuar, bien, rápido y a la primera.

¿Fumar o vapear? Recomendando ninguna

Soy médico, salubrista, que he sido y continuaré siendo un luchador en contra de las adicciones ya por drogas hoy legales como el alcohol y el tabaco, o ilegales como la marihuana, cocaína, crack y otras. Por ello, fui el promovente de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), que ha dado resultados al disminuir la carga de la enfermedad.

También he reconocido en mis propuestas legislativas que quien es adicto no es un delincuente, sino un enfermo, quien tiene como garantía el derecho a la protección de la salud al menos en tres dimensiones: protegerlo de los riesgos conductuales, como dejar de fumar o vapear; protegerlo a él y a quienes le rodean de los riesgos ambientales, como el humo de segunda mano y de las emisiones del aire libre; y por último, protegerlo de caer en gastos catastróficos que lo hagan más pobre, como ayudarlo a recibir consejería, ayuda psicológica, terapias y medicamentos para dejar su adicción. En el caso del tabaco hay diversas opciones terapéuticas. La tasa de tabaquismo en México, considerando aquellos fumadores que lo hacen diario, es del 7.6%: fuman más de 15.6 millones de personas. Los ingresos a la federación y las entidades federativas a través de los impuestos especiales a productos de tabaco y servicios relacionados serán de más de 43 600 millones de pesos para este año.

Los efectos del consumo de tabaco en la salud de la persona, su familia y la sociedad son terribles. Ocurrirán este 2020 más de 170 muertes cada día (más de 60 000 al año), y la discapacidad que produce es también mayúscula por las enfermedades crónico-degenerativas asociadas a su consumo. Lo más crítico que reveló la última encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017 (ENCODAT) fue que el grupo más vulnerable son los jóvenes de 12 a 15 años, fumando por igual hombres y mujeres. De aquí surge mi primera recomendación: no fumar y proteger a nuestros jóvenes. Un hallazgo inesperado de la ENCODAT fue que 5.9% (5 000 000) de la población alguna vez usó cigarro electrónico; un millón de los exfumadores los había utilizado y de los que fumaban al momento de realizar la encuesta, el 18.8% (2.8 millones aproximadamente) usa o alguna vez utilizó el cigarro electrónico.

Digo que es inesperado, porque la Ley General para el Control del Tabaco prohibía su utilización, expresamente en su artículo 16 fracción IV. Lo que evidencia de manera contundente dos cosas: 1) un mercado ilegal no regulado de venta y distribución de cigarros electrónicos, vapeadores y sus insumos, desconociéndose su seguridad y calidad, 2) la falla del gobierno federal (Cofepris) y las entidades federativas (Coepris) para hacer cumplir la normativa. La demanda

de estos dispositivos en cantidades que superan las tres cifras abrió un mercado para que los particulares en locales fijos o virtuales iniciaran la venta de diferentes tipos de dispositivos, modalidades y sabores. Al verse algunos de ellos frenados por la autoridad —y que bueno haya sido así, pues cumplían con su deber—, acudieron ante la autoridad judicial.

En respuesta la Suprema Corte de Justicia (SCJN) ha otorgado a los vendedores ya tres amparos y va por el cuarto, al considerar que la veda absoluta de comerciar, vender, distribuir, exhibir, promocionar o producir cualquier objeto que no sea producto del tabaco, pero que contenga alguno de los elementos de la marca o cualquier tipo de diseño o señal auditiva que lo identifique con productos del tabaco, prevista en la LGCT, se encuentra fuera de proporción y, por ende, es contraria al principio de igualdad en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Hoy en el Congreso de la Unión hay siete iniciativas que tienen la intención de proteger el derecho a la salud al regular esta demanda existente. La evidencia científica sobre el vapeo no es concluyente, pero se sabe causa daño, menor que el tabaco, pero lo causa. De aquí mi segunda recomendación: no vapee, protejamos nuestros jóvenes. Convocamos al ejecutivo federal y a todos los interesados en el tema, a que, mediante parlamento abierto, discutamos con seriedad lo mejor para el bien común de México para determinar, si fuera el caso, sobre el sentido y los alcances de las modificaciones que pudiera requerir la LGCT, a la luz del derecho a la protección de la salud.

Declaro, por último, que no tengo ningún conflicto de interés, salvo el ser la voz de mis representados, defender los derechos y exigir las obligaciones de nuestro gran pacto social que es la carta magna.

Día raro y coronavirus

Hace tres semanas les comentaba que, en situaciones de emergencia, la relación entre el riesgo percibido y el riesgo real desempeñan un papel determinante, en tanto que los peligros que matan a las personas y los riesgos que las alarman son diferentes, y que el criterio que predomina es que las personas responden únicamente a los riesgos que perciben. Esta semana se ha declarado la emergencia sanitaria por el denominado popularmente “coronavirus” y convencionalmente —por la Organización Mundial de las Salud— como SARS-CoV-2 (por su acrónimo en inglés), el cual produce una enfermedad respiratoria severa llamada COVID-19 (por su acrónimo en inglés, *coronavirus disease*). Se sabe que este virus se puede transmitir de persona a persona, de una infectada a otras a través del aire, al momento de toser y estornudar, al tocar o estrechar la mano de una persona enferma, al tocar un objeto o superficie contaminada por el virus y luego tocarse la boca, nariz o los ojos antes de lavarse las manos.

Día a día nos vamos enterando de cómo se ha ido expandiendo la epidemia entre los diferentes países, contando los pacientes infectados, recuperados y los fallecidos. También nos enteramos de las diferentes reacciones de las personas. Las que iban en un crucero y no pudieron desembarcar hasta que se fueron contaminando uno a uno. Las que, teniendo un grado de autoridad y ante el temor de que su país se viese afectado, no les permitían desembarcar. Las que desde los medios de comunicación o redes sociales daban cuenta de lo ocurrido.

Las autoridades federales y estatales nos han mantenido informadas de casos sospechosos de coronavirus que, al hacerles las pruebas, fueron descartados uno a uno. En Guanajuato se han descartado y se tiene la capacidad diagnóstica a nivel local, aunque por protocolo se tenga que confirmar en el INDRE (referencia nacional).

Ya se confirmó antier el primer caso y vendrán otros más. Será noticia de ocho columnas en los primeros días. La pregunta de fondo es ¿qué debemos hacer? Para contestar debemos primero ubicar el nivel del deber: personal, familiar, comunitario, municipal, estatal y nacional. Luego ubicar en nivel de responsabilidad: como profesionales de la salud y servidores públicos de diferentes dependencias o como ciudadanos. Hace cuatro semanas el 8% de la población tenía miedo, el 49% preocupación y al 15% no le preocupaba. Dijo el presidente López Obrador que estuviéramos tranquilos, que el gobierno federal estaba preparado para atender la epidemia. El 45% de los encuestados tienen el sentimiento de que nuestro sistema de salud está poco o nada preparado para afrontarlo.

A nivel personal, familiar y comunitario en calidad de ciudadanos ¿qué debemos hacer? Para empezar, hacer lo que nos toca: alfabetizarnos en salud y actuar en consecuencia: lavarse las manos con mucha frecuencia utilizando agua y jabón o gel desinfectante (que no esté caduco), limpiar y desinfectar superficies y objetos de uso común en la oficina, en casa, en el transporte y otros lugares públicos.

Reglas de “etiqueta” también deben accionarse: al toser o estornudar cubrirse con la parte interna del brazo, limitar saludar de mano y beso a otras personas, evitar el contacto con personas que tengan enfermedades respiratorias. Si tienes alguna enfermedad respiratoria evita el contacto físico con otras personas y usa cubrebocas. Con estas medidas no solo nos protegemos contra la amenaza del coronavirus sino también contra la influenza estacional y muchas enfermedades transmitidas por las manos y las gotas de saliva. Por último, escuchar solo fuentes oficiales: Secretaría de Salud federal y estatal, las direcciones médicas de los institutos de seguridad social o los médicos de su confianza. Esta emergencia sanitaria es un peligro que mata y un riesgo que alarma. A decir de la encuesta hecha en nuestro país, se debe reforzar la comunicación del riesgo en salud, teniendo como centro de ella a la población, para que, empoderada, se minimicen con su activa participación los daños en caso de llegar. Estamos a tiempo.

Termino recomendándoles que tengamos confianza y sigamos las recomendaciones que solo emitan las autoridades de salud. Hagamos lo nuestro como lavarnos las manos, vacunarnos contra la influenza y las medidas higiénico-dietéticas de esta temporada invernal. Peligro y percepción altas nos deben obligar a actuar, bien, rápido y a la primera.

Embarazo y COVID-19

La pandemia de la COVID-19 provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 cumple hoy, estimados lectores, 86 días de que la OMS fue informada del primer brote en la provincia de Wuhan, China. Gracias al avance la humanidad en ciencia, tecnología e innovación se sabe hoy casi todo acerca del virus, pero su actividad en los seres humanos todavía necesita ser documentada y algunas preguntas se continuarán contestando en el futuro próximo.

Al día de ayer en el mapa de casos globales de la Universidad Johns Hopkins había un total de 586 140 casos confirmados y 26 865 fallecimientos en 176 países o regiones del mundo. Pero ¿cuántos fueron en mujeres embarazadas? ¿Cuántas mujeres estaban en el primer trimestre del embarazo y qué impacto tendrá en el bebé? ¿Habrán transmisión a través de la placenta hacia el producto de la gestación? ¿Es mejor atender el parto natural o por operación cesárea?

Para saber lo anterior, consulté la base de datos de la biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos (PubMed) bajo los descriptores COVID-19, SARS-CoV-2, novel coronavirus, y luego con las palabras clave: *pregnancy outcome, vertical transmission, clinical manifestations* y *children*.

Encontré 979 artículos escritos publicados sobre el COVID-19, de ellos 18 tenían que ver con embarazo y de los hallazgos más relevantes quiero platicarles el día de hoy.

Concluyen que es importante comprender el papel de la población pediátrica en la dinámica de transmisión del brote epidémico, ya que los niños pueden convertirse en un difusor significativo en la etapa de explosión del brote. Otros estudios son útiles para revelar por qué los niños que enferman tienen una forma más leve de la COVID-19 y podrían ayudar al desarrollo futuro de inmunoterapia y vacunas para el SARS-CoV-2.

Se conoció que durante la etapa emergente del COVID-19, la infección comienza de transmisión de persona a persona en la comunidad, casi exclusivamente en adultos. El virus se propaga aún más a la familia para causar transmisión intrafamiliar, especialmente a los ancianos y niños, que son vulnerables a la infección. La infección perinatal puede ocurrir si el bebé nace de una mujer embarazada con infección confirmada por parto vaginal.

La indicación para proceder con un parto vaginal o con cesárea dependerá de los criterios puramente obstétricos, sin influir de manera significativa que se tenga la infección y la COVID-19.

Se estudió la evidencia de transmisión vertical intrauterina buscando el SARS-CoV-2 en líquido amniótico, sangre de cordón umbilical y muestras de

hisopos de garganta neonatales. También se recolectaron muestras de leche materna y se analizaron en pacientes después de la primera lactancia. Las características clínicas de la neumonía por COVID-19 en mujeres embarazadas fueron similares a las reportadas para pacientes adultas no embarazadas. No encontraron evidencias de infección intrauterina causada por transmisión vertical en mujeres que desarrollan neumonía por COVID-19 al final del embarazo y estas son buenas nuevas.

En revisión de lo ocurrido, se buscó si hubiera una indicación de cirugía obstétrica o enfermedad crítica de COVID-19 en mujeres embarazadas. La interrupción oportuna del embarazo no aumentó el riesgo de parto prematuro y asfixia del recién nacido, pero fue beneficioso para el tratamiento y la rehabilitación de la neumonía materna. El uso preventivo de agentes uterotónicos de acción prolongada podría reducir la incidencia de hemorragia posparto durante la cirugía. La infección por SARS-CoV-2 no se ha encontrado en los recién nacidos de mujeres embarazadas con COVID-19. Estas también son buenas nuevas.

La aparición de un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2, y la enfermedad respiratoria potencialmente mortal que puede producir, COVID-19, se ha extendido rápidamente por todo el mundo creando un problema masivo de salud pública. Las epidemias previas de muchas infecciones virales emergentes generalmente han tenido malos resultados obstétricos, incluida la morbilidad y mortalidad materna, la transmisión materno-fetal del virus y las infecciones perinatales y la muerte.

Otro estudio revisó los efectos de dos infecciones previas por coronavirus, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) causado por el SARS-CoV-2 y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) causado por el MERS-CoV, sobre los resultados del embarazo. Adicionalmente, analizó la literatura que describe a 38 mujeres embarazadas con COVID-19 y sus recién nacidos en China para evaluar los efectos del SARS-CoV-2 en las madres y los lactantes, incluidos los datos clínicos, de laboratorio y virológicos, y la transmisibilidad del virus de la madre al feto.

Las buenas nuevas fueron que la infección no condujo a muertes maternas, a diferencia de lo que pasaba con SARS y MERS. Se confirmó también que no hubo casos confirmados de transmisión intrauterina de SARS-CoV-2 de madres con COVID-19 a sus fetos. Además, todas las muestras neonatales analizadas, incluidas las placentas en algunos casos, fueron negativas por RT-PCR para SARS-CoV-2. Estas también son buenas nuevas.

Concluyo señalando que el embarazo es un estado de supresión inmune parcial que hace que las mujeres embarazadas sean más vulnerables a las infec-

ciones virales, y la morbilidad es mayor incluso con la gripe estacional. Por ello, debemos extremar las medidas de sana distancia personal y social para minimizar el riesgo de contaminación. Las buenas nuevas son que, en el caso remoto de tener la infección, los efectos no son tan graves como con otras infecciones de coronavirus. Lo mejor es que depende de nuestra conducta que no ocurra la infección por el coronavirus. ¡Reforcemos nuestro actuar!

Alerta, salta otro virus al escenario: sarampión

Hace un año escribí en este espacio: “hoy es Sábado de Gloria y si algún despistado lector está leyendo esta columna, me alegro, pues el mensaje central que quiero transmitirle es de alerta sobre el sarampión. Alerta con significado de aviso o llamada para ejercer vigilancia, primordialmente de su familia, verifique que estén vacunados para prevenir el sarampión, rubeola y paperas. De no ser así, vigile que sus bisnietos, nietos, hijos o hijos de sus vecinos o empleados acudan a vacunarse a los servicios de salud para hacerlo a la brevedad”.

Les platiqué que, en Venezuela, con una erosión significativa en su infraestructura, provisión de medicamentos y red de frío para conservar las vacunas —posterior a que la Organización Panamericana de la Salud había declarado la erradicación del sarampión en el continente americano— se presentaron brotes desde 2016, enfermedad prevenible por vacunación.

El brote venezolano se ha expandido a diversos países de nuestro continente, y hasta el 30 de marzo se han reportado en la región de las Américas 10 568 casos. En México, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, sin embargo, en el Boletín Epidemiológico en la misma semana (semana 12) reporta cero casos de sarampión, lo cual es preocupante pues se conoce ya más de un centenar de casos ocurridos este año, referidos por ellos mismos, permaneciendo en “dictaminación”.

Para recordarles, en México la última epidemia de sarampión ocurrió entre 1989-1990 reportándose 89 163 casos; el último caso autóctono en nuestro país se registró en 1995. En el periodo de 2000 a 2019 se habían identificado casos importados o asociados por importación.

Mis denuncias de lo que ha estado ocurriendo en México han sido reiterativas en cuanto al desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud, disminución presupuestal inédita, bajo nivel gerencial, incapacidad para adquirir medicamentos y vacunas a tiempo y completas. Hechos que, aunados a una cobertura de vacunación en menores de un año inferior al 60% denunciada por el Dr. Mauricio Hernández Ávila en un estudio de “mexicanos contra la corrupción”, han hecho el clima propicio para el regreso del sarampión al país.

Hago la puntual denuncia acerca de que el gobierno de la cuarta transformación fue incapaz de comprar y distribuir el año pasado la vacuna triple viral, que previene el sarampión, la rubeola y la parotiditis, denominada SRP. Llegó a finales de noviembre, luego fue retirada porque al parecer el componente de rubeola no era el adecuado. Luego se volvió a enviar a los servicios de salud, y hace unos días se volvió a solicitar se devolviera al nivel central. No sé cuántas

vacunas sin la calidad requerida para ser efectivas fueron aplicadas ya en nuestras niñas y niños; ni qué se hará con aquellos a los que se les aplicó. Pero si el componente de rubeola no funciona, tendremos en el futuro próximos brotes de rubeola probablemente.

Lo que sí sé es que muchos niños de los nacidos en 2019 y actualmente menores de un año no tienen la vacuna aplicada, con el riesgo de que el brote de sarampión ya existente se amplíe a más mexicanas y mexicanos. También sé que el primer caso se detectó el 12 de febrero y que al primero de abril ya había 108 casos, 103 de ellos en la Ciudad de México, tres en el Estado de México y uno ahora en el estado de Campeche. Otra evidencia contundente de la baja cobertura existente agravada por la falta de vacunas es que 91 de los 108 pacientes con sarampión NO estaban vacunados, el 52% de los cuales son menores de edad. Para que luego no salgan los del Instituto Nacional de Yo Tengo Otros Datos a decir cosas diferentes.

Para aumentar la alfabetización sanitaria les comento que el virus del sarampión es un *paramyxovirus* del género *morbilivirus*. Mide de 100 a 200 nm de diámetro (el SARS-CoV-2 mide entre 100 y 120 nanómetros). Su material genético es ARN de cadena sencilla. Tiene seis proteínas estructurales, de las cuales tres forman un complejo con el ARN y tres están asociadas con la membrana viral (el virus adquiere la envoltura de la célula que infecta).

La enfermedad que provoca fue reconocida por los médicos judíos y árabes de los siglos VII y X mucho antes de la demostración de su etiología viral. En 1758 se demostró la transmisibilidad de la enfermedad por medio de la escarificación de individuos susceptibles con la sangre de pacientes infectados.

Doscientos años después, en 1954, se aisló por primera vez el virus del sarampión de forma exitosa en un cultivo de tejidos. Lo que permitió investigar el virus, estudiar la inmunidad y desarrollar y seleccionar variantes para la evaluación de vacunas. El uso de vacunas con virus atenuados comenzó en 1963. La única manera de prevenir el sarampión es vacunando. El esquema para la vacuna triple viral (SRP) indica la aplicación de dos dosis: la primera a los 12 meses cumplidos y un refuerzo a los seis años. Los adolescentes y adultos que no cuentan con las dos dosis de la vacuna SRP pueden recibir la vacuna contra sarampión y rubeola (SR).

Si se reciben dos dosis, su eficacia contra estos virus es del 97 % y se está en la búsqueda de llegar al 100%. ¿Cómo lo están haciendo? Estudiando por qué a los que les dio sarampión a los seis años siguen inmunes a los 85 años. Así es la ciencia, ¡qué maravilla es el ser humano!

Vacúnese YA contra el sarampión, es una enfermedad muy contagiosa. Esto también, como el quedarse en casa por COVID-19, sería una decisión muy inteligente.

Hoy sí sentí que iba saliendo de una guerra...

Los hechos de esta semana revelan la cruda realidad de la pandemia en México y las mentiras del gobierno federal. Lo ocurrido en Baja California es ejemplo vivo de ello por el número de infectados, enfermos y muertos de manera prematura. Les comparto el testimonio que nos brindó un compañero especialista que ejerce en Tijuana y nos llenó al Colegio de Médicos de Cirugía de tristeza, indignación, impotencia y rabia.

“Entonces dejen les cuento cómo está el asunto aquí en Tijuana. Hay dos hospitales del IMSS, dos regionales grandes, mejor dicho, los dos están llenos. Desde el lunes no hay tubos libres, ya no hay ventiladores, pobrecito si caes en insuficiencia respiratoria.

Del viernes que había algo así como quince o diecisiete casos de COVID-19 en el hospital, para el lunes ya estaba lleno todo el tercer piso, que era el área designada para atender estos pacientes COVID. Hoy miércoles, del anexo del cuarto piso quitaron urgencias pediátricas para poner urgencias de adultos, urgencias de adultos también llenos en todas partes con pacientes COVID. Entonces, por un lado muchos pacientes, todos como “neumonía atípica” porque no se están haciendo las pruebas. Hay un “contagiadero” en el hospital, me confirmó hoy la epidemióloga que son 14 trabajadores del hospital que salieron positivos y se sospecha que se enfermaron allí mismo.

Muchos pacientes que llevaban tiempo hospitalizados por otra razón y que no habían salido, también enfermaron de COVID-19, contagiados del hospital o de sus visitas. Ahora, lo triste es que, bueno, debería haber personal para que los atienda. Primero se fue el personal de mayor de edad y con riesgo de enfermar de gravedad (en medicina se llama comorbilidad) por la licencia esta del sindicato

Hay dos médicos especialistas en medicina interna por la mañana, no sé si haya en la tarde. Todo mundo está incapacitado. El jefe de medicina interna salió positivo y entonces todo el cuerpo de gobierno (jefes y directivos del hospital) hoy se incapacitó, estamos acéfalos, estamos como cinco médicos por turno en el hospital.

Yo hoy me puse a dar altas voluntarias de los pacientes que se querían ir y que no querían pasar el puente y todos los días aquí. En general, los de hematología que iban para transfundirse y cosas así porque no hay médicos internos, de los residentes de la especialidad en cirugía cinco de los ocho están incapacitados, uno positivo a COVID-19, cuatro sospechosos. Está de la... muy mal.

En el otro hospital, la clínica uno, ya quedó cerrado, nada más para atender urgencias y COVID-19, hicieron un área especial para embarazadas con COVID. El área de endoscopia, que tenía como cuatro camillitas de recuperación, se va a volver la zona para atender los partos, la toco-COVID (tocología + COVID), y las pacientes con embarazos sin COVID las van a mandar a la clínica siete, que es un hospital de ginecopediatría.

Entonces, igual allá, están faltos de personal, no tanto, si hay más internistas y ellos están viendo los pacientes COVID y a los subespecialistas les están pidiendo vean los pacientes de piso, aquellos que no son COVID. Fueron por la neuróloga, por el geriatra, por un oncólogo médico, y gente que hizo un año o no acabo el año de internado.

Sí... está muy mal. Y pues todo el mundo vio la foto del pizarrón del hospital general, todo COVID, igual ese hospital está cerrado, ni urgencias va a recibir, si te banean enfrente del hospital, *so sorry* (lo lamentamos) no te van a admitir, puro COVID-19, eh, ya se infectó el infectólogo del hospital y varios médicos. “Oh... hoy que salí del hospital, hoy sí sentí que iba saliendo de una guerra”.

El vocero del gobierno federal y subsecretario del ramo, directamente responsable protegernos a todos los mexicanos, reconoció por primera vez que no había dicho la verdadera dimensión de la epidemia que, en realidad, según sus cálculos, era de al menos ocho veces mayor.

Relató en el “comunicado técnico diario” del jueves 9 de abril que había 3441 casos confirmados, 10 105 sospechosos y 194 defunciones. Y dijo que 28 216 infectados potenciales contaminantes por todo México, pues no saben dónde están.

Lo ocurrido en Tijuana, estimados lectores, ya está pasando en muchos hospitales de la república mexicana y nos lo están ocultando. Nos “pronostican” que la fase tres entrará en 15 días. La evidencia señala que Tijuana ya lo está, que los servicios de salud están rebasados y morirá mucha gente que no debería haber fallecido si se hubieran tomado las decisiones a tiempo. Sería criminal que lo estén ocultando.

Exijo desde esta columna que nos presenten proyecciones para el futuro inmediato como las hechas en Estados Unidos, donde colaboran brillantes mexicanos, en el Institute for Health Metrics and Evaluation que las genera y actualiza a nivel país y estado.

Estimados lectores, hay un extraordinario recurso en salud y economía en nuestras manos para evitar la enfermedad, la muerte y que volvamos pronto a estar juntos de nuevo: ¡quédense en su casa!

Les invito a ayudar a que la gente más necesitada pueda quedarse en su casa. La iniciativa despensa “Corazón de León” que promueven diversas instituciones tiene a mi juicio la estructura necesaria para hacerlo en la dimensión de nuestro querido León. Llama al 477 252 4200 o bien accede a la página del gobierno municipal.

Si no puedes quedarte en casa, usa sin excepción cubrebocas y desinfectate al llegar a tu casa y al trabajo. No se requieren cubrebocas especiales, puede ser hecho en casa con tela. ¡Cúidense por ustedes y por los que más quieren y los necesitan! Abrazo fraterno.

Águila o sol para ¡vives o mueres!

Los del gobierno de la cuarta transformación ya lo dijeron hace dos días, ya lo escribieron y publicaron hace nueve días, ya lo van a presentar oficial, ya nos va a pasar a los mexicanos: ¡vives o mueres! Lanzando una moneda al aire el uno, eligiendo una cara el otro, y al caer ya en el suelo o en la palma de la mano, si la cara elegida (águila o sol) se muestra, entonces el “afortunado” ocupará la unidad de cuidados intensivos respiratorios y tendrá probabilidades de vivir. El otro, el que pierda el volado, quedará en una cama sin el soporte crítico y es casi imposible que logre sobrevivir. Me refiero, estimados lectores, a la publicación de la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica publicada en sitio oficial del Consejo de Salubridad General (CSG), desconocida de inmediato por vocales titulares como el Dr. Enrique Luis Graue Wiechers, señalando que no sabían de ella, que el CSG no se había reunido pese a estar en “sesión permanente”, que no se había contemplado ni discutido siquiera el tema.

Retiraron la publicación días más tarde ante la reacción de miembros del CSG no cooptados por la 4T como el citado rector de la UNAM, la Dra. Teresita Corona Vázquez, presidenta de la Academia Nacional de Medicina y el Dr. Juan Miguel Abdo Francis, presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, por citar algunos, que señalaron con precisión, en manifiesto a la población en general, que exhortaban al gobierno federal para que se dotara de equipo de protección a los profesionales de la salud y de insumos, medicamentos y tecnología respiratoria para la atención a los pacientes.

Llamó la atención de la guía varias cosas, que se publicara en el sitio oficial del CSG, pero sin sus sellos ni autorías; que no participara la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica y operativa, responsable de definir las políticas nacionales que plantea esta disciplina; que no hubo convocatoria al seno del CSG ni invitación a la Academia Mexicana de Bioética o a la comunidad de investigadores bioéticos para su elaboración, análisis y discusión.

Entonces, si no fue el CSG ni la CONBIOÉTICA, ¿quién ordenó se hiciera la guía? ¿Quién integró el grupo de investigadores que la elaboraron y con qué criterios fueron elegidos? Piensa mal y acertarás, decía María Elena Morales, otrora contralora estatal. La mandaron hacer quienes han actuado tardíamente en la planeación y ejecución de las acciones para proteger a las y los mexicanos de la pandemia del coronavirus; los que saben de su fracaso para tener lo indispensable de recursos humanos, equipo, medicamentos e insumos de protección para los profesionales de la salud a 87 días de haber iniciado el brote; los que con

soberbia pasaron del discurso de “estamos preparados, ténganos confianza” a la invitación sobre las rodillas, muchos días después, para firmar un convenio de colaboración con el sector médico privado y utilizar sus instalaciones en procedimientos ordinarios, y no de manera explícita las unidades de cuidados intensivos respiratorios a sabiendas de que no tienen en lo público las necesarias, pero allí se sientan en la comodidad del monopolio de la salud y de la información; por último, la mandaron hacer los que desde su aislamiento en su más amplia extensión saben y sabían por anticipado que morirán muchos más mexicanos y mexicanas que los que debían haber sido de haber actuado a tiempo.

Estoy cierto que ellos fueron, los que hoy con tiranía sanitaria controlan y centralizan las decisiones a espaldas de las instituciones, porque han dado muestras siempre de mandarlas al diablo. La evidencia es clara, posterior al retiro de la guía, volvieron a cooptar al distinguido médico Dr. José Ignacio Santos Preciado, quien creo que no sabía de la misma y que fue él mismo, sorprendido por su publicación, el jueves por la noche, quien, con cara compungida, dijo cantinfleando dos cosas: la primera que no se sabía de la guía pero que ahora ya se sabe y está completa, y la segunda que dado que están en “sesión permanente” —aunque no se hayan reunido nunca, solo cuando fue necesario validar los cheques en blanco dados obsequiosamente al ejecutivo federal— ahora sí someterá al pleno del CSG la guía y anunció su publicación *ipso facto*, el mismo día, del instrumento que dará el respaldo “legal y bioético” a la decisión del ¡vives o mueres! para quitarse el cargo de conciencia —no creo que lo logren— de su negligencia en el manejo de esta crisis.

La segunda institución que fue sacrificada y cooptada fue la Comisión Nacional de Bioética, pues el mismo jueves, ante el sometimiento del Dr. Santos Preciado y del CSG, su titular, el Dr. Manuel Ruiz de Chávez, otro distinguido médico mexicano, presentó su renuncia al cargo al haber sido traicionado por la 4T en un documento que debe ser claro, transparente, de cara a la sociedad mexicana, pues tendrá un impacto extraordinario en la vida de muchos mexicanos y no está bien hacerse sobre las rodillas.

Lamento que el Dr. Ruiz de Chávez haya salido por la puerta trasera, pues su desempeño en su trayectoria de vida siempre fue sobresaliente. Creo también que no cumplió con un deber primario al que estaba obligado al haber recibido tan digna institución de otros personajes brillantes de la medicina y la bioética mexicana, me refiero a haber dicho la verdad sobre su renuncia, que los mexicanos conociéramos por qué no estuvo de acuerdo con el instrumento que decidirá en un volado la vida los mexicanos que tengan la desgracia de haberse contaminado con el coronavirus y enfermarse de gravedad.

Ruego: los sigo invitando, estimados lectores, a que ayuden a más personas sin recursos para que se queden en casa y se protejan de contagiarse: alimentos, productos de limpieza, empatía. Ayudémonos, León, ¡quédate en casa!

Cazador de microbios

El coronavirus, de nombre SARS-CoV-2, que nos ha sorprendido por su alta capacidad de contagio, casi desde el comienzo de la epidemia se pudo identificar gracias al incansable trabajo de investigadores y ahora, dado el conocimiento que se tiene de su estructura genética, se puede plantear hacer vacunas, aunque un año y medio para que estén disponibles nos parezca mucho tiempo por los estragos que en términos de vida y economía está causando.

Este logro fue posible gracias a la disposición de los microscopios electrónicos de transmisión, de exploración y de reflexión, cuyas imágenes podemos ver en Google y no nos despiertan el mayor asombro de su nitidez, a pesar de que el coronavirus mide 100 a 200 nanómetros. Quiero relatar cómo fue el inicio de la observación microscópica:

Cito a Thonis Philips, quien nació en Delft, Holanda, el 24 de octubre de 1632 y que fue conocido como Anton van Leeuwenhoek, que en una carta escrita a los 84 años dijo: “mi trabajo, hecho por décadas, lo he continuado no para lograr los elogios que ahora disfruto, sino principalmente por ansias de conocer, lo que siento que es muy intenso en mí comparado con otros hombres. Por lo tanto, siempre que descubro algo importante o novedoso, siento que es mi deber traspasar mis hallazgos al papel, de manera que toda la gente con ingenio pueda informarse”.

Anton fue el primero en asomarse a un mundo nuevo, poblado de millares de especies de seres pequeñísimos, ya feroces y aún mortíferos, ya útiles y hasta indispensables para muchos ramos de la industria, que enriquece al hombre; un mundo cuyo conocimiento es, en definitiva, más importante para el verdadero bienestar de la estirpe humana que cualquier archipiélago que este holandés hubiera podido descubrir, a decir de Paul de Kruif en su libro publicado en 1926 titulado *Cazadores de microbios*, vigente aún para recomendar su lectura para quienes desean ser científicos, profesionales de la salud o solo para quienes disfrutan de estupendos relatos acerca de los primeros hombres que invirtieron toda su vida para llegar hasta donde estamos.

Leeuwenhoek, que trabajó con lupas para medir cuántos hilos tenían las telas, consideró que sería divertido mirar a través de una lente y ver cosas de tamaño mayor a simple vista. Meticuloso y desconfiado, aprendió e hizo sus propios lentes de tres milímetros que montó en cuadriláteros de oro, plata y cobre, con lo que surgió el microscopio, fabricando cientos y superando con creces lo logrado. Cuando lo criticaban decía: “hay que perdonarles, vista su ignorancia”.

Usando su sentido común y con perseverancia examinó y describió todo lo que tenía al alcance. Se dice de él que era como un cachorro que olfatea todo lo que tiene a su alrededor sin asco, sin tino ni respeto: abejas, pulgas, piojos, moscas, fibras musculares, semen, etc. Sus hallazgos fueron conocidos en la Real Sociedad de Inglaterra gracias a Regnier de Graaf, reconocido por sus estudios sobre los ovarios, cuyos folículos llevan el nombre de “folículos de Graaf”.

Mantuvo contacto con la Real Sociedad a través de cientos de cartas donde describía de modo familiar sus hallazgos, dudados al principio, reconocidos luego, y que lo hicieron miembro de esta a pesar de no ser profesionalista ni filósofo. Descubrió y dibujó los primeros microbios, le dijo a su hija: “¡ven aquí! ¡Date prisa! ¡En el agua hay unos bichitos!... ¡Nadan! ¡Dan vueltas! ¡Son mil veces más pequeños que cualquiera de los bichos que podemos ver a simple vista! ¡Mira lo que he descubierto! ¡Qué seres más listos! Se paran, se quedan inmóviles como en equilibrio sobre una punta, luego se revuelven rápidamente, igual que un trompo, describiendo una circunferencia no mayor de un granito de arena”.

El orgullo de Leeuwenhoek no tenía límites, pero tampoco su humildad ante la incógnita nebulosa en que se movían él y todos los hombres: adoraba al Dios de su patria, pero su verdadero Dios era la verdad, esa, la que nos hace libres.

Persiguiendo al asesino serial

El epicentro de la epidemia del SARS-CoV-2 inició hace 129 días en Wuhan, China. Desde ese día hasta hoy, los científicos han estado construyendo el perfil del asesino de miles de personas en todo el planeta, de dónde vino y qué puede hacerse para prevenir su ataque o impedir que sus armas terminen con la vida de las personas, con especial énfasis en aquellas que tienen factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes, edad avanzada o inmunidad comprometida. Los coronavirus son una familia de asesinos dinámicos, donde los aislados en perros pueden dañar a los gatos, y los de estos devastar los intestinos de los cerdos. Los investigadores pensaban que en los humanos solo causaban síntomas leves, hasta su debut en 2003 cuando causaron el primer brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y luego el MERS, revelando la facilidad con que estos virus versátiles podrían matar a las personas.

Ayer, al momento de escribir esta colaboración, la Universidad Johns Hopkins, reportaba que ya eran 3 886 642 casos confirmados de COVID-19, que el SARS-CoV-2 había matado a 270 118 personas y que la pandemia continúa muy activa. Por ello, los investigadores de todo el mundo, al igual que lo hacía Sherlock Holmes, se esfuerzan por descubrir el perfil del asesino, que ha desarrollado una serie de adaptaciones que lo hacen mucho más letal que los otros coronavirus conocidos a la fecha.

El SARS-CoV-2 puede atacar fácilmente las células humanas en múltiples puntos, siendo la garganta y los pulmones los objetivos principales. Una vez adentro del cuerpo, el virus hace uso de un arsenal diverso de moléculas peligrosas. La evidencia genética, además, sugiere que este coronavirus se había estado ocultando en la naturaleza durante décadas.

Para Andrew Rambau, quien estudia la evolución viral en la Universidad de Edimburgo, Reino Unido, hay incógnitas cruciales aún por resolver sobre este virus, incluida la forma exacta en que mata, si evolucionará hacia algo más o menos letal y lo que pueda revelar sobre el próximo brote de la familia de los coronavirus. Mientras se conoce mejor el perfil del asesino, se están desarrollando más de 95 vacunas en el mundo. Con coronavirus debilitados o inactivados (como el usado en sarampión o poliomielitis) hay siete, con vectores virales que se replican o no dentro de las células (como la existente del virus del Ébola) hay 26 proyectos, con los ácidos nucleicos ADN y ARN para generar una proteína que dé inmunidad hay 20 proyectos, para inyectar subunidades proteicas o virus similares al coronavirus directamente en el cuerpo hay 33 proyectos y nueve proyectos más con otros prototipos de vacunas. El proceso acelerado hará que en 18

meses haya un mecanismo que nos pueda proteger del “asesino serial”. Mientras tanto, se siguen buscando medicamentos biológicos, químicos o biotecnológicos para atacar al virus una vez afectadas las personas. En México hay 12 proyectos de ensayos clínicos en proceso, cuatro con plasma de personas recuperadas de la infección, ocho con medicamentos como el remdesivir, aprobado ya en EUA y Japón, hidroxiclороquina y cloroquina, entre otros. Sería muy útil que todos los pacientes fueran incorporados a un protocolo para aportar a la humanidad evidencias de cuál tratamiento es más efectivo. Lo que es un hecho, es que la COVID-19 debe ser diagnosticada y tratada de forma temprana. Para ello, México debe hacer más pruebas, pues en el concierto mundial, por ejemplo, el día seis de mayo, hubo 21 países que informaron haber hecho más de 100 pruebas por cada 100 000 habitantes, mientras que en el nuestro se hicieron cuatro por cada 100 000 habitantes. Demando que el gobierno federal haga más pruebas o seguirá aportando errores que causan tragedias en la vida y economía de los mexicanos.

Consejo práctico: la mitad de las personas adultas que tienen la presión arterial alta NO LO SABEN, siendo el principal factor asociado a la mortalidad por coronavirus. Les recomiendo, si pueden, que compren un equipo para medírsela en su familia, y, si la tienen alta, consulte a su médico y haga lo necesario para que llegue a la normalidad. También la hipertensión arterial es un asesino serial, pero silencioso, con o sin coronavirus.

Heroínas y héroes de la salud

El jueves pasado presenté en representación del grupo parlamentario del Partido Acción Nacional, en el seno de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, a nombre de las y los mexicanos que representamos, una iniciativa de ley para proponer que, en los muros de honor de la Cámara de Diputados en San Lázaro, se inscriba con letras de oro la leyenda “A los mártires de la medicina en México”.

En el muro de honor están inscritas hoy en día 58 leyendas, donde se plasma gran parte de la historia de nuestro país: personajes, instituciones y frases como “la patria es primero”. Memoria honrada y reconocida por todas las generaciones, pues gracias a ellos, México es ahora una nación libre.

Instalar el muro fue idea del primer congreso constituyente hace 197 años, y se inscribieron allí los primeros trece mexicanos claves en la independencia de México, encabezados por Miguel Hidalgo y Costilla. Doce leyendas han sido dirigidas a colectivos, “A los Defensores de Puebla de Zaragoza” en 1863 hasta al “Al Exilio Republicano Español”, en julio de 2019.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto el gran espíritu humanista y solidario del pueblo de México. En esta etapa que aún está lejos de terminar, lucen como estrellas en el firmamento en las noches más oscuras miles de hombres y mujeres que son salubristas, personal médico, de enfermería, odontología, laboratorio, psicología, nutrición, trabajo social, medicina prehospitallaria, mantenimiento, intendencia, vigilancia y administrativos, quienes, desde el inicio de la pandemia, sin descanso y en condiciones adversas, han laborado protegiendo la salud de la población, a costa incluso de la suya propia y la calidad de vida de sus familias.

Miles de profesionales de la salud que han combatido al asesino invisible que es el coronavirus. Héroes y heroínas que han sido enviados al frente de batalla sin equipos de protección personal o, en el mejor de los casos, con equipos de calidad dudosa. Hablamos de héroes y heroínas que, sabiéndose no inmunes a la enfermedad, siguieron sirviendo con amor a sus semejantes y a nuestro país de manera sobresaliente y extraordinaria, poniendo incluso su vida en prenda por nuestra patria.

Con tristeza les comento que hasta el 2 de junio más de 20 000 héroes y heroínas de la salud han sido contagiados por COVID-19. En 4 000 de ellos la infección sigue activa. Han fallecido a lo largo y ancho del país 271 profesionales de la salud, y por tanto mártires de la medicina: 42% de enfermería, 32% de medicina, 2% laboratoristas, 1% odontólogos y 23% de otras profesiones o actividades de la atención en salud. Nuestro más sentido pésame a sus familias.

Es inimaginable el sufrimiento que ellas y ellos debieron de haber pasado antes de morir, más cuando llegó la fiebre, la tos, los síntomas y signos de la inflamación en todo el organismo provocada por la respuesta al asesino implacable que es el coronavirus. Luego al no haber mejoría, la sedación, la asistencia ventilatoria, la lucha por aferrarse a la vida en los cuidados intensivos y luego la muerte sin poder despedirse de sus seres amados y queridos. Qué tragedia al saber ellas y ellos mismos, desde que fueron enviados a la guerra sin fusil, que no había vacuna alguna que los previniera ni medicamento efectivo que ayudase a eliminar el coronavirus. De aquí el heroísmo por sus actos extraordinarios de servicio a sus semejantes.

Les recordamos a las y los legisladores allí presentes —que sesionan a través de la seguridad que otorgan las tecnologías de la comunicación e información desde el seno del hogar— que hay que asegurar ya que tengan el equipo de protección necesario y los insumos obligados para una buena atención. Mientras allá afuera, en el mundo real, miles de héroes y heroínas siguen batiéndose a tiempo completo contra el enemigo, es el deber mínimo que debiéramos asumir como representantes del pueblo.

Disección de la mortalidad: ocurrencias vs. evidencias

Estimados lectores, mostraré a continuación cinco evidencias como una pequeña muestra de las muchas que podemos documentar, de que es cierto lo dicho por este escritor al vocero oficial del gobierno federal durante su comparecencia con la junta de coordinación política de la Cámara de Diputados: que están manejando la pandemia de COVID-19 con soberbia al no reconocer ninguna falla, con políticas públicas sustentadas en ocurrencias y no en evidencias científicas como las pruebas diagnósticas o el uso de cubrebocas, y, por último, con una medicina basada en las escasas existencias de insumos de protección, medicamentos, personal e infraestructura.

Evidencia 1: no muestran los datos que por obsequiosa concesión están obligados a presentar por el decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el viernes 20 de febrero del 2015, que establece la regulación en materia de datos abiertos. Así, la Dirección General de Epidemiología ha puesto la información referente a los casos asociados a COVID-19, en su base de datos de 369 362 registros del día 10 de junio de 2020, y disecciona la mortalidad de manera sucinta para fines de esta editorial, solo de aquellos registros cuya defunción fue clasificada como atribuida al COVID-19 por análisis de la prueba reportada como positiva por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, sección Vigilancia Epidemiológica. Evidencia 2: sus políticas de información y logística han sido francamente erróneas y los servicios de salud carentes de lo necesario. Aquí se disecciona la fecha en que el paciente ingresó a la unidad de atención y la fecha de su fallecimiento. El mismo día que ingresaron, fallecieron 1218 personas (7.9%), al primero, 1606 (10.5%), al segundo, 1490 (9.7%), al tercero, 1377 (9%), al cuarto, 1186 (7.7%) y al quinto, 1083 (7.1%). Del sexto al décimo día fallecieron 3997 (26%), del día 11 al 20 murieron 2730 (17.8%), del 21 al 30 fallecieron 484 (3.2%). Del 31 al día 40 fallecieron 116 y del día 41 al 66 fallecieron 27 más. Que el 40% de los pacientes (5961) haya fallecido en los primeros tres días posteriores a su ingreso revela que llegaron tarde y que quizá faltaba de lo requerido para su atención personal, equipamiento, medicamentos, ventiladores, etc.

Evidencia 3: su soberbia para decir que existen todos los insumos se desenmascara con el hecho de conocer, por ejemplo, cuántos pacientes graves que para su provisión de oxígeno suplementario con presiones y otras variables fueron intubados antes de fallecer. Se registró el dato de 13 151 difuntos. Solo fueron intubados el 17% de ellos (2282) y no recibieron este procedimiento indispensable para la ventilación el 83% (10 875).

Cabe señalar que esta observación de primera vista deberá confirmarse con autopsia verbal y registral del expediente clínico de cada fallecido, para saber las razones del porqué no fueron intubados, y, por tanto, no estuvieron en ventilador, minimizando quizá su probabilidad de sobrevivir. Evidencia 4: en las unidades de cuidados intensivos se tiene la máxima capacidad científica, tecnológica y humana para atender a los pacientes graves. Uno puede sostener que todos los pacientes graves por COVID-19 (dado que fallecieron), debieron de haber sido atendidos en este tipo de unidades. Resulta que solo 19% de ellos (2708) tuvo esa oportunidad, cuando se dice que “hay capacidad sobrada en este tipo de unidades”. Habría que explicarles a los mexicanos por qué 11 620 (81%) no lo estuvieron, y, por tanto, con casi nulas probabilidades de sobrevivir.

Evidencia 5: si el tiraje utilizado en sus comunicaciones hubiera sido el óptimo, como se presume, valdría la pena saber por qué fallecieron, qué tipo de atención recibió el paciente. Les comento, estimados lectores, que se denomina como ambulatorio si regresó a su casa o se denomina como hospitalizado si fue ingresado. Resulta francamente inconcebible que el 11% de los pacientes (1628) fuera regresado a casa, porque no imagino que fuese decisión de quienes fallecieron. El 89 % restante fue ingresado a un hospital para su atención. Ojalá corrijan pronto. Hemos hecho múltiples propuestas de apoyo y recibido solo descalificaciones. A cada descalificación tendrán como respuesta otra propuesta.

Mil millones para vacunas COVID-19

¿Qué significa, estimados lectores, que el gobernador de Guanajuato, Diego Sinhue Rodríguez Vallejo, dijo que en la entidad “vamos un paso adelante, y más en tiempos de contingencias”? Por ello, ya se tiene contemplado un recurso por 1000 millones de pesos para adquirir la vacuna contra el COVID-19, una vez que esta se encuentre en el mercado. “Ya he instruido a los secretarios de finanzas y de salud para salir a buscar en los laboratorios y poder adquirirla una vez que ya se tenga aprobada”.

Lo que significa es tener una visión de planeación, para asegurar que en cuanto esté lista una vacuna, Guanajuato —independientemente de lo que haga el gobierno federal de la cuarta transformación que se ha mostrado desafortunadamente con muy poca, por no decir nula, capacidad de planear el abasto— pueda disponer de cuatro y medio millones de dosis de vacuna para la protección de la población. Pondré como ejemplo de planeación de seguridad nacional en salud lo hecho por nuestro vecino del norte en días pasados para hacer compras de futuro de la vacuna contra la viruela, enfermedad de mató más aborígenes que los españoles conquistadores debido a que estaban indefensos inmunológicamente.

En abril de 2019, durante la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, el informe del director general A72/28 habla sobre la erradicación de la viruela: destrucción de las reservas de virus variólico. Solo hay dos repositorios autorizados de virus variólico: el centro estatal de investigaciones virológicas y biotecnológicas (Rusia) y los centros para el control y la prevención de enfermedades (EUA). En julio de 2018 fue aprobado el tecovirimat como el primer el tratamiento contra la viruela, estando en desarrollo el brincidofovir y el NIOCH-14. Si hay inversión e investigaciones en proceso es por el riesgo de reemergencia de la viruela, el cual ha aumentado y sigue creciendo.

El plan de despliegue de vacunas antivariólicas ante un brote fue publicado por la OMS en diciembre de 2017, con un disponible de reservas de 600 a 700 millones de dosis en el mundo, suficiente para responder a un brote. Dado que es claro que la viruela sigue siendo una amenaza potencial a la salud pública, el 3 de septiembre de 2019, como parte de los esfuerzos de preparación en curso contra las amenazas de biodefensa, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos ordenó comprar vacuna contra la viruela, llamada ACVAM2000, para construir y reponer la vacuna almacenada en la reserva nacional estratégica durante la próxima década.

El 30 de abril de este año el HHS realizó un pedido de JYNNEOS, vacuna producida por la empresa Bavarian Nordic contra la viruela y contra la viruela del simio, por un total de 202 000 000 de dólares, que se suma a uno preexistente para fabricar 13 000 000 de dosis liofilizadas, que se comenzarán a fabricar en el año 2022.

Como médico y legislador, apoyo absolutamente la decisión de invertir 45 000 000 de dólares por el gobierno de Guanajuato en vacunas, buena señal de que importa la vida y la salud, por un lado, y hacerlo con transparencia y oportunidad en plena pandemia por el otro.

Los legisladores de diversos partidos haremos un llamado urgente para que el gobierno federal invierta ya, como lo han hecho otros países, en los laboratorios que llevan la delantera en la vacuna. Ser los primeros en la lista para surtir hará que menos mexicanos fallezcan en el futuro por una enfermedad ya prevenible por vacunación.

Tiempos de afinar la mira

Hace 177 días que surgió el terremoto de la COVID-19 en Wuhan, China, que ha inundado la mayoría de los países y regiones del mundo, saturando los sistemas de salud y debilitando la frágil economía. La evolución de la pandemia está cambiando por lo general para peor, las medidas aplicadas han sido ineficaces. Aún los países que por excepción salieron sin tantos daños de la primera oleada enfrentan ahora la reemergencia de brotes epidémicos.

En México ya pasamos las 25 000 defunciones reconocidas (miles más no reconocidas) y los contagios siguen en aumento. Si utilizamos el semáforo de brocha gorda propuesto por la 4T, se irán por la borda los grandes esfuerzos que la ciudadanía y los empresarios han hecho durante el largo periodo de confinamiento y las incipientes acciones para reactivar la economía.

Una pregunta clave a contestar hoy sería: ¿las medidas que hemos tomado para contener el virus son demasiado leves y genéricas o estamos respondiendo demasiado lentamente? Es obvio que nos falta algo, pues la mayoría de nuestros intentos han sido incapaces de detener la propagación de la infección. Aunque estamos ante un virus nuevo, el SARS-CoV-2, debemos sustentar nuestras acciones en la medicina basada en la evidencia.

Afinemos la mira con foco desde lo local, en los 2466 municipios del país, células básicas de la nación, que cursan diferentes fases de la pandemia, desde ningún caso en algunos llamados “de la esperanza” hasta otros con propagación comunitaria generalizada y quizá con mutaciones virales ignoradas.

Si el aislamiento y el distanciamiento social son las medidas más eficaces para contener el virus, afinemos la mira para conocer a detalle qué variantes de virus están infectando qué poblaciones, dado que en México hay cinco regiones genómicas diferentes. Debemos conocer si hay cofactores genéticos, de desarrollo o ambientales que modulen la gravedad de la enfermedad COVID-19, a esto se le conoce como epidemiología genómica o epidemiología de precisión.

Debemos obtener en los próximos tres meses suficiente información para identificar los subgrupos más críticos de cada población y, con evidencia genómica, tomar decisiones como, por ejemplo: a quién vacunar primero, a quién tenemos que aislar, quién se está infectando con qué variante del SARS-CoV-2, que, dicho sea de paso, ya hay muchas perfectamente identificadas; así como las localizaciones precisas de las infecciones.

Tenemos que afinar la mira para identificar tanto a los que han estado expuestos como a la mayoría de los infectados a fin de lograr un aislamiento efectivo, que considere la gran variación de entornos sociales y de espacios en

los hogares para ser eficientes y mitigar la pandemia hasta que haya una solución definitiva.

Para afinar la mira requerimos hacer miles de pruebas —mínimas hasta ahora— en las personas que entran en áreas de alto riesgo, en todos los que trabajan en el cuidado de la salud, en la población con alta movilidad dentro de la comunidad; además de muestras sistemáticas por edad, sexo, ascendencia y entorno social.

Son imperativas las pruebas porque hay evidencias contundentes de que la infección por COVID-19 es contagiosa dos a tres días antes de cualquier síntoma y de que una gran proporción de personas infectadas no tienen síntomas; por ello, el aislamiento simple basado en los síntomas clínicos no ha funcionado en México. Además, los países y regiones que han hecho una mayor cantidad de pruebas han tenido éxito en aislar la infección y detener la propagación de la enfermedad como en Corea e Italia.

Este afinar la mira, además de la epidemiología de precisión, continuará la siguiente semana.

Tiempos de afinar la mira, dos

Las personas vulnerables a COVID-19 deben ser protegidas para no contagiarlas y las personas infectadas deben ser aisladas, pues es el medio más efectivo y sin sustituto para detener la propagación de la enfermedad. De aquí la importancia de realizar pruebas y más pruebas para identificar a los infectados y aislarlos, pues un solo individuo infectado en una población sin defensas propagará la infección a miles en una sola semana.

Si las pruebas de sectores muy grandes de toda la población de forma regular no son factibles por razones logísticas o económicas, debiéramos proceder al aislamiento social de sectores muy grandes de la población, pues es el único medio eficaz de contención. Debemos pensar en un escenario para proteger a las personas más vulnerables de la población, para que las no vulnerables con una progresión lenta de la infección pudieran contribuir al desarrollo de la inmunidad del rebaño.

Una vez que se disponga de una vacuna eficaz, la vacunación masiva logrará una inmunidad basada en la población. El éxito de este enfoque dependerá de nuestra eficacia para detectar a las personas infectadas mediante pruebas repetidas y masivas, hasta que se disponga de un ensayo pleno que identifique personas resistentes a infecciones o reinfección.

Se requiere una movilización global y nacional para apoyar pruebas rápidas que permitan identificar el viaje del virus en la población y dirigirse a las zonas de mayor riesgo de la comunidad. Afinar la mira involucrando a los investigadores y los recursos disponibles en el país y en todo el mundo. Esto incluye laboratorios de diagnóstico, sistemas hospitalarios, universidades, institutos de investigación y potencialmente cualquier grupo que pueda realizar pruebas validadas de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (RT-PCR) o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en áreas alejadas de los centros de diagnóstico y atención de la salud como por ejemplo las zonas indígenas donde ya hay una gran cantidad de enfermos por COVID-19.

Las pruebas sistemáticas de individuos, especialmente en las proximidades de los puntos calientes, deben realizarse dentro de una semana o diez días para identificar la fracción de los casos que tuvieron virus, pero con niveles indetectables en la prueba inicial.

Las pruebas nos deben servir también para probar la seroconversión y detectar a aquellos que desarrollaron inmunidad. Podrían ser personas infectadas, sintomáticas o no, que desarrollaron anticuerpos neutralizantes, creando así una posible resistencia a la reinfección. Estas personas, además, serían una fuente de

plasma convaleciente que ayudaría al tratamiento de pacientes COVID-19 hasta que no se disponga de un tratamiento o vacuna eficaz. Hay preguntas que nos deben orientar en afinar la mira: ¿por qué algunas personas no desarrollan síntomas? ¿Por qué los niños son relativamente inmunes a la enfermedad clínica? ¿Cómo influyen las variantes genéticas en genes como ACE2 en la cascada de infección y la susceptibilidad al SARS-CoV-2? ¿Cuál es la duración y eficacia de la inmunidad después de la infección inicial? ¿Cuál es la virulencia comparativa de las diferentes variantes del SARS-CoV-2 y cómo interactúan estas variantes con los factores genéticos y ambientales de los seres humanos huésped?

Por último, las pruebas son un requisito fundamental para detener la pandemia, deben repetirse varias veces, ya que las personas con pruebas negativas podrían ser positivas al día siguiente como resultado de la infección o la replicación del virus.

Los resultados de la investigación relacionados con COVID-19 deben presentarse, revisarse, publicarse rápidamente y ponerse a disposición gratuitamente. Tenemos que maximizar la cantidad de información que tenemos y convertirla en acción para superar la COVID-19 y las posteriores pandemias.

Plasma convaleciente

Esta semana, al participar en el seminario de la Universidad Magno intitulado “Información práctica y veraz para afrontar el reto del COVID-19” puntualizaba que, con la metodología de la medicina basada en evidencias hasta el día de hoy, no hay opciones comprobadas para la profilaxis (prevención) para quienes han estado expuestos al SARS-CoV-2, ni tratamiento para quienes desarrollan COVID-19. Comenté que el plasma inmune (es decir, “convaleciente”) se refiere al plasma que se recoge de los individuos después de la resolución de la infección y del desarrollo de anticuerpos. La administración pasiva de anticuerpos mediante transfusión de plasma convaleciente puede ofrecer la única estrategia a corto plazo para conferir inmunidad pasiva inmediata a personas susceptibles. Existen en la literatura médica numerosos ejemplos en los que el plasma convaleciente se ha utilizado con éxito como profilaxis posterior a la exposición y/o tratamiento de enfermedades infecciosas, incluidos otros brotes de coronavirus como el SARS-1 y el síndrome respiratorio del Medio Oriente.

La reevaluación de la utilidad histórica del uso del plasma convaleciente ha hecho que se haya utilizado en pacientes con COVID-19 en varios países del mundo. Se hallan publicados en la librería nacional de medicina de los institutos nacionales de salud (NIH) de los Estados Unidos 141 artículos donde los autores relatan sus resultados con plasma convaleciente.

Cuatro de ellos son revisiones sistemáticas a fin de determinar su eficacia, medida en términos de disminución de la mortalidad por todas las causas al alta hospitalaria y la mejoría de los síntomas clínicos a los siete, 15 y 30 días después de la transfusión, y la seguridad medida con el número de eventos adversos de grado tres, cuatro y graves asociados a la infusión del plasma convaleciente.

Los resultados indican que las series de casos y los ensayos clínicos aportan datos aún limitados para descartar que la mejoría observada en muchos de ellos podría estar relacionada con la historia natural subyacente de la enfermedad u otro tratamiento concomitante, en lugar del plasma convaleciente.

Los principales hallazgos de los datos disponibles son los siguientes: el plasma convaleciente puede reducir la mortalidad en pacientes críticos, se observó un aumento en los títulos de anticuerpos neutralizantes y la desaparición del RNA del SARS-CoV-2 en casi todos los pacientes después de la terapia con plasma convaleciente: un efecto benéfico sobre los síntomas clínicos después de la administración de plasma convaleciente con casi nulos efectos adversos.

Otra conclusión fue que es necesario llevar a cabo ensayos clínicos controlados para tener evidencias de mayor fortaleza y consistencia. De aquí que

resulta importante que en nuestro país ya estén registrados a nivel internacional en la base de datos de la OMS y los NIH seis ensayos clínicos (clinicaltrials.gov) que utilizan plasma convaleciente y que están reclutando pacientes con COVID-19 y que en el corto plazo tendremos resultados a la vista en mexicanos.

El Guanajuato el Centro Estatal de Medicina Transfusional está corriendo también un ensayo clínico y lo han utilizado ya, según me informan en ocho pacientes. A la par que muchos bancos de sangre a nivel mundial, nuestro centro estatal tiene una infraestructura robusta y personal altamente calificado para realizar colectas de sangre y construir inventarios de plasma convaleciente que satisfaga la creciente demanda de pacientes COVID-19 en Guanajuato.

Estén ciertos, estimados lectores, que todos los desafíos tanto regulatorios como logísticos, que abarcan la elegibilidad y el reclutamiento de los donantes, la extracción y la transfusión misma están garantizados con calidad y seguridad de inicio a fin. Debemos alentar todos a los más de 5410 guanajuatenses que se han recuperado de la COVID-19 a que acudan al Centro Estatal de Medicina Transfusional, verifiquen en ellos si tienen anticuerpos en buena cantidad y que con su plasma convaleciente ayuden a otros tantos para cambiarles con la inmunidad pasiva el curso de la enfermedad. Mientras tanto utilice cubrebocas y mantenga la distancia social.

Covidengue

Iniciamos con las precipitaciones pluviales, el aumento de la temperatura y una planificación urbana propicias para que en las siguientes semanas la hembra del mosquito *Aedes aegypti* haga de las suyas e inicie la propagación del Dengue de una persona infectada a una sana, situación que podría concurrir a la vez en una persona que pueda tener COVID (sintomático o asintomático), cuya denominación literaria sería covidengue, de serias consecuencias de no tomar las providencias necesarias para prevenirlo. El dengue es un importante problema de salud pública global donde el ser humano es el principal huésped amplificador del virus, requiriéndose pautas adicionales a las principales medidas de prevención y control, la vigilancia epidemiológica y control de vectores (moscos).

En Guanajuato hasta julio 20 de 2019 se han registrado siete casos (seis de ellos en Irapuato) en comparación con los 252 registrados el año pasado, que refleja el control de la Secretaría de Salud comandada por el Dr. Daniel Díaz en coordinación con los municipios para evitar su propagación.

El mosquito *Aedes aegypti* ya vive en nuestras ciudades y se reproduce principalmente en recipientes artificiales, tiene tolerancia a las temperaturas bajo cero, además de una gran capacidad de hibernación y habilidad para guarecerse en microhábitats, lo cual propicia su propagación. De aquí, estimados lectores, que debemos iniciar con prioridad las acciones de descacharrización, verificación de mosquiteros funcionales en ventanas y puertas que permanecen abiertas, tener repelente no caduco a la mano si debemos estar por cualquier razón a la intemperie cuando el mosquito tiene mayor actividad. Elemento clave es evitar que haya sitios donde se acumule el agua y sirva de “criadero” para la reproducción del mosquito, incluyendo llantas, floreros, tambos, canales de drenaje. En las zonas con mayor densidad de mosquitos detectadas por el sistema de vigilancia epidemiológica, además, puede ser requerida la nebulización con insecticidas para disminuir o abatir la densidad de vectores.

El dengue es un virus tipo RNA de la misma familia que la fiebre amarilla, el virus del Nilo y el virus zika. Se reconocen cuatro serotipos distintos del virus del dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 Y DEN-4. En Guanajuato están circulando los dos primeros, al igual que en los estados vecinos de San Luis Potosí, Michoacán y Jalisco.

Cuando una persona tiene una infección por dengue, genera defensas (inmunidad) de por vida contra el serotipo en particular que le ocasione infección. Se ha documentado además inmunidad cruzada parcial y temporal a los otros serotipos. Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el

riesgo de padecer el dengue grave. Por ejemplo, si usted ya tuvo dengue en León y viaja por trabajo o vacaciones a Veracruz, donde están circulando los cuatro serotipos, debe extremar precauciones pues si se infecta con el DEN-3 o DEN-4 puede tener una enfermedad más severa.

El dengue tiene un periodo de incubación que dura entre cuatro y diez días. La enfermedad comienza de forma repentina con fiebre, náuseas, vómito, exantema, mialgias, artralgias, cefalea, dolor retro-ocular y a veces petequias (microhemorragias). Estos síntomas duran entre dos y siete días. Las personas infectadas son portadoras de la infección durante cuatro o cinco días, 12 días como máximo, y los mosquitos de la especie *Aedes* adquieren el virus al picarlas.

De las formas leves, puede avanzar a dengue con signos de alarma como dolor abdominal intenso o abdomen doloroso a la palpación, vómitos persistentes, acumulación clínica de líquidos, sangrado de mucosas, letargia, agitación y crecimiento hepático, y hasta a formas más graves que requerirán hospitalización y cuidados críticos. El tratamiento es sintomático, hidratación y bajar la fiebre con paracetamol (acetaminofén). Ojo: NO DEBE UTILIZARSE ACIDO ACETIL SALICÍLICO (Aspirina) pues puede provocar hemorragias. Si tiene síntomas, acuda a sus servicios de salud o llame a la lada 800 627 2584 para recibir orientación. Pues en COVID sí se prescribe el ácido acetil salicílico en dosis de 100 mg.

Ya hay una vacuna utilizada en México, Dengvaxia, del laboratorio Sanofi-Aventis y está en el programa nacional de vacunación. Guanajuato no clasifica como estado para su uso, pero consulte usted a su médico y podría conseguirla de manera particular si la recomendación es que se la aplique.

Desabasto de medicamentos públicos, sus causas en México

El presidente López dijo que celebrará un convenio con la ONU para adquirir medicamentos, vacunas y equipos, donde se obtengan mejores condiciones en cuanto a calidad y precio de los medicamentos y equipos. Sostuvo que esto va a ayudar a que resolvamos el problema de abasto de medicamentos. Para ello, Morena y sus aliados modificaron el artículo primero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, excluyendo al gobierno de cumplir con un requisito que marca la constitución: las licitaciones públicas —nacionales o internacionales— como el método idóneo con transparencia para conseguir la calidad, eficiencia, eficacia y el mejor precio al fomentar la competencia. La narrativa del presidente es adecuada, nadie en su sano juicio pensaría que no debemos buscar que los impuestos que ahora con tanto trabajo pagamos los mexicanos nos permitan acceder a medicamentos e insumos de calidad. Las acciones y los hechos del presidente, sin embargo, van en sentido totalmente contrario, pues en sus primeros dos años de gobierno, sus colaboradores han sido incapaces de lograr lo mínimo requerido para que haya abasto de medicamentos.

¿Por qué hay desabasto público si en el mercado nacional no lo hay, incluso se ha surtido más del 120% los pedidos consolidados que había hecho el gobierno? Si fue aprobado el dinero para comprarlos, ¿por qué no se ha hecho?

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) recién presentó los resultados de su estudio “Desarrollo Humano y COVID-19 en México: desafíos para una recuperación sostenible”. En el capítulo de salud, destaca que la drástica reestructura motivada por una política central de austeridad republicana, la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y los cambios en las reglas para el abasto de medicamentos han sido las principales causantes.

La desaparición del seguro popular y la entrada en vigor del Insabi, sin que se hubieran definido reglas claras del nuevo sistema de salud, ha generado incertidumbre en la proporción de los servicios, confusiones sobre la operación que a ocho meses de distancia no terminan por resolverse. Puntualiza el PNUD que entre las razones del desabasto se encuentran los cambios en las reglas para las licitaciones de medicamentos, aunado a problemas en la organización de las licitaciones entre 2019 y 2020, así como a la falta de soluciones ante el complejo problema de la distribución de medicamentos.

Ninguna empresa de la industria farmacéutica mexicana ha sido denunciada por el presidente o el gobierno federal de práctica monopólica como lo señala. Más de 2 100 000 000 de piezas fueron asignadas por licitación y 140 000 000

por asignación directa en 2017-2018. Laboratorios Pisa obtuvo en ellas el primer lugar, con menos del 10% de las piezas. Ahora con gobierno de la “cuarta trastornación” se han invertido las proporciones de asignación directa y licitación pública, pues, aun así, Laboratorios Pisa ha obtenido, por precio y calidad el primer lugar de las piezas asignadas. Lo mismo ocurre con el resto de las asignaciones de la industria farmacéutica nacional. El desabasto rampante que ha hecho que las familias gasten ahora mucho más en medicamentos, que tengan familiares en riesgo de enfermedades prevenibles por la falta de vacunas, e incluso que hasta estén en duelo por la falta de equipo de protección personal, ventiladores e insumos durante esta pandemia, es culpa absoluta de la incompetencia del gobierno federal, no de monopolios imaginarios. Qué bueno se utilicen el Fondo Rotatorio o Estratégico, de los cuales ya hemos hecho uso. Pero, mientras siga la incompetencia, el desabasto y la mala calidad provocarán otro daño: la economía de miles de familias mexicanas que viven de la industria farmacéutica nacional quedará sin su fuente de trabajo sin razón, pues es la incompetencia y no los “molinos monopólicos” los causantes del desabasto de medicamentos en nuestro país.

Si me intuban, ¡me muero!

“Mi esposo no quiere que lo intuben, porque si lo intuban, se muere”, me han dicho dos personas de nuestro círculo de conocidos que fueron contagiados por el SARS-CoV-2 y desarrollaron una enfermedad grave por COVID-19. Este temor no solo era de los dos enfermos, sino también de los familiares. En el primer caso, el paciente terminó aceptando la intubación cuando estaba cansado de luchar con la insuficiencia respiratoria estando boca abajo y en el segundo nunca la aceptó. Ambos, con tristeza y pena, fallecieron. Seguramente ustedes, amables lectores, habrán oído también este temor en algún conocido o familiar. Qué recomendaciones y consejos les di a ambas esposas son el motivo de esta colaboración. Hace dos días en nuestro estado había hospitalizados por COVID-19 52 personas “estables”, 505 “graves” y “críticos-intubados”, 98. ¿Cuáles deberían ser los límites máximos de atención para cada uno de ellos? ¿Quién o quiénes deberían determinarlo? ¿Cuándo se deberían tomar este tipo de decisiones?

Todos los pacientes que ingresen a un hospital firman un “consentimiento informado” genérico de que aceptan los tratamientos que allí se le pueden otorgar, sin embargo, creo con firmeza que los niveles máximos de atención deben ser establecidos lo antes posible en los pacientes con COVID-19 ya en el hospital o ya en la comunidad, puesto que muchos de ellos tampoco aceptan ir a un hospital para atenderse por el temor a morir. De hecho, un trabajador de una tenería comentó que un médico le dijo que no fuera a atenderse del posible COVID-19 al IMSS, pues de allí ya no saldría vivo.

El paciente es quien debe establecer el nivel máximo de atención que le gustaría recibir. Sus familiares y sus médicos deben también ayudarlo a tomar la mejor decisión, considerando sus deseos (o los de sus defensores), las comorbilidades subyacentes —obesidad, diabetes, cáncer, insuficiencia renal, etc.— y la fragilidad percibida. Este límite de atención, por ejemplo, aceptar o no ser intubado, debe discutirse y acordarse antes de que el paciente pueda enfermar gravemente o no pueda expresar ya sus deseos. Por supuesto que la intubación no mata a los pacientes con COVID-19, sino que la intubación y la ventilación invasiva se indican cuando un paciente se deteriora a pesar de haberse otorgado otras alternativas como el oxígeno en puntillas o mascarilla nasal u otras medidas para mejorar su oxigenación. La intubación entonces debe hacerse oportunamente, y con ello el paciente tendrá mayores probabilidades de sobrevivir.

En Guanajuato al 5 de este mes han sido atendidos 25 029 pacientes confirmados de COVID-19. Fallecieron 1457 (7%), lo que es una de las letalidades más bajas en nuestro país. De los fallecidos, 269 (18%) recibieron atención “am-

bulatoria”, es decir, en su casa. De los 1188 que recibieron atención hospitalaria, fueron “intubados” 193 (16%), procedimiento realizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el 62% (119) de los casos y 38% (74) fuera de ella. De los 993 pacientes que no fueron intubados, estuvieron en la UCI el 3% (30) y 963 (97%) en las camas generales.

De los pacientes con COVID-19 que sobrevivieron (20 600), el 84% recibió atención ambulatoria, es decir, en su casa, y el 16% (3380) en hospitales. Fueron intubados 125 personas (4%), de ellos el 26% (33) en la UCI y 92 (74%) fuera de ella. De los que no fueron intubados, ingresaron a la UCI 116 (4%) y 3139 (96%) fueron atendidos fuera de ella.

Focalizando: de las 25 029 personas con COVID-19 en Guanajuato, fueron intubados 318 (1%), de los que sobrevivió el 39% (125) y falleció el 61% (193). De aquí, es fácil deducir que la gravedad de la enfermedad es la causante del fallecimiento y no la “intubación”. Concluyo recomendando ampliamente que conversen pacientes, familiares y médicos la decisión del máximo nivel de atención que están dispuestos a recibir cuando ingresen al área hospitalaria, pues la comunicación, dadas las políticas implementadas al ingresar al “área COVID-19” hacen casi imposible pueda establecerse después. Si yo tuviera COVID-19 y me propusieran “intubarme” sin duda lo aceptaría.

La importancia de la certificación de especialistas

La certificación del médico especialista tiene como propósito otorgar al paciente la certidumbre de que cuenta con las habilidades, destrezas, aptitudes y su actualización en el conocimiento científico y tecnológico de la rama médica de su especialidad. De aquí la importancia de que todos los médicos estén certificados, dado que el bien jurídico a tutelar con la certificación es la atención de la salud de la población.

Hay evidencia científica que valida la asociación entre la certificación profesional y la calidad de la atención médica. Por ello, existe en la Ley General de Salud (LGS) (artículos 81, 83 y 272 bis) la obligatoriedad de certificarse desde septiembre del año 2011, lo que ha permitido certificar o recertificar a 148 688 médicos especialistas, y con certificación vigente de los últimos cinco años a 111 569 hasta enero de este año. Les comento, estimados lectores, que la certificación de las especialidades médicas se inició en 1963 por la Academia Nacional de Medicina de México, con los médicos anatomopatólogos. En 37 años se formaron, como asociaciones civiles, los 47 consejos de las ramas de la ciencia médica. Con la participación de las academias Nacional de Medicina de México y Mexicana de Cirugía —de las que soy miembro— en 1995 se constituyó el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM). Desde su origen, la certificación fue un acto voluntario para el médico especialista, no obstante, los principios éticos y el reconocimiento de su calidad académica fueron los principales impulsores de la consolidación, año con año, de esta garantía en ley para la sociedad, incorporando además al CONACEM como un organismo auxiliar de la administración pública federal para certificar la capacidad de los médicos especialistas. Desde el 25 de marzo de 2015, la Secretaría de Salud emitió los lineamientos a que se sujetarán CONACEM y los consejos de especialidades médicas, especificando los requisitos para la certificación y recertificación y los términos para las mismas, a cargo de los consejos de cada rama médica.

El poder judicial también ha intervenido respecto de los efectos jurídicos de la certificación de las especialidades, toda vez que hubo inconformidades de terceros que se tradujeron en demandas de amparo de 36 universidades públicas y privadas. El acto reclamado consistió en que la recertificación transgredía la autonomía universitaria. La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) negó el amparo y protección de la justicia federal.

Otras demandas de amparo aludían a que las reformas a la LGS transgredían el derecho a la libertad de trabajo. La SCJN estableció jurisprudencia en el sentido de que no hay tal transgresión y, finalmente, la misma publicó una tesis

en la que dictamina que el grado de especialista en cirugía plástica y reconstructiva y el de maestría en cirugía estética no son equiparables.

Cabe hacer énfasis que los médicos destacados que participan en los consejos para certificar en las 47 especialidades y 77 subespecialidades existentes hasta hoy lo hacen de manera filantrópica y voluntaria, sin recibir ninguna contraprestación, con la visión clara de su importancia para mejorar la calidad de la atención de los mexicanos. Algunos médicos que se ostentaban como especialistas en algunas ramas médicas inexistentes en los currículos universitarios y sin residencias médicas, demandaron incluso ante la Comisión Federal de Competencia Económica (COFECE) que la CONACEM y los consejos de especialidad constituyen un monopolio. La COFECE desestimó la actividad monopólica referida por los demandantes, señalando además que las actividades de certificación no tienen fines de lucro. Le recomiendo, amable lector, verifique que su médico esté certificado y que su certificación esté vigente —se renueva cada cinco años—. Puede consultarlo en www.conacem.org.mx con el nombre y especialidad de tu médico o médica.

Dudosa calidad de nuevos médicos especialistas

Los médicos generales mexicanos y extranjeros interesados en ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas para realizar un curso universitario de especialización médica en el Sistema Nacional de Salud deberán presentarse del 7 al 12 noviembre al examen nacional (ENARM) para ser seleccionados. Hasta aquí todo bien. El problema surge porque el presidente López Obrador ordenó incrementar el número de plazas para las especialidades médicas de nuevo ingreso sin contar con el conocimiento requerido y sin tener una estrategia pertinente, que hará, sin duda alguna, que los especialistas que egresen en el futuro de esta selección 2020 serán de dudosa calidad.

Al igual que otros miembros de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía, de la Academia Mexicana de Ciencias y formadores de recursos humanos en salud, levanto la voz desde esta columna y en días próximos en un foro en la Cámara de Diputados, para que sea evaluada con seriedad y responsabilidad la decisión del ejecutivo federal, y hago el llamado a las Instituciones como la ANUIES, UNAM, colegios médicos y consejos de certificación a participar activamente en esta decisión que impactará la calidad de los especialistas en México.

Es reconocido que los médicos son el principal activo y recurso humano dentro del sector salud, y que, con su heroico desempeño en la actual pandemia, han sido revaluados por la sociedad. Para llegar a ser especialista, primero deben cursar su licenciatura en seis a siete años en cualquiera de las más de 170 escuelas y facultades de medicina de nuestro país. No todas cuentan con la acreditación correspondiente y la preparación es, por lo tanto, heterogénea.

Para identificar y evaluar los conocimientos, habilidades y destrezas de los egresados, en 1977 fue creado el ENARM. El número de mexicanos y extranjeros aspirantes en 2019 fueron 42 680, de los cuales fueron seleccionados 9480 (22%), cifra que refleja además la capacidad instalada para formar adecuadamente a los futuros especialistas en las diferentes ramas de la medicina.

La decisión de aumentar de nueve a diecinueve mil plazas es una decisión, a mi juicio, populista, que repercutirá en la calidad de la formación de los especialistas futuros, convirtiéndose en un atentado en contra de la salud de la población. En la actualidad, estimados lectores, no existe ni la infraestructura hospitalaria ni el número de profesores necesarios para preparar a tantos especialistas en formación. Cierto estoy que, en la formación de recursos humanos para la salud, se tiene que realizar un análisis extraordinariamente riguroso de la planeación tanto de campos clínicos, infraestructura y profesores para asegurar

la calidad de los egresados, sean de pregrado o posgrado, ya que se encuentra en juego la salud y la vida de los mexicanos. Se debe considerar, además, que los residentes que se encuentran actualmente desarrollando las especialidades médicas tuvieron que suspender sus actividades quirúrgicas, de asistencia e investigación por más de seis meses —hasta ahora, y puede ser más— por la necesidad de atender la pandemia COVID-19. Para recuperar el tiempo perdido, será menester, a nuestro juicio, que se prolongue el año académico por el mismo periodo de tiempo donde los residentes no pudieron adquirir las habilidades y destrezas necesarias para realizar los procedimientos quirúrgicos. Esta solicitud de ampliación haría que los seleccionados del ENARM 2020 tengan que ingresar no el primero de marzo del 2021, sino hasta julio o agosto, para que los que están actualmente completen su formación con calidad.

Como secretario de la comisión de salud, convocaremos a los diferentes actores para para analizar la propuesta del gobierno de la república, dado que el incremento de plazas o becas en el Presupuesto de Egresos de la Federación debe provenir de objetivos, estrategias y líneas de acción que, en este caso, parecieran estar ausentes.

¿En qué estamos fallando?

Nayelli colocó este mensaje en su Facebook el pasado miércoles 16, después del acto litúrgico que en compañía de su familia hicieron para pedir al creador recibiera a su padre, médico especialista de profesión, quien fue una víctima más de la COVID-19: “quien me conoce bien, sabrá que esto de compartir en redes sociales no se me da tanto. Y quien me conoce bien, sabrá lo que mi familia significa para mí. No hay palabras que describan mi sentir. Pero tampoco hay resentimientos ni sueños incumplidos, ni reproches, ni malos sabores de boca. Solo hay muchas alegrías, mi mayor admiración, mi orgullo y toda mi vida entregada a hacerlo feliz. ¡Papi, vives en mí! ¡Y es todo y lo único que importa! No hay nada que me llene más que el orgullo de ser tu hija. ¡Nos vemos pronto! ¡Espérame donde sea que te encuentres! En esta vida y en la siguiente, te amo con todo mi corazón”.

Carlos Israel —y estoy cierto lo suscribiría su gemelo Carlos Isaac—escribió el 15 de septiembre: “hoy partió uno de los grandes de la medicina, el Dr. Carlos López Vázquez, mi padre. Papá, no me alcanza mi vida para agradecerte todo lo que has hecho por mí y por todos tus seres queridos, te prometo que nunca te olvidaré, siempre te tendré presente, el dolor de tu partida se quedará, pero también se queda la gran experiencia de haberte tenido en mi vida, lograste e hiciste lo que siempre te gustó, eras feliz y te fuiste feliz. ¡Descansa, mi jefe de jefes!”

El médico psiquiatra radicado en la ciudad de Celaya, casado con mi hermana Martha Angélica, quien me expresó con profundo dolor su pena de no poder despedirse de Carlos, fue un brillante profesionista hasta el último día de su vida, padre de tres hijos y abuelo de tres hermosas nietas. Fue profesor, amigo y compañero de muchos colaboradores del IMSS donde ejerció como especialista y como subdirector médico. Rodeado del amor de su familia, mi cuñado Carlos fue hospitalizado el pasado 21 de agosto en el mismo instituto donde laboró, atendido por sus colegas de la UCI en la UMAE de León, donde con mucha fortaleza luchó hasta el último aliento. A nombre de nuestra familia, agradecemos a todas las personas que estuvieron al pendiente de Carlos, rodeándonos de amor, fe y esperanza, así como al delegado Marco Hernández Carillo, al Dr. Pedro González y demás médicos intensivistas, residentes y personal de enfermería por el esfuerzo y las atenciones brindadas: ¡mil gracias! Estimados lectores, la partida a la casa del Señor de nuestro querido Carlos se sumó a la de otros 71 978 mexicanas y mexicanos. ¿En qué estamos fallando?

El primer caso de contagio por el SARS-COV-2 inició hace 260 días en Wuhan, China, el primer caso en Japón, un país similar al nuestro (126 000 000) se presentó 15 días después (hace 245 días). México tuvo el primer caso el 28 de febrero (201 días), es decir con 44 días de ventaja para la planeación y preparación de respuesta ante la emergencia. Al 15 de septiembre, México tiene 680 931 casos confirmados versus 77 009 en Japón; se han realizado en nuestro país 11 961 pruebas por millón de habitantes y 14 133 en Japón; en México han fallecido 557 personas por millón de habitantes y 12 en Japón, es decir, 46 veces más mortalidad en nuestro país.

Con estos resultados, se atreve a decir el presidente López Obrador y su pupilo el Dr. Hugo López-Gatell que “somos ejemplo” de lo bien que se han “aplanado la curva y domada la pandemia”, repudiando las evidencias y los consejos que aportan los investigadores y las y los exsecretarios de salud para establecer un plan que corrija en ocho semanas el rumbo y que, de seguir así para el 31 de diciembre, pudiera acumular 1065 muertes por millón de habitantes.

La declaración de la Comisión Lancet COVID-19 con motivo del 75.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas el pasado 14 de septiembre, ratifica las fallas que ha tenido el gobierno federal de Morena, enumero unas cuantas: número insuficiente de pruebas, no rastreo de contactos, no obligatoriedad del uso de cubrebocas, insuficiencia de equipo de protección, mala rectoría y coordinación con autoridades subnacionales. Si se sabe en qué estamos fallando ¿por qué seguir causando tanto dolor en los hogares mexicanos? Alcemos la voz, no seamos cómplices silenciosos.

Secretario Alcocer, ¡pudo ser mejor!

Comparecieron esta semana ante el congreso federal el secretario de salud —sí, aunque usted no lo crea, tenemos uno— Jorge Alcocer Varela, los directores del IMSS, ISSSTE e Insabi y el “zar” Hugo López-Gatell, quien predijo que en México el escenario más catastrófico —casi imposible que ocurriera— serían 60 000 muertes por COVID-19. Al día de ayer, llevamos ya reconocidas 87 894, y más de 150 000 sin reconocer, según investigadores reconocidos mundialmente. Alcocer Varela dijo: “pudo ser peor” y nosotros le dijimos que sin duda “pudo ser mejor” y de eso quiero comentarles hoy. La glosa del segundo informe fue el motivo de la comparecencia, donde por primera vez aparecen en el pleno las autoridades federales que encabezan el Sistema Nacional de Salud, cuyo común denominador es la ineptitud, que también mata, pues sin duda, podrían haber sido muchas menos muertes, y si no se corrige la estrategia, podrían ser, en los próximos meses, muchos más, al deslizar Alcocer Varela un posible “rebrote” en el país, término falaz, pues el primer brote es que el sigue campeando, regresando en muchos estados y en la Ciudad de México a niveles de contagio y hospitalizaciones como antes, y con su absurdo semáforo, otra vez a “rojo”.

A lo largo de las ocho horas de comparecencia, no hubo ninguna señal de autocrítica, ninguna falla detectada del gobierno federal, ninguna señal de arrepentimiento, pero sí la hubo de soberbia, de un síndrome de híbris exacerbado por parte del subsecretario López Gatell, que con absoluto descaro, dado que él no iba a comparecer, con sus “selfis” y protagonismo de las porras, pancartas y grandes lonas de Morena y el Partido del Trabajo que lo respaldaban opacó al personaje descrito por H. G. Wells en *El hombre invisible* (1897), me refiero al fino ser humano, excelente investigador y paupérrimo e inepto secretario Jorge Alcocer Varela, quién ni allí, ante el ridículo en que lo estaba dejando en la máxima tribuna del pueblo, puso en orden a su subalterno, que a la vez, convirtió en “invisibles” a los otros tres funcionarios.

La ineptitud que mata se ha hecho ya una constante en quien, por ley según el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, le corresponden al menos veintisiete actividades. La primera de ellas es elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos gratuitos universales y “salubridad general”, así como coordinar los programas de servicios a la salud y los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.

El secretario invisible, quien preside el máximo órgano constitucional llamado Consejo de Salubridad General, que depende directamente del presidente

de la república y que fue diseñado específicamente para atender crisis sanitarias, sesionó hasta el 31 de marzo para publicar muchos días después, “la emergencia sanitaria”. Su irresponsabilidad e invisibilidad en el mando central de un asunto tan serio es tan clara, que nunca hubo un documento de preparación y respuesta ante la pandemia, mucho menos de planeación y coordinación con las autoridades sanitarias estatales y municipales. El resultado habría sido mejor si el secretario invisible hubiera asumido su responsabilidad para que se hicieran suficientes pruebas, equipo de protección personal y de atención hospitalaria necesarios para la atención de infecciones respiratorias graves, adquisición oportuna de medicamentos y dar un compás de espera en el desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud.

En la sesión, le pedimos que el Instituto Nacional de Salud Pública llevase el nombre del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, eminente salubrista nacional fallecido el 12 de octubre. También le entregamos el libro *La gestión de la pandemia en México* con las medidas —de ocho semanas— que habría que seguir para disminuir la mortalidad en los próximos meses, última obra del Dr. Soberón y varios exsecretarios de Salud de México.

Tan invisible es el secretario Alcocer Varela, que Salomón Chertorivski Woldenberg, extitular de salud, publicó ayer en este medio que entregó el mismo ejemplar al Dr. López Gatell. De las mentiras dichas en el pleno contrastadas con el informe entregado por escrito en el congreso platicaré después. Dr. Alcocer Varela, ¡sí pudo ser mejor, mucho mejor! La ineptitud mata.

Uso de cubrebocas salvaría 9300 vidas

Esta semana propuso Enrique Gómez una estrategia que “obligará” a la producción, distribución y uso de cubrebocas, idea a la cual me sumo sin dudarlo. El uso de cubrebocas representa el porcentaje de la población que dice que siempre usa uno en público, y con su uso masivo reducir la transmisión en un 30% o más. Con el uso generalizado de cubrebocas en nuestro país se salvarían 9300 vidas al primero de febrero de 2021, según las estimaciones actualizadas esta semana del Instituto de Métrica de la Salud (IHME) en la Universidad de Washington.

En nuestro país, durante la tercera semana de octubre los casos positivos muestran un incremento por arriba de 5000 por día. Asimismo, las muertes muestran una modificación en la tendencia, con un ligero incremento a 391 muertes diarias.

EL IHME estima que para el 1 de febrero de 2021 en México habrá 134 000 defunciones acumuladas, es decir, aproximadamente 5200 más que las estimadas hace una semana para la misma fecha. Suma que rebaza en dos veces el “escenario catastrófico” dicho por Hugo López-Gatell, quien, por cierto, esta semana, durante sus exposiciones, ya utiliza cubrebocas, al igual que el equipo que lo acompaña, hecho franco de su utilidad o de que ahora podría culpar a quienes no lo usan, a pesar de que siempre lo desdeñó, al igual que el presidente.

EL IHME delinea la situación actual en México, donde las estimaciones de muertes por COVID-19 acumuladas al 21 de octubre indican que alrededor de 62% de ellas suceden entre 55 y 79 años y la mitad de las muertes suceden antes de los 63 años.

Para el 26 de octubre hay 8 estados con cifras de población infectada por COVID-19 por encima de 30%: Tlaxcala, Aguascalientes, Baja California, Sinaloa y Colima (30-35%); Tabasco y Quintana Roo (36-41%) y la Ciudad de México con valores superiores a 50%, lo cual podría hacer que la distribución de la vacuna cuando se tenga disponible cambie en ellos, dado que la inmunización se ha hecho por contagio directo. Estimados lectores, los factores impulsores de las tendencias de transmisión son la movilidad, el uso de cubrebocas, el número de pruebas y la estacionalidad, donde la llegada del invierno será un factor importante.

En Guanajuato, la movilidad es ligeramente menor a la que había en enero de este año, sin haber cambios en el uso de cubrebocas en comparación con la semana anterior. En promedio, el 81% usa mascarilla al salir de casa, habiendo un área de oportunidad relevante si se compran o producen masivamente como lo planteó Enrique Gómez. Guanajuato tiene un desempeño ligeramente supe-

rior en el número de pruebas que se realizan, pero aún inferior a lo deseable. La tasa de mortalidad por millón de habitantes se estima por arriba de cinco, de aquí la importancia de disminuir la transmisión con el uso de cubrebocas. ¿Qué tipo de cubrebocas se debe utilizar? Los profesionales de la salud pueden utilizar los llamados “triple capa” y “quirúrgica tipo concha” (no certificados como N95), y los certificados como N95. Los primeros dos se deben usar cuando brinden atención de rutina a todo paciente con una enfermedad que puede transmitirse con microgotas y se debe pedir a toda persona que tenga síntomas de infección respiratoria. Los certificados como N95 deben usarse siempre que se esté en contacto con pacientes con presencia o generación de aerosoles durante procedimientos como la intubación, como la influenza y COVID-19.

Recomiendo, entonces, que lo mínimo debieran ser cubrebocas triple capa y, si los espacios donde se trabaja no están bien ventilados, entonces N95 y minimizar el tiempo de estancia en dichos lugares hasta su adecuada ventilación. Los invito a utilizar cubrebocas y evitar una mayor mortalidad.

¿Medicamentos “patito”? Un peligro potencial

La incapacidad del gobierno federal para satisfacer las necesidades de medicamentos y otros insumos para la salud en nuestro Sistema Nacional de Salud, lo ha llevado a tomar medidas desesperadas que ponen el riesgo a la población. Una de ellas conlleva un peligro potencial muy alto al admitir medicamentos e insumos de mala calidad, seguridad dudosa y eficacia sin comprobar, término conocido en nuestro argot como medicamento “patito”. De eso les comento hoy.

El día 18 de noviembre del año en curso en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), el presidente López Obrador publicó el acuerdo por el que se establecen medidas administrativas para agilizar el trámite de registro sanitario de medicamentos y demás insumos para la salud que provengan del “extranjero” (sic), en el cual se faculta a la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) a otorgar registro sanitario a medicamentos e insumos para la salud que provengan del extranjero en un plazo de cinco días hábiles, y de no lograrlo se aplicará la “afirmativa ficta”, es decir, tendrán registro automáticamente.

Este irresponsable acuerdo es precedido de otro publicado por él mismo en el DOF el 11 de noviembre de 2020, en el cual instruye a la Secretaría de Salud a que resuelvan la procedencia de otorgar a los solicitantes el registro sanitario de insumos para la salud, en un plazo menor al mencionado en los acuerdos de equivalencia que hasta la fecha se hayan emitido, así como para que se establezcan plazos menores en aquellos que se emitan con posterioridad.

En México, el registro sanitario de un medicamento genérico (que ya ha perdido su patente) tarda 180 días hábiles y el de una molécula nueva (conocidos como innovadores) 240 días hábiles según el reglamento de insumos para la salud. Hay que recordar que en nuestro país un año calendario tiene 253 días hábiles. De aquí, que en los cinco días ordenados negligentemente por el presidente no va a ser posible ni siquiera corroborar con la agencia emisora del registro sanitario en el extranjero, si este es auténtico o falso, pues no se tienen esas capacidades.

Si se obtiene el registro a través de la afirmativa ficta después de cinco días, este se tiene que solicitar y el mismo tiene que ser contestado por la autoridad por oficio, que tendrá que ser elaborado físicamente, de forma que se tenga el multicitado registro sanitario o la autorización por escrito ya que, sin ello, de permitirse la importación bajo estos términos, se estará violentando también la Ley de Comercio Exterior.

La UNOPS, “agencia subcontratada” por Insabi para comprar los “medicamentos potencialmente patitos” quizá presionó al gobierno mexicano para allanar el camino de la adquisición y colocación de estos en el país. Para el primer trimestre del 2021 está convocando a la adquisición de 135 claves de medicamentos y 34 de dispositivos médicos que suman 142 000 000 de piezas de medicamentos y 118 000 000 de piezas para los segundos y un monto de 2 818 000 000 de pesos. Un reto es la mezcla de los grupos terapéuticos a evaluar en su seguridad, eficacia y calidad. En oncología 36 claves y 1 900 000 de piezas, para enfermedades infecciosas 23 claves y 23 100 00 millones de piezas, en cardiología 17 claves y 13 000 000 de piezas, por señalar tan solo algunas. Ahora considere lo de un año completo.

En vacunas, el fondo rotatorio de la OPS adquirirá para México más de 76 000 000 para prevenir 20 enfermedades. Enfatizo que la propia OMS manifiesta de manera puntual que ellos no avalan la calidad, sino que debe ser asumida ésta por la autoridad sanitaria. Así que podríamos tener también “vacunas patito”.

Por último, señalo de manera sucinta, que además del riesgo sanitario para los pacientes hay un daño absoluto a la industria nacional, pues la cancha no sería pareja, podré un ejemplo: en los casi dos años que llevamos no se ha autorizado un solo registro sanitario a moléculas nuevas, y a los extranjeros ahora será en cinco días. Haremos la lucha legislativa para evitar este daño a la salud.

Evidencia en marihuana (cannabis) 2020

La evidencia científica publicada este año en la base de datos médica más grande del planeta revela que el uso recreativo o lúdico de la marihuana (no su uso medicinal) es muy dañino y permanente sobre todo si es consumida en la niñez y adolescencia (hasta los 24 años) y del peso de la evidencia quiero alertarlos, estimados lectores. Esta evidencia no fue considerada en la minuta aprobada en el senado para legalizar el uso “recreativo” de la marihuana (cannabis) supuestamente bajo el enfoque de salud pública, derechos humanos y desarrollo sostenible, dicen, en aras de mejorar las condiciones de vida de las personas que habitan en los Estados Unidos Mexicanos, prevenir y combatir las consecuencias del consumo problemático del cannabis psicoactivo y contribuir a la reducción de la incidencia delictiva vinculada con el narcotráfico, fomentando la paz, la seguridad y el bienestar individual y de las comunidades. Para mostrar el peso de la evidencia, realicé la búsqueda en la base de datos PubMed, recolección y estudio de los artículos científicos que incluyeran en su título el término “cannabis”, el año 2020 y fueran *systematic review* o *clinical trials* o *meta-analysis*, encontrando 85 revisiones sistemáticas, 45 ensayos clínicos y 40 metaanálisis, citándoles algunos hallazgos.

Primero es una evidencia irrefutable que el desarrollo cerebral (neurodesarrollo) tiene sus etapas finales en el ser humano de los 15 a los 24 años, periodo caracterizado por alta neuroplasticidad. El uso de marihuana (u otras drogas ilícitas) durante este periodo puede interferir con las vías de desarrollo neurofisiológico y neuropsicológico, lo que puede conducir a neuroadaptaciones desfavorables en curso. La relación dosis-respuesta entre el consumo ilícito de drogas, la exposición y la variación individual del neurodesarrollo es desconocida pero destacada por los cambios globales en el panorama jurídico y las actitudes y percepciones cada vez más liberales del daño causado por el cannabis y las drogas ilícitas en los dominios cerebrales estructurales, funcionales y cognitivos. Las personas que consumen la marihuana presentan “trastorno por consumo” el 22%, abuso el 13% y dependencia el 13%, aumentándose ésta última a 33% entre los jóvenes que se dedicaban al consumo regular (semanal o diario).

Otro estudio analizó hasta qué punto el consumo de marihuana entre los jóvenes está asociado con el riesgo de perpetrar la violencia física, encontrando una asociación significativa, independientemente de factores socioeconómicos u otro consumo de sustancias, concluyendo que el consumo en jóvenes si es un factor de riesgo de violencia coincidiendo con otras investigaciones publicadas.

Se investigó en 30 estudios si el consumo regular de cannabis a largo plazo daña el rendimiento cognitivo en seis dominios: atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, toma de decisiones, procesamiento de información y memoria de trabajo. El consumo de marihuana se asoció con déficits significativos —de pequeña magnitud en la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria y la cognición global mientras que la toma de decisiones tuvo déficits moderados.

En otros estudios similares concluyen que hay dos mensajes importantes para adolescentes y adultos jóvenes: en primer lugar, la marihuana tiene efectos potencialmente perjudiciales sobre la cognición, el cerebro y los resultados educativos que persisten más allá de la intoxicación aguda. En segundo lugar, la función cognitiva deteriorada en los usuarios de cannabis parece mejorar con abstinencia sostenida.

El límite del espacio en esta columna me limita a seguir enumerando el daño a la salud de millones de niños y jóvenes que verían mermado su futuro de aprobarse la liberación del cannabis con camuflaje de regulación que viene en la minuta que estamos discutiendo en la Cámara de Diputados.

Propondremos cambios para cumplir con nuestra obligación fundamental de proteger el derecho de nuestros niños y jóvenes a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud. Debe también haber regulación limitada a los argumentos señalados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, malinterpretada, a mi juicio, como crear una ley para industrializar la mota, término popular del cannabis.

Vacunología y “otrodatitis”

El gobierno de Morena presentó esta semana su “documento rector” (sic) acerca de la política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en diez escuetas láminas hechas en el “Instituto de Yo Tengo Otros Datos” y refleja la absoluta irresponsabilidad hacia la salud de los mexicanos. De ello quiero comentarles. Las vacunas protegen creando inmunidad contra enfermedades graves y a veces mortales como ocurre con la COVID-19. México tiene una historia exitosa en la vacunología desde los años ochenta del siglo pasado, habiendo alcanzado muy altas coberturas de vacunación contando con uno de los esquemas de inmunización. La erradicación de la poliomielitis, la difteria y el tétanos neonatal son ejemplo de ello; el control de la tosferina, la parotiditis, la rubeola y el sarampión son otras muestras de la eficacia a lo largo y ancho de los 2457 municipios del país, gracias a una adecuada planeación, adquisición, distribución e inoculación en zonas urbanas y rurales. La llegada de Morena con funcionarios sin las competencias gerenciales ha hecho que tengamos serios retrocesos en la cobertura de inmunizaciones en todos los grupos poblacionales como ya lo he denunciado en esta columna y la Unicef lo ha confirmado: nuestros niños serán susceptibles a padecer sarampión y tuberculosis, las niñas con cáncer cervicouterino en el futuro por la falta de vacuna contra el papilomavirus por señalar tan solo algunos ejemplos. La “otrodatitis” referida en el título es una palabra compuesta de “yo tengo otros datos” y el sufijo “-itis” de origen griego y que en español significa inflamación. Datos inflamados y priorización simplista se aprecian en las cinco etapas planteadas como “estrategia de vacunación”, iniciando este mes y concluyendo en marzo del 2022. Inician diciendo que vacunarán a los trabajadores de la salud y luego solo estratos de edades de mayor a menor edad en decenios. Proteger la integridad del sistema de salud es clave, en México existen 706 275 médicos y enfermeras, e igual cantidad de trabajadores en la salud a lo largo y ancho del país. Solo tienen ahora para 125 000 personas y no se sabe el calendario de entrega de los restantes 34 000 000 de dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, que, por cierto, para su inoculación se requiere una cadena logística muy compleja, que será aplicada en centros militares, teniendo que desplazarse todos los trabajadores de la salud hacia los mismos. Cierto estoy que, sin la participación de los servicios estatales de salud, será una verdadera catástrofe.

Brilla por su ausencia la priorización para proteger a los bomberos, choferes del transporte público, policías, trabajadores agrícolas, de la industria y mu-

chas más actividades que el propio Consejo de Salubridad General ha definido como “esenciales”.

Los discapacitados, adultos mayores con enfermedades graves o en condiciones de alto riesgo como la diabetes, obesidad, hipertensión, insuficiencia renal o cáncer no tienen ningún peso de priorización, ni para evitar la morbi-mortalidad ni para reactivar la economía.

Póngase en la línea para vacunarse, estimado lector, si es trabajador de la salud y más de 60 años (16 000 000) será —si llegan las vacunas— como en abril del 2021, 50-59 años (13 000 000) en abril-mayo, 40 a 49 años (16 000 000) en mayo-junio, 19 a 39 años (43 000 000) y menor de 18 años (42 000 000) de junio del 2021 a marzo del 2022.

Qué tipo de vacuna se va a aplicar a qué persona, de una dosis (CanSino-Bio) o de dos como la de AstraZeneca o Pfizer. ¿Cuál de ellas es más segura si es alérgico a los alimentos? ¿Cuál es más eficaz para prevenir enfermedades graves? ¿Cuál da más tiempo de protección? ¿Cuál previene la transmisión, protege la enfermedad o solo contra la enfermedad grave? No se presentó tampoco una hoja de ruta.

Por último, ¿responderá la Cofepris por los efectos indeseables al dar la autorización por orden presidencial y no por hacer el estudio de beneficios versus riesgos? Lucharemos para que haya un zar de vacunación en México que atienda a lo técnico con responsabilidad para impedir más luto y dolor en las familias mexicanas.

COVID-19 y medicina de precisión

Esta semana participé en el foro de alto nivel sobre innovación para legisladores mexicanos: conversatorios a distancia, patrocinado por Amgen Inc. y PhRMA y organizado por tres *think thanks*: el Wilson Center Mexico Institute, la Fundación Idea y la Fundación Mexicana para la Salud. La pregunta detonadora fue: ¿cómo puede ayudar la innovación en el sector de salud a enfrentar los desafíos que presenta la pandemia?

En este espacio de diálogo y debate, con un panel de legisladores de diversos partidos y de ambas cámaras del congreso mexicano, orientado a fortalecer nuestra toma de decisiones, se dialogó teniendo como temas la importancia de la innovación en la nueva realidad, herramientas necesarias para crear ecosistemas innovadores frente a la pandemia, avances en medicina personalizada (MP) y lecciones aprendidas de innovaciones previas en el sector de salud.

Los avances en la investigación de los ácidos nucleicos desde la publicación en la revista *Nature* de la estructura de doble hélice del ADN (ácido desoxirribonucleico) por Watson y Crick el 25 de abril de 1953 han sido vastos. Desde la secuenciación plena del genoma del homo sapiens hasta la del novel coronavirus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19 en un tiempo récord.

En el citado foro se ejemplificó la utilidad de la innovación en el caso del cáncer de mama:

1) En México todas las mujeres de 50 años o más tienen que hacerse mamografía anual (aproximadamente 10 000 000). Se esperarían 30 000 nuevos casos de cáncer de mama, sometiéndose a quimioterapia bajo el concepto de “medicina para todas”. 2) Los tumores tendrían entonces que ser estudiados para saber si tienen receptores hormonales, esperando que 22 500 resultaran con positividad, cuyas pacientes recibirán además hormonoterapia bajo el concepto de medicina estratificada.

3) Debe estudiarse también si hubiera un marcador específico en el tumor como el HER2 (receptor dos de factor de crecimiento epidérmico humano), que es un gen influyente en el desarrollo del cáncer de mama, y entonces, cerca de cinco mil mujeres debieran recibir adicionalmente inmunoterapia bajo el concepto de medicina de precisión (MP), mejorando con ello de manera substancial su esperanza y calidad de vida.

4) Incluso se hizo referencia al uso del estudio genómico bajo la premisa de medicina profiláctica, al identificar una copia defectuosa del gen BRCA1 (*breast cancer 1*) en la actriz Angelina Jolie, que la colocaba en un riesgo muy alto

de contraer cáncer de mama, decidiendo ella someterse a una mastectomía bilateral y reducir sus posibilidades de cáncer de seno.

Surgió durante la lluvia de ideas también que, en México, tenemos el Instituto Nacional de Medicina Genómica, el cual tiene registradas 20 líneas de investigación, con investigadores calificados que han logrado, por ejemplo, caracterizar en cinco grandes regiones el país según el genoma humano, y por tanto capaces sin duda de avanzar hacia la democratización de la MP.

Sin embargo, los expertos opinaron que la infraestructura y equipamiento del INMEGEN es obsoleto, que ha sido sometido a un perenne diferimiento para estar al día con la tecnología requerida para avanzar como se esperaría con la calidad del talento humano allí disponible. Su presupuesto 2020 es de 145 000 000 de pesos reales (año base 2013), siendo dos millones de pesos menos que en 2018.

Se concluyó que para que haya equipamiento, debe evitar que se consuma la confiscación por el ejecutivo federal de los más de 25 000 millones de pesos del presupuesto y fideicomisos destinados a la Ciencia y Tecnología en 99 conceptos por ramo administrativo y sector, entre ellos, los destinados a la innovación e investigación en salud y los fondos mixtos de las entidades federativas (informes al primer trimestre de 2020: informes sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública, y transparencia presupuestaria).

Dado que no se profundizó acerca de la MP y COVID-19 en el foro, me di a la tarea de revisar la literatura publicada en PubMed al 27 de mayo de 2020 de la Biblioteca Nacional de Medicina en Bethesda, con los descriptores “COVID” y “*precision medicine*” de enero a la fecha, habiéndose publicado 59 artículos, en cuatro de ellos hay participación de investigadores mexicanos.

En ellos se reconoce que la MP representa un nuevo paradigma en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades. La aplicación de MP local en una pandemia de coronavirus emergente adquiere potencialmente mayor relevancia para permitir la selección de medidas preventivas específicas, así como biomarcadores que serán útiles en el manejo de enfermedades.

La identificación del SARS-CoV-2 como responsable de la COVID-19 ha dado lugar a una plétora de estrategias para contener la diseminación viral, afectando los estilos de vida y los comportamientos personales.

La secuenciación genómica viral ha demostrado que la *spike protein* (SP) del SARS-CoV-2 utiliza la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) que se encuentra en las células epiteliales ciliadas de los pulmones humanos como su receptor específico.

Se detectaron anticuerpos neutralizantes en el dominio de unión a receptores de la SP en pacientes recuperados de COVID-19, sin embargo, se redujeron en los casos graves tanto las células T (linfocitos T) como las células NK (linfocitos asesinos).

Las liberaciones excesivas y no controladas de citoquinas proinflamatorias como IL-1B, IL-1RA, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, factor de crecimiento de fibroblastos (FGF), factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF) y factor de necrosis tumoral (TNF) se incrementaron en pacientes graves. Estas citoquinas podrían ser biomarcadores útiles del empeoramiento de la enfermedad y posibles blancos o dianas para nuevas terapias biológicas actualmente en investigación.

Es necesaria una mejor comprensión de las vías patógenas junto con una clasificación precisa de fenotipos de los pacientes con síntomas o infección por SARS-CoV-2 podría contribuir a una definición más precisa de los biomarcadores y otras herramientas de diagnóstico, lo que podría conducir a estrategias de mitigación más precisas, opciones farmacológicas personalizadas, así como nuevos desarrollos de terapia biológica.

Es contundente la necesidad de que haya en México investigación en este campo, vamos tarde pero más vale empezar a tener mejor infraestructura para la investigación genómica y la MP. Se tiene la necesidad de aplicar MP en forma democrática a los 128 millones de mexicanos, en casi todas las áreas de la medicina (oncología, cardiología, neurología, psiquiatría y enfermedades infecciosas como la COVID-19) y solo nos falta lo más sencillo: recursos económicos.

No hay nada más caro por barato que sea que lo que no sirve. ¿Cuánto vale el dolor y la pérdida humana por terapias generalizadas y muchas veces inespecíficas? ¿Cuánto vale en términos del PIB la tragedia de una madre al ver que la vida de su hijo se escapa entre los dedos como el agua? ¿Cuánto es el costo social y económico de no tener lo que está ya a nuestro alcance?

El foro concluyó y los legisladores del Congreso de la Unión participantes —cuyas funciones son ser representantes y voz de los ciudadanos, generar leyes y proveer recursos para las políticas públicas— nos comprometimos con la tarea de hacer las reformas normativas que se requieran y la gestión para asignar los recursos para la investigación en esta área del conocimiento.

Estoy entusiasmado por la esperanza que esto significa para nuestro país urgido de buenas noticias. Estaremos atentos a los avances en las ciencias de la salud. La idea es minimizar la carga de la enfermedad, estando cierto que el ser humano es inmensamente vulnerable.

Técnico politizado, reflexiones de la COVID-19

En la conferencia de prensa del 12 de junio, el presidente López Obrador hizo una invitación al pueblo de México a recoger las lecciones que ha dejado la pandemia ocasionada por el COVID-19, suponiendo, equivocadamente, que ya hemos superado esta terrible crisis sanitaria y económica. Por tal motivo y habiendo ya pasado la primera mitad del 2020, estamos en condiciones de poder hacer una valoración de las acciones del gobierno federal en materia de salud. El balance es negativo. Si bien esta administración ha procurado, en ocasiones con éxito, desviar la atención de la agenda pública, con el paso del tiempo han sido cada vez más visibles las fallas en la estrategia sanitaria, así como la falta de sensatez para corregir donde se ha errado. A pesar de lo evidente, el presidente y el subsecretario de prevención y promoción de la salud, Hugo López-Gatell, se niegan a rectificar. Una característica de este gobierno es su falta de sensibilidad hacia las necesidades de la ciudadanía, llámese grupos de pacientes, padres de familia de niños con cáncer, organizaciones de la sociedad civil y por supuesto, el sector privado. Del sector privado solía enfocarse en las grandes empresas, pero su falta de empatía también con los pequeños empresarios durante la pandemia ha sido evidente.

Ante el fracaso de la estrategia sanitaria, se han propuesto encontrar responsables. Por un lado, el ciudadano mismo, aquel que sale de casa, aun cuando se le pide que no lo haga, aquel que padece una enfermedad crónica preexistente, y no tomó las medidas necesarias, aquel que ha privilegiado el consumismo y no la frugalidad, aquel que no cuida su salud, y no hace ejercicio. Incluso aquel que miente y traiciona. Como si padecer COVID-19 fuera un castigo divino. Por el otro, a la industria agroalimentaria, la que casi en cada conferencia vespertina, Hugo López-Gatell la señala de producir alimentos “ultraprocesados” altos en grasas, azúcares, sodio y calorías, como si el resto de las opciones que tienen a su mano los mexicanos fueran necesariamente más saludables. El propio presidente, en sus giras, exalta la deliciosa comida tradicional (conuerdo en que es deliciosa), pero que justamente muestra que también es rica en grasas, azúcares, sodio y calorías. Independientemente de la gravedad del problema de sobrepeso y obesidad en el país, y de la corresponsabilidad en su atención por parte del gobierno, del sector privado, en especial la agroindustria, y del propio individuo, se trata de un señalamiento oportunista y extemporáneo. Desde hace meses, gracias a la experiencia internacional, se sabe que las personas con enfermedades subyacentes son más vulnerables a la agresividad del coronavirus y es de todos conocidos cuál es perfil epidemiológico del país: más del 70% de la

población padece sobrepeso y obesidad. Si el gobierno sabía esto con anticipación, ¿no debería de haber instrumentado una estrategia preventiva y control adecuado de personas diabéticas o con hipertensión? Más grave aún, el subsecretario López-Gatell, con la “claridad” que lo caracteriza, ha insinuado que una de sus estrategias para paliar la pandemia fue apostar por la “inmunidad del rebaño”. Si esta estrategia, que de por sí merece muchos cuestionamientos éticos, por su costo en vidas, y ahora ha quedado demostrado fue un error en un país como Suecia, imagínense en un país con el perfil epidemiológico de México. El subsecretario López-Gatell constantemente menciona con orgullo que se están tomando medidas costo-efectivas para paliar el coronavirus, como el etiquetado frontal de alimentos y bebidas alcohólicas preenvasados. ¿Es esta una medida costo-efectiva en la coyuntura de la pandemia? Considero que no porque, aun suponiendo que la nueva regulación de etiquetado vaya en la dirección correcta, es sabido que los efectos de una regulación de esta naturaleza se verían en un plazo no menor a cinco años. En cambio, el subsecretario niega toda la evidencia del uso de cubrebocas, como una comprobada medida costo-efectiva de cortísimo plazo, que verdaderamente podría ayudar a controlar la pandemia. Parece que la autoridad sanitaria tiene las prioridades invertidas. La falta de perspectiva del gobierno federal por atender la pandemia y sus consecuencias económicas se manifiesta en cada acto de gobierno. En medio de la plena contingencia sanitaria e incumpliendo los procesos normativos establecidos en la ley (abordaré este tema en particular en otra entrega de esta columna), se publicaron las modificaciones a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010 en materia de etiquetado nutrimental, estableciendo sólo seis meses para su entrada en vigor, lo cual coloca a la agroindustria alimentaria en un estrés totalmente innecesario. Esto no solo es algo sin precedentes, sino que el resto del mundo va a en sentido contrario. Por ejemplo, en EUA, la FDA mediante un acuerdo administrativo, suspendió la verificación del etiquetado nutrimental para que la agroindustria se dedicará 100% a garantizar el abasto e implementar medidas sanitarias en las plantas de producción, mientras que en Uruguay (país que había aprobado un etiquetado similar al aprobado en México), lo ha pospuesto de manera indefinida, en aras de alcanzar una regulación armonizada en Mercosur. Esto es, dos países que, ante un escenario de crisis económica de largo plazo, optan por brindar certeza jurídica a los regulados y favorecer los acuerdos comerciales regionales, buscando la pronta recuperación económica. No está por más decir que, como en ningún otro tema en lo que va de esta legislatura, los representantes de todas las fracciones aprobamos las modificaciones a la Ley General de Salud en materia de etiquetado con la convicción de que es necesario mejorar la información

disponible en los empaques de los alimentos y bebidas no alcohólicas. Precisamente, debido a este mismo respaldo incondicional, es imprescindible que la regulación secundaria se realice respetando el estado de derecho, al tiempo que se eviten afectaciones económicas y sociales innecesarias en estos momentos. Peor aún, si no se hacen las cosas bien, no podremos entregar a los mexicanos un etiquetado que realmente les proporcione más y mejor información, que sea útil para su toma de decisiones y, sobre todo, que tenga un impacto en la modificación de hábitos alimenticios.

Necesitamos respuestas y acciones ante los múltiples retos sanitarios que tenemos, señalar culpables no es una ruta que recomendaría tomar en la coyuntura actual. Necesitamos de la colaboración de todos para salir adelante.

Costos de la incompetencia en el Insabi

El 11 de agosto se publicó en el Diario Oficial de la Federación la modificación a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) en los siguientes términos: “queda exceptuada de la aplicación de la presente ley, la adquisición de bienes o prestación de servicios para la salud que contraten las dependencias y/o entidades con organismos intergubernamentales internacionales, a través de mecanismos de colaboración previamente establecidos, siempre que se acredite la aplicación de los principios previstos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” a fin de que el gobierno federal pueda con mayor opacidad suplir su incompetencia y falta de capacidad gerencial para proveer de medicamentos, insumos y servicios al sector salud, al utilizar organismos que lo hagan a nombre de él en el extranjero.

El sistema de salud mexicano está en crisis por al menos tres grandes vectores: el primero la disminución del gasto público en los últimos cuatro años, cayendo a 2.4% del PIB, crítico también para las instituciones de seguridad social. El segundo, la llegada de la pandemia por el SARS-CoV-2 y la mala gestión de esta, que ha causado a la fecha una mortalidad inaceptable y gran incertidumbre por la falta de dimensión del problema. El último, la desaparición del Seguro Popular y la instauración anómala aún del Insabi, concurrente con dos instrucciones presidenciales: el “austericidio” republicano y la concentración de las compras en la oficialía mayor de Hacienda con nano esfuerzos macro desintegrados entre todas las instituciones y aún dentro de ellas.

La falta de medicamentos e insumos para la salud han sido el común denominador de este gobierno que lleva ya 621 días y no entiende que no entiende. De la falta de medicamentos para tratamientos de pacientes con VIH-SIDA a la visible falta de medicamentos oncológicos atravesando con una falla plena de planeación, programación, adquisición y distribución son hoy día la constante de la desesperación que ha obligado a ir a buscar fuera del país a través de la modificación a la LAASSP lo que aquí hay suficiente en calidad, cantidad y sobre todo seguridad y cuyo pronóstico a mi juicio será ominoso para millones de mexicanos, sobre todo los desheredados.

Traigo a colación el porqué de la incompetencia en voz de quien conoce a fondo a los actores actuales de la Secretaría de Salud y del Insabi. Me refiero a la Dra. Asa Cristina Laurell, otrora subsecretaría de salud federal, quién señaló públicamente el 23 de junio del 2020 refiriéndose respecto al secretario de salud Jorge Alcocer: “necesitamos tener funcionarios que conozcan la realidad del país, no puede ser que esté sentado en la Ciudad de México y no conozca lo que

son los problemas reales que tiene el país” y respecto al director del Insabi, Juan Ferrer: “lo que estoy viendo es la ignorancia sobre el sistema de salud del titular de Insabi, quien nunca ha trabajado en salud, y que se ve que tampoco se puso a estudiar cuáles son los problemas reales”. Con sustento en su incompetencia y desconocimiento del sector salud en lo general, con ausencia del Programa Sectorial de Salud y la normatividad para el propio Insabi, Juan Ferrer firmó el 31 de julio de 2020 un convenio con la UNOPS (Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos).

La modalidad de proyecto específico de implementación es para la ejecución de la adquisición de medicamentos y material de curación, a través de mecanismos que proporcionen las mejores condiciones disponibles al Insabi en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias aplicables. El proyecto del Insabi con UNOPS tendrá un costo directo para el gobierno de México de 6000 millones de dólares y un costo indirecto (comisión por el proyecto) de 109 000 000 de dólares, pagaderos por adelantado (2400 dos mil millones de pesos por incompetencia para empezar). El Insabi —esperando que ahora lo haga bien— adquiere la responsabilidad de preparar la lista de medicamentos y material de curación y de la preparación de las especificaciones técnicas detalladas, así como de la recepción y aceptación de los medicamentos y material de curación, para su posterior distribución.

Además, que el gobierno federal y el Insabi tienen la obligación de apegar-se en las compras a un plan sectorial de salud inexistente hoy en día, tiene que asegurar condiciones de igualdad con la industria farmacéutica mexicana como garantizar estándares de calidad no menores a los que exige México, incluyendo pruebas de intercambiabilidad, certificados de buenas prácticas de fabricación, farmacovigilancia y plan de manejo de riesgos.

Deberán de contar medicamentos e insumos con registro sanitario en México o en agencias reconocidas o de acuerdos de equivalencia con México como Estados Unidos de América, Canadá, Japón, países europeos y Australia.

Por último, sería impensable que admitieran el etiquetado en los medicamentos e insumos que no fuese en español, conforme a nuestra regulación. Garantizar tiempos equivalentes de respuesta para trámites de registro para fabricantes nacionales y extranjeros. Se deben tener condiciones iguales de contratación y cotización, así como de la entrega de los bienes. Establecer y garantizar las mismas condiciones de pago y de tipo de moneda en que se llevarán a cabo las operaciones. Por último, y no menos importante en términos de transparencia, declarar no tener denuncias de irregularidades en México o en otros países y si existen subsidios en su país de origen para la fabricación o la exportación.

Hago votos por que haya los medicamentos e insumos que requerimos tantos millones de mexicanos en estas épocas de pandemia, y que el remedio que buscaron con la modificación hecha a la LAASSP por la incompetencia del Insabi no salga peor que la enfermedad.

Entamoeba morenolítica engulle el FPGC

El gobierno federal, como si fuera una amiba —*entamoeba morenolítica*— engulle el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), hoy llamado Fondo de Salud para el Bienestar, lo que ha provocado y provocará un daño severo a la salud y la vida de miles de mexicanos y de eso quiero comentarles estimados lectores. La amiba *entamoeba histolytica* es un protozoo parásito que produce enfermedades en el ser humano, puede desarrollarse de manera asintomática y luego producen las infecciones invasivas que conducen a ulceraciones en el colon o abscesos en el hígado que pueden producir la muerte. Ocasionalmente, causan lesiones insospechadas como ocurrió en el primer caso mundial de amebiasis cutánea en una niña de 17 meses que publicamos hace 34 años.

Desde la llegada de Morena al gobierno federal, los funcionarios responsables del sistema de salud se han comportado como *entamoebas morenolíticas*, por inocencia, incompetencia, ignorancia o negligencia, engullendo y destruyendo los avances logrados en el sistema nacional de salud, de manera particular aquellos servicios dirigidos a la población más pobre del país, iniciando por la eliminación del Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo era el Seguro Popular, y luego creando el Instituto Nacional para el Bienestar, que a 10 meses de plenas funciones no ha emitido las disposiciones reglamentarias que establecerían los criterios necesarios para la organización, secuencia, alcances y progresividad de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados.

Para fines de esta columna, expongo lo ocurrido en 2019 en el FPGC a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con los datos reportados en su informe de resultados enero-diciembre 2019 y cuyo responsable fue el actual director del Instituto Nacional para el Bienestar (Insabi) Juan Ferrer. Les comento que el FPGC tenía el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del otrora Seguro Popular (hoy Insabi) que sufrieran enfermedades de alto costo —66 vigentes— de las que provocan gastos catastróficos, con reglas de operación definidas y sin límites de anualidad presupuestal. Compararé para demostrar la toxicidad de las entamoebas morenolíticas el último año del presidente Peña Nieto (2018) con \$10 909.03 millones de pesos y el primer año de López Obrador (2019) con \$11 700.10 millones de pesos (7.25% más) que se agregaron al saldo disponible del FPGC al 31 de diciembre de 2018 que era de \$93 888.7 millones de pesos, recursos estos provenientes de las reservas actuariales desde el año 2004. En suma, en 2019 tenían para ejercer \$105 588.8 millones de pesos.

El monto de recursos validados del FPCG para el año 2018 fueron \$7 670.7 millones de pesos y de \$2 853.7 millones de pesos en 2019 (63% menos) y aquí empezamos ya mal, el primer “pseudópodo-lítico” no utiliza los recursos, solo los engulle. En la tabla I se tiene como fuente la elaboración propia con datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, informe de resultados enero-diciembre 2019, páginas 62 a 76, muestro los casos pagados en los años 2018 y 2019, atendidos por los 392 prestadores de servicios acreditados por la Dirección General de Calidad a diciembre del 2019, siendo 94 de ellos unidades acreditadas para el tratamiento antirretroviral de continuidad para personas con VIH. Como se puede apreciar en la tabla I, aparece el segundo “pseudópodo-lítico”, al afectar de manera directa a muchas mexicanas y mexicanos, que, padeciendo una enfermedad cubierta por el fondo, no se hizo. El número de casos pagados durante 2019 fue ínfimo en comparación con el año 2018, con excepción de los pacientes con VIH-SIDA, que fueron atendidos 4% más.

¿Cómo explicar —en ninguna parte del informe lo hacen— que solo pagaron el 7% de los casos de niños que requerían cuidados intensivos neonatales? ¿Solo el 11% de las pacientes esperadas con cáncer de mama, a propósito que este octubre es el mes de visibilizarlo? ¿Sólo 22 casos de cánceres de la infancia y la adolescencia y luego nos dicen que si están tratando los cánceres de niños? Y así podría seguir enumerando cada grupo de enfermedades.

¿Cómo terminaron el año 2019? Haciendo el “guardadito” de \$105 873.3 millones de pesos, para engullirlo ahora en el 2020 de dos maneras: aumentándolo sin atender las enfermedades y que aún no contabilizamos, pues a partir de enero, ya no hay garantía explícita de la atención de estas enfermedades por un lado, y por el otro, cargándolos en las espaldas de miles de familias que perdieron su patrimonio para ayudar a sus enfermos y quizá muchos de ellos fallecieron por falta del tratamiento como se ha documentado en los casos de cáncer infantil.

Por último, al leer usted esta columna, quizá la entamoeba morenolítica extendió su último pseudópodo, al extinguir los recursos del Fondo para el Bienestar en Salud, “para atender la salud”. ¿No les parece tóxico? ¿Ilícito? ¿Infame? ¿Criminal? A mí, sí.

Tabla I. Casos pagados del Fondo de Gastos Catastróficos 2018 y 2019 al 25 de abril de 2020 y el porcentaje de casos pagados 2019 respecto al 2018

Enfermedades Cubiertas	2018	2019	%
VIH-SIDA	94 400	98 200	104%
Cuidados Intensivos Neonatales (CIN)	10 293	729	7%
Cáncer de Mama (CAMA)	7 400	847	11%
Seguimientos (SEG)	4 172	60	1%
Trastornos Quirúrgicos Congénitos y Adquiridos (SMNG 17)	2 685	590	22%
Cáncer Cérvico Uterino (CACU)	2 525	174	7%
Cánceres de la infancia y la adolescencia (CN/TS)	1 632	22	1%
Infarto Agudo al Miocardio (IAM)	1 165	185	16%
Cáncer de Próstata (CP)	889	97	11%
Cáncer de colon y recto (CCR)	868	121	14%
Linfoma No Hodgkin (LNH)	703	116	17%
Trasplante de Córnea (TC)	492	42	9%
Hepatitis crónica tipo C (HC)	466	118	25%
Tumor Testicular (TT)	449	54	12%
Cáncer de Ovario Epitelial (COE)	254	2	1%
Trasplante de Médula Ósea Infantil (TMOI)	95	7	7%
Cáncer de Endometrio (CEN)	92	48	52%
Trasplante de Médula Ósea Adultos (TMOA)	86	5	6%
Hemofilia (H)	42	4	10%
Trasplante renal para menores (TR)	41	8	20%
Enfermedades Lisosomales (EL)	31	1	3%
Cáncer de ovario germinal (COG)	25	0	0%

A rascarse como puedan

Si bien el vocablo rascar significa “refregar o frotar fuertemente la piel con algo agudo o áspero, y por lo regular con las uñas”, lo quiero utilizar en su acepción coloquial “conseguir o lograr algo”, haciendo referencia a un tema que ha permanecido vigente desde la llegada del gobierno federal emanado de Morena en materia de salud y administración pública: la falta de medicamentos y de vacunas, y que ante el reclamo, por ejemplo, de los padres de niños con cáncer que por enésima vez bloquearon el aeropuerto de la CDMX, la respuesta fue insensible como de costumbre: “a rascarse como puedan”, aunque así lo han estado haciendo. Se ha hecho público, al momento de escribir esta columna, que habrá otra reunión más del gobierno federal con la promesa de que “ahora sí” habrá medicamentos, que son mis mejores deseos.

Me llegó del Movimiento Nacional por la Salud Papás de Niños con cáncer A.C. y de la Asociación de Padres de Familia con Niños Enfermos A.C., la noticia de que ante la agudización del desabasto de quimioterapias, medicamentos y procedimientos para sus niñas y niños que derivó en el tercera toma del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, e informaban que el “desabasto no es un mito” agendando el gobierno federal el 16 de junio una reunión con Juan Antonio Ferrer, director del Insabi y Alejandro Caderón Allipi, coordinador de compras de medicamentos e insumos. No estuvieron, como ha sido ya habitual, ni el secretario Alcocer ni el subsecretario López-Gatell. Les dijeron, sin mostrar ningún contrato ni documento que mostrara lo adquirido, que llegarían los medicamentos esta semana y por último que habrá una plataforma digital para dar de alta a sus niños y asegurar el tratamiento.

Otros hechos son las denuncias en los medios de comunicación de la Canifarma que el Insabi tiene adeudos cercanos a los 3000 millones de pesos por medicamentos entregados en 2019 y 2020; que la UNOPS, oficina que ahora hace las compras al gobierno federal, no ha cumplido siquiera con asignar el 50% de los medicamentos, insumos y materiales de curación para el primer semestre de 2021, asignando solo cerca de 18 000 millones para medicamentos de patente única y quizá 36 000 millones más en productos genéricos; que el IMSS, ISSSTE, Insabi y casi todas las entidades federativas se “están rascando como pueden” haciendo licitaciones de última hora para cubrir las ausencias graves de medicamentos en la estrategia federal de compra internacional; que las claves de asignadas hasta ahora son al final —por competentes— proveedores (más de 95%) de la industria farmacéutica nacional, salvo PISA que sigue bloqueada —a la mala y fuera de la ley— por el gobierno federal y siguen muchos más...

Por cierto, en radio pasillo se sabe que los medicamentos para el cáncer llegarán de Corea a través de una empresa de Coahuila que quizá tiene o tramitará aviso de funcionamiento y que está por verse cuando lleguen si Cofepris vigilará la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para que tengan la calidad requerida en su almacenamiento y distribución. En transparencia esperamos ya tenga en regla los papeles para su adquisición y no pase como con las vacunas, que primero le compraron a la empresa y después de formó la misma.

Como fiscalizadores estaremos atentos a que se compren los medicamentos, que su precio sea el de referencia y que no haya condicionantes para su entrega. Junio es el mes que debe integrarse la información para elaborar la solicitud compra de medicamentos que se asigna en septiembre (100 mil millones de pesos) y se surta a partir de enero del 2022. Esperemos sea capaz el gobierno federal de hacerlo bien en la ¡cuarta ocasión! o nos seguiremos rascando con nuestras uñas.

Genes que controlan la obesidad, una esperanza

La obesidad es ahora un trastorno común relacionado con muchas enfermedades como la diabetes, el cáncer y las enfermedades del corazón, y por ello, una línea de investigación ha consistido en comprender cómo los genes predisponen o protegen a los individuos de la obesidad.

Esta semana Parsa Akbari y colaboradores publicaron en *Science* los resultados del estudio de 645 626 personas de México, Estados Unidos y del Reino Unido, donde secuenciaron más de 600 000 exomas e identificaron 16 variantes de “codificaciones raras”. El exoma, estimado lector está formado por las partes codificantes de los genes —exones— que formarán parte del ácido ribonucleico mensajero —*RNA*m— y, al ser traducido por la maquinaria celular, darán lugar a las proteínas. El exoma es la parte funcional más importante del conjunto de genes contenidos en los cromosomas —genoma— que contiene una persona, siendo apenas el 1.5% de él, contribuye en mayor medida a la expresión visible final de un organismo.

Encontraron que algunos de los alelos asociados con el índice de masa corporal (IMC) eran receptores acoplados a la proteína G en el cerebro. Un alelo es la forma alternativa que puede tener un mismo gen para manifestar características heredadas, como, por ejemplo, el color de ojos cuando compiten el color de ojos de la madre y del padre. El IMC es una razón matemática que asocia el peso con la estatura —talla— y clasifica a los seres humanos en bajo peso (IMC <18.5), normal (IMC = 18.5-24.9), sobrepeso (IMC = 24.9-29.9) y obesidad (IMC >30). Los investigadores encontraron en la población mexicana una variante de alelo asociada con un IMC más bajo y por tanto protector contra la obesidad.

Los factores genéticos juegan entonces un papel importante en la determinación del grado en que las personas adquieren energía y la almacenan en forma de grasa, lo que tiene implicaciones para el riesgo desarrollar obesidad. En obesos severos de inicio temprano se han identificado mutaciones en más de 20 genes que tienen gran efecto sobre el IMC, y estudios como el de Parsa Akbari y colaboradores hechos en el exoma de poblaciones. La inhibición de estos genes puede ser una estrategia terapéutica para la obesidad y abren la puerta para investigar fármacos que puedan utilizarse a escala poblacional en el futuro próximo dado una esperanza más de solución. El estatus de la obesidad en México y en Guanajuato fue actualizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 —*ENSANUT*— liberada el mes pasado. Los resultados del estado de nutrición en Guanajuato revelaron que el 14.6% de los niños menores de cinco años tenían una estatura baja para su edad, tuvieron bajo peso el 4.3% y menos del 1% tenían emaciación.

En niños de cinco a 11 años la prevalencia de sobrepeso fue del 22.1% y el 18.9% tienen obesidad. En adolescentes, el 23.94 tuvieron sobrepeso y el 11.9% obesidad.

Por su parte, 40.8% de los adultos tiene sobrepeso y 32.2% obesidad lo cual es preocupante, pues mediante indicadores bioquímicos en sangre, el 11.7% de los adultos tienen diabetes mellitus, enfatizando que el 30% de ellos no sabían que la tenían. Además, el 49.8% tuvieron los triglicéridos elevados, el colesterol HDL bajo el 39.9% y el colesterol total elevado el 23.9%. La ENSANUT también reveló que la prevalencia de hipertensión arterial fue del 43.8% en mujeres y 44.5% en hombres.

Sin duda que la combinación de obesidad, hipertensión y diabetes mellitus es muy mala, pues la carga de la enfermedad y la mortalidad prematura asociadas a ellas es alta. De aquí la relevancia para establecer por un lado políticas públicas para disminuir el sobrepeso y la obesidad en edades tempranas, por el otro, fomentar la investigación genómica que nos dé luz acerca de las causas predisponentes de este fenómeno, para que no se esté pensando siempre en soluciones simplonas como el etiquetado, que, si bien ayuda, lo hace en una escala muy pequeña para la dimensión de la problemática. Insistiré en la Comisión de Ciencia y Tecnología que se invierta más en investigación en salud.

Medicamentos, el Waterloo de la salud nórdica

La batalla de Waterloo fue la última de las guerras napoleónicas en la que se vio cómo las ambiciones del emperador francés eran aplastadas. A pesar de su antigua genialidad en la campaña, Napoleón Bonaparte fue incapaz de derrotar a los ejércitos aliados, obligándole a su segunda abdicación y a ser exiliado en la isla de Santa Elena. Las causas de la derrota fueron muchas, pero una conclusión fue la combinación del deterioro físico y mental de Napoleón, unidas a la torpeza de sus subordinados Soult y Ney. Darío Celis dijo que la salud sería el Waterloo de López Obrador y estoy de acuerdo.

El presidente López Obrador, cuya ambición le hizo combatir varias batallas electorales, logró el máximo cargo del poder ejecutivo de una nación cercana a los 130 000 000 de personas. Ofreció que, en su mandato, México tendría una salud nórdica, como en los mejores países del mundo. De ese tamaño era su imaginación, pensando que con tan solo desearlo sería una realidad.

Ya estando en la responsabilidad, ha mostrado una combinación de deterioro físico y mental, que ha sido señalado por el coordinador Juan Carlos Romero Hicks en los siguientes términos: “el presidente López Obrador está enfermo física, mental, emocionalmente y de salud espiritual”.

En septiembre del 2020, presenté una iniciativa de reforma a los artículos 6, 69 y 82 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para establecer que el estado de salud mental del presidente de la república, los secretarios y subsecretarios de Estado y del fiscal general de la república es información de interés público y quedará exceptuada de la protección y reservas de ley.

Para hacer el Waterloo, AMLO contrató un conjunto de subordinados como Jorge Alcocer Varela, Hugo López-Gatell Ramírez, Juan Ferrer y Asa Cristina Laurell por mencionar algunos, que han hecho gala de torpeza y sumisión a sus pensamientos mágicos, al permitir o destruir el Sistema Nacional de Salud. Una parte clave, el abasto de medicamentos, materiales de curación e insumos de salud, ha hecho padecer en demasía a la población.

Breve historia: designa a la Oficialía Mayor de Hacienda para eliminar la corrupción y comprar los medicamentos 2019 y 2020 fallan, quitan al IMSS las compras consolidadas y a la Secretaría de Salud la mesa negociadora de precios, fallan; contratan por más de 130 000 000 de dólares a la UNOPS para que los capacite y compre los medicamentos 2021 en el extranjero y fallan, con siete meses de retraso compraron menos del 50% que se surtirá en los próximos meses; ejecutan un plan B con el Insabi para comprar lo faltante y en eso estamos, deseando logren el cometido.

El Waterloo reporta que López Obrador fue aplastado por la realidad y por la UNOPS. A tres años de gobierno hay cero empresas o personas acusadas de corrupción; un contrato leonino con la UNOPS a quien hay que pagarle aunque no haya cumplido, un presidente enfermo que festeja haber entregado ya 25 800 000 de piezas sin saber quizá que se consumen 124 000 000 de piezas por mes, claves desiertas no adquiridas y muchas compradas a sobreprecio, una cadena de operadores logísticos solo cabeceras estatales y un sistema de reparto hacia la última milla (centros de salud rurales) no definido, ni en calidad ni en costo.

El Waterloo de la salud nórdica es contundente si además se mostrara otra realidad: el 98% de los medicamentos y materiales de curación adquiridos, ya por la UNOPS o por el gobierno federal, será proveído por las plantas farmacéuticas nacionales y extranjeras residentes en el país, esas, a las que AMLO acusaba de mafia y monopolio con la imaginación mañanera y que demostraron con creces ser competitivos en calidad y precio.

AMLO les dijo a los deportistas: “no se puede vencer a quien no sabe rendirse”. Ojalá él se rinda para el bienestar de los mexicanos, pues la salud nórdica está a años luz de lograrse, podría empezar con el reemplazo de los subordinados que la causaron por omisión o por acción equívoca y corregir el rumbo. Nosotros continuaremos colaborando para que sea resuelta la crisis de medicamentos e insumos para la salud.

COVID prolongado, a saber

Esta semana, un leonés nos expresó su preocupación por que llevaba ya varios meses con anosmia —falta del olfato— como el principal síntoma después de haber padecido el COVID-19, le orientamos haciéndole saber que habría que rehabilitarse y que no se preocupara debido a que, con nuestro estilo de vida actual, la anosmia rara vez podría poner en peligro la vida.

A 605 días del primer caso de infección por SARS-CoV-2 y la COVID-19, los médicos e investigadores de salud están obligados a comprender y responder a los efectos prolongados de la enfermedad, que, a diferencia de la anosmia, debilitan en demasía a quienes la padecen. Entre los síntomas que perduran están la fatiga persistente, disnea —dificultad para respirar—, confusión mental y depresión.

El sistema de salud inglés utiliza de manera arbitraria, hasta en tanto haya alguna definición acordada, el término “COVID prolongado” para describir los signos y síntomas que se continúan o se desarrollan después del COVID-19 agudo, dividiéndolo en dos categorías: 1) síndrome COVID-19 sintomático continuo (de cuatro a 12 semanas) y 2) síndrome post-COVID-19 (≥ 12 semanas).

Lo que es un hecho reconocido es que sin tratamientos probados o incluso orientación de rehabilitación, el COVID prolongado afecta la capacidad de las personas para reanudar la vida normal y para trabajar. El efecto en la sociedad, derivado del aumento de la carga sanitaria y las pérdidas económicas y de productividad, es sustancial, convirtiéndose por tanto en un desafío médico moderno de primer orden.

Para ejemplificar lo ya documentado en el Reino Unido, se estimó que 945 000 personas habían autorreportado a la oficina de estadísticas nacionales el COVID prolongado, incluidos 34 000 niños de dos a 16 años. La prevalencia fue mayor en las personas de 35 a 69 años, las niñas y las mujeres, las personas que vivían en las zonas más desfavorecidas, las que trabajaban en la atención sanitaria o social y las que tienen otra enfermedad o discapacidad que limita su actividad.

En la revista *The Lancet*, Lixue Huang y sus colegas informaron los resultados a los 12 meses de la cohorte longitudinal más grande de sobrevivientes adultos hospitalizados de COVID-19 hasta el momento, incluyendo a los adultos (edad promedio de 59 años) dados de alta del hospital Jin Yin-tan en Wuhan, China, aumentando la comprensión de la naturaleza y el alcance del COVID prolongado.

Al año, los sobrevivientes de COVID-19 tenían más problemas de movilidad, dolor o malestar y ansiedad o depresión que los participantes del grupo de control, que eran adultos con edades y características similares —aparejados— que vivían en la misma comunidad sin infección por SARS-CoV-2. La fatiga o la debilidad muscular fue el síntoma informado con mayor frecuencia tanto a los seis meses como a los 12 meses, mientras que casi la mitad de los pacientes informaron tener al menos un síntoma, como dificultades para dormir, palpitaciones, dolor en las articulaciones o dolor en el pecho, a los 12 meses.

El estudio muestra que, para muchos pacientes, la recuperación completa de COVID-19 llevará más de un año. También reveló que muy pocos pacientes fueron atendidos en un programa de rehabilitación profesional. La razón fue no estar pensando y buscando este síndrome, por un lado, y por el otro la falta de protocolos específicos de referencia a servicios especializados.

El efecto del COVID prolongado sobre la salud mental merece una investigación más profunda y a más largo plazo. La proporción de sobrevivientes de COVID-19 que tenían ansiedad o depresión aumentó ligeramente entre los seis y los 12 meses, y la proporción fue mucho mayor en los sobrevivientes de COVID-19 que en los controles.

Se reconoce que, si bien los resultados de esta cohorte no se pueden generalizar a otras poblaciones, por ejemplo, pacientes no admitidos en el hospital, personas más jóvenes, personas de minorías raciales y otros grupos desfavorecidos que se han visto afectados de manera desproporcionada por la pandemia.

¿Cuántos de los 2 623 000 de “personas recuperadas” de COVID-19 en México padecen COVID prolongado? ¿Qué servicios y protocolos de rehabilitación están disponibles según su derechohabiencia? ¿Cuál será el presupuesto requerido para su rehabilitación para que sea considerado en el PEF 2022? Estas interrogantes deberán ser contestadas por la comunidad científica y por el gobierno federal en los próximos días. Les mantendré informados.



Primo y hijo de...

“Ya no hay corrupción”

Transparencia y anticorrupción

Métrica de Gobierno Abierto

Es bien conocido que lo que no se mide no se puede mejorar. Esta semana fue dado a conocer el reporte de resultados “Métrica de Gobierno Abierto 2017”, elaborado por investigadores del Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C. (CIDE) a solicitud de Instituto Nacional de Acceso a la Información (INAI) con el propósito de establecer una línea basal sobre la cual ir documentando el avance que en materia de transparencia estaría impulsando la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LLGTAIP) y la correspondiente a nivel estatal publicada en 2016.

Se conceptualizó Gobierno Abierto como aquél que transparenta información útil para el ciudadano, y que los mecanismos de participación permitan efectivamente involucrarse en las decisiones de sus gobiernos.

Las preguntas de transparencia fueron: ¿El gobierno hace pública la información relativa a sus decisiones y acciones? ¿En qué medida lo hace? ¿De qué calidad es dicha información? ¿Qué tan factible es que un ciudadano obtenga información oportuna y relevante para tomar decisiones?

La participación ciudadana incluyó las preguntas: ¿Mediante qué formas pueden los ciudadanos incidir en la toma de decisiones públicas? ¿Qué posibilidad tienen los ciudadanos para activar un mecanismo que les permita incidir en las decisiones públicas?

A cada una de las preguntas anteriores se les otorgó una calificación y el resultado se conoce ahora como el Índice de Gobierno Abierto (IGA), que tiene una escala de 0 a 1, donde 1 es el pleno cumplimiento de las obligaciones de transparencia y participación.

Guanajuato ocupó el segundo lugar nacional con un IGA en promedio de 0.48, la Ciudad de México fue el primero con IGA de 0.51 y Querétaro fue el último lugar con un IGA de 0.27.

Sin embargo, el IGA promedio estatal es engañoso, pues no muestra que algunos sujetos obligados no están cumpliendo lo establecido en las leyes. El Reporte 2017 muestra la base de datos abierta y los resultados por cada sujeto, revelando aquellos sujetos obligados que deben acelerar el paso para cumplir.

En Guanajuato, por ejemplo, el IGA por sujeto obligado fue el siguiente: Poder Legislativo 0.68; Poder Judicial 0.62; Universidad de Guanajuato 0.56; Ejecutivo Estatal 0.55; Fideicomisos estatales 0.48; Órganos autónomos 0.46; Municipios 0.42; Partidos políticos 0.21 y, por último, los Sindicatos 0.20.

Con estos resultados queda evidenciada la resistencia que aún tienen, por ejemplo, los partidos políticos y los sindicatos para ser transparentes con los recursos y que no permiten la participación ciudadana. Los organismos autónomos responsables de que la Ley se cumpla deben actuar para obligarlos a cumplir en los plazos establecidos o actuar en consecuencia.

Estimados lectores, con este ejercicio de métrica de Gobierno Abierto se aprecia que en nuestro país ya hay avances importantes, principalmente en materia de transparencia, con rezagos aún grandes en materia de participación ciudadana. Nuestro estado es de los más avanzados, pero aún hay instituciones que se niegan en los hechos a ser transparentes, como los sindicatos y los partidos políticos.

Manos a la obra

La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato realiza los procesos de fiscalización de los organismos públicos y presenta sus informes de resultados al Congreso del Estado, donde son estudiados y dictaminados por la Comisión de Hacienda y Fiscalización, primero, y luego por el Pleno del Legislativo.

En nuestra LXIII Legislatura, con fecha de corte al 25 de mayo, se han aprobado 402 dictámenes, de los que surgen 2607 procedimientos de responsabilidad administrativa que ejecutan las Contralorías internas o la Secretaría de Transparencia y Rendición de Cuentas; 719 procedimientos de responsabilidad civil que esperan una cuantía de recuperación de 159 millones de pesos y que ejecutan los representantes legales de los entes auditados ante los juzgados civiles, y 138 procedimientos de responsabilidad penal donde la propia Auditoría Superior interpone las denuncias ante la Fiscalía especializada en delitos contra el servicio público.

La auditoría gubernamental comprende la fiscalización de ingresos, gastos, inversiones, programas, organizaciones y sistemas; en los rubros financieros, administrativa operacional, legalidad y específica, donde se contempla la Obra Pública y es aquí donde hemos puesto “manos a la obra” para verificar que las cantidades, conceptos, características y calidad de los materiales y suministros que amparen las estimaciones, correspondan con los físicamente aplicados en la obra.

Hemos advertido constantemente en las auditorías diversas irregularidades, como pagos excesivos, obras pagadas y no ejecutadas, obras ejecutadas con conceptos fuera de catálogo no justificados entre otros hallazgos. En muchos de estos casos, previamente al cierre de la auditoría, dado que existen etapas como el “Pliego de observaciones” y “Recomendaciones”, los implicados en las irregularidades deciden resarcir el daño antes de que sea considerada como una observación en el informe de resultados final. En este mismo periodo se han resarcido —recuperado— 48 millones de pesos en esta Legislatura, es decir, casi un tercio de lo que apareció en los informes finales.

Debo enfatizar que la Ley de Fiscalización de nuestro estado contempla las auditorías solo con muestras del total de la obra. Este muestreo es ahora como mínimo del 30%. Debemos ahora reflexionar si una persona o empresa dedicada a ejecutar obra, en un solo proceso de auditoría, cuyo alcance fue del 30%, se encontrará que en tres ocasiones reintegró —resarció— el recurso que le fue pagado de manera indebida. ¿Qué hallazgos pudiesen surgir si se examinara la totalidad de las obras adjudicadas a dicho contratista? ¿Los pagos indebidos fue-

ron por errores involuntarios o de cálculo? ¿Constituye una forma de operar en la que indebidamente se hacen de ganancias ilícitas ante conceptos que no fueron ejecutados o, en su caso, se ejecutaron con calidad menor a la pactada?

Ante tales interrogantes, los legisladores del PAN propusimos el pasado jueves una iniciativa de Ley para que en caso de encontrar un evento centinela – más de tres ocasiones la misma inconsistencia, con independencia que hubieran —reintegrado el recurso—, se considere que en el siguiente Programa General de Fiscalización haya una revisión a la totalidad de obras que hayan sido adjudicadas a la contratista en todos los entes públicos donde haya participado.

“Manos a la obra” significará que habrá una investigación excepcional por reiteración de conductas cuando, en un proceso de auditoría o revisión de obra pública, se advierta que la persona o licitador al que se contrató la obra o los servicios relacionados con la misma incurrieron en más de tres observaciones relativas a pagos no procedentes, con independencia de haber reintegrado las cantidades pagadas conforme a la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados, obligando a la Auditoría Superior, conforme al artículo 43 Bis propuesto, a realizar una auditoría a todos los contratos adjudicados a dicha persona o licitador.

Esta iniciativa es resultado de la investigación para legislar, de la investigación a la acción, de la política basada en evidencias.

Sistema Estatal Anticorrupción

No es difícil establecer un diagnóstico acerca de cuál es uno de los principales problemas que definen el panorama político de nuestro estado y del país. Este problema ha sido definido con claridad por diversos actores como una grave enfermedad, cuyos costos, implicaciones y consecuencias se han convertido en un verdadero cáncer para el desarrollo de nuestra sociedad, al afectar de manera profunda su estructura social y económica; y, por si fuera poco, ha mermado la esperanza de muchos de los ciudadanos. Me refiero, por supuesto, a la corrupción que, al igual que el cáncer, es un común denominador al que habría que ponerle el apellido.

En términos económicos, el IMCO ha dicho que en sus cálculos este cáncer podría representar del 5% al 15% del PIB. En competitividad medida con índices internacionales, nuestro país se encuentra entre los diez países menos competitivos; la enfermedad que más lo aqueja es la corrupción, sin lugar a duda. Por último, el INEGI ha informado que los ciudadanos reportan que en el último año han visto la corrupción en cerca del 50% de los trámites realizados.

Ahora bien, este diagnóstico no es reciente y los tratamientos propuestos han sido variopintos desde hace algunas décadas. Recordemos la propuesta presidencial de los años ochenta “Renovación moral de la sociedad”, donde se hablaba de redoblar esfuerzos, de aplicar el máximo peso de la Ley, siendo notorio que, al no haber Ley ni políticas públicas, solo quedó en discursos y en buenas intenciones. La historia reciente da cuenta de muchos otros “tratamientos” que han sido igualmente inútiles a juzgar por los resultados obtenidos: el cáncer de la corrupción sigue minando nuestro organismo-país sin excepción.

Una nueva fórmula farmacéutica ha sido propuesta: el Sistema Nacional Anticorrupción, conformado con sendos sistemas estatales. El tratamiento ha sido propuesto en amplio consenso con la sociedad y los tres niveles de gobierno y los tres Poderes, Órganos Constitucionales Autónomos incluidos.

La idea es que el tratamiento propuesto mediante la promoción y la prevención evite actos de corrupción que pueden ser vistos por algunos servidores públicos o ciudadanos como “pequeños”, por ejemplo, dar una “compensación” por un trámite administrativo, hasta la curación y paliación en el caso de actos de corrupción “graves” que ameriten la expropiación de los bienes adquiridos, como ha sido visto de manera reciente con algunos exgobernadores que se enriquecen de manera ilícita, lo que conduce a la pérdida de lo más valioso que tiene un ser humano después de la vida, y que es la libertad.

La intención es nítida: los recursos que con gran esfuerzo aporta la sociedad a través de sus impuestos deben preservarse y aplicarse en beneficio de la sociedad entera. Convencidos a plenitud, por unanimidad de todos los partidos políticos que integran el Congreso y con sustento en la Carta Magna y la amplia participación social, se diseñó, estudio y aprobó por unanimidad, incluyendo a los ayuntamientos en las reformas constitucionales realizadas, el medicamento que se aplicará en Guanajuato denominado de manera genérica “Sistema Estatal Anticorrupción”, modificando una decena de leyes más, que se traducirán en políticas públicas.

Incluye, por ejemplo, la obligación de los servidores públicos a presentar declaración patrimonial, de conflicto de intereses y fiscal, a fin de dar seguimiento para que no haya enriquecimiento ilícito; la creación de un Tribunal especializado administrativo para estudiar y sancionar las faltas graves; la designación y nombramiento de todos los contralores por el Congreso, con excepción del contralor de la Universidad de Guanajuato, a quién lo elige el H. Consejo Universitario.

También se modificó la Ley Orgánica del Ministerio Público a fin de dotar de personal e instrumentos —autonomía incluida— para sustanciar y presentar ante el Poder Judicial a aquellos ciudadanos o servidores públicos que sean agentes de corrupción y que merezcan, incluso, la pérdida de la libertad.

El tratamiento ya está en marcha, el Comité de Selección Ciudadano ya está preparando la convocatoria para hacer posible, sin intermediarios gubernamentales de ningún tipo, la elección de los cinco ciudadanos que formarán el Comité de Participación Ciudadana. Uno de ellos presidirá el Comité Rector que dará vigilancia al paciente, en símil a nuestro estado, y será la interfase con la sociedad para decir si se requiere un tratamiento diferente, según los resultados que se vayan consiguiendo.

Al igual que con el cáncer, la corrupción es una enfermedad que requiere tratamiento constante de mediano y largo plazo; como médico he visto que el cáncer se ha curado muchas veces, y con el mismo convencimiento creo que ocurrirá igual con la corrupción, si somos perseverantes.

Archivos y poder

Acaba de realizarse el primer Foro Nacional de Archivos Legislativos en la Ciudad de México con la participación del INAI, el Archivo General de la Nación, el Congreso Federal y los Congresos Estatales e integrantes del Consejo Nacional de Archivos con el propósito de integrar un Sistema Nacional de Archivos Legislativos.

Tuvimos la oportunidad de presentar lo que hemos hecho en Guanajuato en la Casa Legislativa y al término del foro fuimos designados como los representantes de los Congresos Locales ante el Consejo Nacional. Desde aquí mi reconocimiento a todos los integrantes de nuestro Congreso por tan distinguida labor de custodia de los archivos legislativos de nuestro estado desde 1822.

Diserté en el panel sobre el valor de los archivos y su relación con el Poder. Cité al historiador Víctor Bello quien señalaba que “cada persona construye lo que le resulta necesario e importante para su vida. Destruye lo banal, lo inútil. Cuando una persona quiere dañar a otra, destruye lo que es importante y necesario para ese otro. Igual ocurre con los pueblos. Construir y destruir el archivo son acciones conscientes y meditadas, rara vez casuales. Quien destruye el archivo, destruye la propiedad, destruye los derechos, destruye la identidad, destruye la memoria. Quien destruye el archivo, destruye la prueba de lo bueno y de lo malo de cada uno, sea hombre o país. El archivo y el poder mantienen una relación dual de amor y odio, de construcción y destrucción”.

Existen claras evidencias de que, a través de los siglos, todos los sistemas de gobierno han establecido políticas archivísticas siempre sometidas al interés del poder político, lo que se ha traducido en una serie de debilidades en el acceso a la información, entre las que se encuentran la falta de transparencia en la actuación de la administración y el poder. Una consecuencia inmediata es la corrupción, evidenciando que es de vital importancia una correcta gestión de documentos para que exista una transparencia capaz de paliarla.

El archivo es un activo esencial de las dinámicas políticas y económicas de los gobiernos, que desarrollan como sistemas de poder estrategias para la producción y conservación de documentos adecuadas a sus intereses y pretensiones. El diseño de las políticas archivísticas siempre ha sido consentido por los sistemas de poder y muestran gran precariedad legislativa, ya que solo se dispone de lo básico para que el archivo cumpla con la función que se espera de él, esto es, legitimar al poder gobernante ya sea a través de la apropiación de la historia o de la pretendida transparencia administrativa.

Hice énfasis en que las leyes son casi obsoletas en el respaldo de una política acorde al valor fundamental del archivo en una democracia participativa. Además, los espacios y los recursos asignados reflejan el escaso interés de los tres niveles de gobierno de tener más transparencia y como resultante que no hemos terminado de consolidar a los archivos como un servicio esencial.

Puntalicé allí que la constante más grave ha sido la permanente desatención de las leyes en materia de archivo, sin que se cumplan las prometidas sanciones consecuentes. En nuestro país en los últimos 10 años se han publicado en el *Diario Oficial de la Federación* 28 normativas, incluyendo la Ley Federal y una Ley General que se encuentra en debate —agonizando— desde hace dos años en el Senado de la República.

A la luz de una Carta Magna garantista como la nuestra, queda demostrado que el pacto social que debe establecerse por la igualdad entre todos los ciudadanos ha sido incumplido sistemáticamente en lo concerniente a la información, dado que su acceso se ha privilegiado para los grupos de poder, lo que ha favorecido la manipulación en beneficio propio. En definitiva, el acceso a la información ha sido, y continúa siendo totalmente asimétrico entre quienes ostentan el poder y los que no lo tienen.

Soy un convencido de que una sociedad democrática requiere de una administración abierta al ciudadano. Esto debe pasar por el establecimiento de unos sistemas documentales que registren sus actividades y garanticen la veracidad de las acciones que desarrolla a partir de las competencias que se le tienen asignadas. El ciudadano como tal, como elector y como financiador de quienes gobiernan —los tres poderes, los tres niveles de gobierno, los organismos autónomos y los demás entes donde haya recurso público— debe tener garantías de que en cualquier momento podrá acceder a la información que dé testimonio que está siendo gobernado conforme a la ley, a los documentos que sustentan sus derechos adquiridos y a los que son demostrativos del cumplimiento de sus deberes.

Sistema anticorrupción a prueba

“Extorsiona funcionario con descaro”. Pide Jorge Raúl Ortega Gutiérrez moche a la vista de todos, pero nadie se enteró hasta que desapareció: ahora hay ya decenas de acusaciones. Encabezados periodísticos como éste han visibilizado el caso de un funcionario de la Dirección de Atención a la Cadena Productiva Cuero-Calzado-Proveeduría que presuntamente cobró durante años moches de 10% a decenas de empresarios del estado. Los hechos que se mencionan son los de solicitar recursos económicos por la realización de trámites, concretamente para conseguir recursos de la Federación.

En otro orden de ideas, el pasado 15 de julio se publicó en el *Periódico Oficial del Gobierno del estado de Guanajuato* el Acuerdo 1/2017 de la creación de la Fiscalía Especializada en Combate a la Corrupción que complementa en el ámbito administrativo lo ya dispuesto en diversas leyes e instituciones de lo que se ha denominado como “Sistema Estatal Anticorrupción” que a su vez es un subconjunto del “Sistema Nacional Anticorrupción” y que estará siendo sometido a prueba con casos como el del presunto Ortega Gutiérrez, de quien se dice “anda desaparecido”.

Ante la Secretaría de la Transparencia y Rendición de Cuentas se interpuso una denuncia por el titular de la Secretaría de Desarrollo Económico Sustentable y también de oficio la Procuraduría de Justicia del Estado ha iniciado las investigaciones para encontrar las evidencias de corrupción. La Secretaría deberá investigar a efecto de determinar la existencia o inexistencia de actos u omisiones que la ley señale como falta administrativa y, en su caso, calificarla como grave o no grave. Calificada la conducta como grave, se incluirá en el Informe de Presunta Responsabilidad que debe presentarse ante el Tribunal de Justicia Administrativa, que ahora ya tiene facultades sancionadoras.

La conducta grave que se podría reprochar a Ortega Gutiérrez encuadra en la definición de cohecho y que se define así en la ley: “Artículo 52. Incurrirá en Cohecho el servidor público que exija, acepte, obtenga o pretenda obtener, por sí o a través de terceros, con motivo de sus funciones, cualquier beneficio no comprendido en su remuneración como servidor público, que podría consistir en dinero; valores; bienes muebles o inmuebles, incluso mediante enajenación en precio notoriamente inferior al que se tenga en el mercado; donaciones; servicios; empleos y demás beneficios indebidos para sí o para su cónyuge, parientes consanguíneos, parientes civiles o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, o para socios o sociedades de las que el servidor público o las personas antes referidas formen parte”.

En el caso de los particulares que de manera intencional se vieron involucrados en la promesa, ofrecimiento o entrega de algún beneficio al servidor público, encuadra en la definición de soborno que cito: “Artículo 66. Incurrirá en soborno el particular que prometa, ofrezca o entregue cualquier beneficio indebido a que se refiere el artículo 52 de esta Ley a uno o varios Servidores Públicos, directamente o a través de terceros, a cambio de que dichos Servidores Públicos realicen o se abstengan de realizar un acto relacionado con sus funciones o con las de otro servidor público, o bien, abusen de su influencia real o supuesta, con el propósito de obtener o mantener, para sí mismo o para un tercero, un beneficio o ventaja, con independencia de la aceptación o recepción del beneficio o del resultado obtenido”.

La Sala Especializada del Tribunal resolverá si se trata de una falta grave y el Tribunal de los Servidores Públicos podría imponer: suspensión del empleo, cargo o comisión que podrá ser de 30 a 90 días naturales; destitución del empleo, cargo o comisión; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público y para participar en adquisiciones, arrendamientos, servicios u obras públicas. Si la afectación de la falta administrativa grave excede de doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización ($\$75.49 \times 200 = \$15\,098.00$) la inhabilitación sería de uno hasta diez años y de diez a veinte años si es mayor a este monto.

El Ministerio Público atenderá en lo penal independiente de lo administrativo, la búsqueda de evidencias para ver si las acciones encuadran en el delito de cohecho, mismo que es sancionado con prisión de uno a seis años, de diez a sesenta días multa e inhabilitación hasta por cinco años para desempeñar cualquier función pública.

Cierto estoy de que el Sistema Anticorrupción está a prueba y que aprobará con suficiencia y certeza jurídica.

Guanajuato, líder de transparencia en salud

Hoy, estimados lectores, se celebra el Día mundial de datos abiertos, que inició en 2010 y que sirve como una oportunidad para solucionar los desafíos locales utilizando datos abiertos, expandir la comunidad de datos abiertos y generar nuevas conversaciones y alianzas entre grupos que trabajan con datos; promoviendo su utilización como una herramienta para que los ciudadanos visibilicemos las actividades del gobierno y colaboremos en la resolución de los desafíos públicos. De manera puntual son datos “de” y “para” la Sociedad.

La Secretaría de Salud de Guanajuato —Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato— ha sido líder a nivel nacional en Datos Abiertos y Transparencia. Lo anterior lo revela el recién liberado Índice de Transparencia del Gasto en Salud de las Entidades Federativas (ITGSEF), 2019, elaborado desde hace tres años por AR Información para decidir®.

Este índice, dicen sus editores, es una respuesta a la necesidad que se tiene en México de contar con mecanismos de medición, que incentiven la publicación de información, a través de portales electrónicos oficiales del Sector Salud, información relacionada con los temas financieros o de manejo de recursos públicos, que en el Sector Salud son equivalentes al 2.9% del PIB.

Que estupenda noticia previa al primer informe de Gobierno. Felicito desde esta columna al gobernador Diego Sinhue Rodríguez Vallejo, al secretario de Salud, Daniel Alberto Díaz Martínez; al coordinador general de Administración y Finanzas, Lic. Fernando Reynoso Márquez; así como a todo el equipo que lo ha hecho posible.

Este liderazgo refleja el compromiso, voluntad y responsabilidad de unas autoridades decididas a demostrar que no hay miedo a enfrentar el escrutinio público, para que los guanajuatenses puedan vigilar y analizar su desempeño, traducándose a la larga en eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos públicos y, sin duda, en un buen desempeño financiero.

El índice se puntuó de la siguiente manera: 10% por los ordenamientos jurídicos que rigen la transparencia en el desempeño de la gestión del sector salud; 20% de los documentos que refieren a la planeación y a las decisiones de ingresos y gasto en el sector salud estatal; 25% con los documentos sobre los costos de las acciones de Gobierno para cumplir con provisión de servicios y atención a demandas sociales; 20% por los documentos oficiales que reportan las actividades realizadas por la administración; 10% por la información de los sistemas de evaluación de la gestión a través de indicadores y aval ciudadano; por último,

15% por la información de seis años, de los recursos asignados y compilación histórica básica del sector.

Los resultados del ITGSEF 2019 otorgaron a Guanajuato una calificación de 96.95%, cuando el promedio nacional fue de 58.15 con solo 12 entidades federativas por arriba del mismo y el resto por debajo del mismo, siendo Durango el de peor desempeño, con 23.57%.

Cabe hacer énfasis en que Guanajuato, evaluado en esta ocasión del 2 al 18 de enero de este año, mantuvo su tendencia creciente sobre el desempeño 2018 (ganando 7.56%) convirtiéndose en ejemplo para las demás entidades federativas. Presenta un portal específico desarrollado con base en las leyes de transparencia locales actuales e históricas, con datos abiertos presentados de manera ordenada y con la calidad requerida, tanto en desglose como en presentación.

Guanajuato aún presenta áreas de oportunidad en costos operativos (2.40%) y rendición de cuentas (0.65%) y, sobre todo, continua en este empeño de transparentar. Los invito a conocer el portal www.salud.guanajuato.gob.mx y ser vigías, ahora llamados “observatorios”, de su desempeño.

Siempre es grato recibir buenas nuevas. ¿Usted qué opina?

Necesitamos “informantes” patriotas

En la historia reciente hemos conocido tres “informantes”, dos con hechos hoy consumados: “Garganta Profunda”, que concluyó con el mandato de Richard Nixon, y Edward Snowden, cuya información detonó escándalos en muchos países y la caída de altos funcionarios, y, el tercero, que acaba de acusar al presidente Donald Trump de “traición a la Patria” por presionar a un gobierno extranjero para obtener información que podría comprometer a su posible rival en las próximas elecciones.

Del “Informante” que tiene a Trump contra las cuerdas se dice que es un alto agente de la CIA que trabajó en la Casa Blanca, no se sabe si es hombre o mujer, que al recibir una información perturbadora la transmitió a sus superiores y al presidente del Comité de Inteligencia del Senado, expresando su preocupación por el contenido de una conversación telefónica entre los presidentes de Estados Unidos y de Ucrania. En los próximos días vendrá el desenlace.

Lo que sí sé es que dicho informante tiene todas las medidas de protección requeridas a su persona y por ende su familia, proporcionadas por instituciones no ligadas a las líneas del poder, que, al verse denunciadas, podrían desde amedrentarlo hasta hacerlo desaparecer. El cine ha puesto en evidencia películas como *Nido de ratas*, donde Marlon Brandon denunció la corrupción sindical; *Frank Serpico*, donde Al Pacino expuso la corrupción existente en la policía de Nueva York, y *Todos los hombres del Presidente*, que hace visibles las operaciones sucias de Nixon.

Estas películas y muchas otras exponen a los informantes —soplones, alertadores o *whistleblower*— como héroes patriotas y a los funcionarios públicos en turno como villanos corruptos. Tienen dos cosas en común, la primera es que han logrado transformar la democracia y las políticas públicas al denunciar los abusos y la corrupción imperante, la segunda es que la vida personal y familiar de los informantes se ve trastornada por las represalias de sus superiores o personajes de la red de corrupción denunciada.

Hay muchas historias más llevadas a la pantalla grande y ahora a series disponibles por internet, donde, por ejemplo, los informantes también llamados testigos protegidos mueren a manos de los denunciados a fin de que no puedan dar su testimonio ante el poder judicial o comités especiales que estudiarían o juzgarían los hechos denunciados. La preocupación para proteger de manera segura la integridad y futuro de los informantes ha motivado a que existan leyes y procedimientos financiados con impuestos generales en todo el orbe.

La semana pasada participé en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, donde señalé que en México tenemos un grave problema de corrupción, se nos ubica en los últimos lugares del “Barómetro global de la corrupción de América Latina y el Caribe 2019”. Este informe reveló que 77% de nuestros ciudadanos sostienen que sufrirán represalias si denuncian casos de corrupción.

Reconocí que uno de los grandes pendientes que tenemos en nuestro país, consiste en proteger a aquellos servidores públicos —más de 4.5 millones— o particulares que alerten o informen una conducta que pudiera ser constitutiva de un delito, dando lugar al avance de la impunidad y al descrédito de los gobernantes.

Les manifesté a los legisladores de los 47 países miembros y de los países observadores, que el Partido Acción Nacional celebraba los esfuerzos de la Unión Europea para garantizar los derechos de los alertadores o informantes, estando ciertos que nadie debería sacrificar su vida personal, laboral o familiar por tener el valor de denunciar.

Nos adherimos a la resolución emitida por su Comisión de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos, al destacar que los informantes juegan un papel esencial en cualquier democracia abierta y transparente, y además constituyen una base para la libertad de expresión y sientan el camino para un buen gobierno que rinde cuentas a sus ciudadanos.

Denunciar a aquellos que atentan contra el interés público debería convertirse en la respuesta normal de cada ciudadano. Y que pueda hacerlo sin temor a represalias o intimidaciones es una obligación del Parlamento en cada nación.

En México creamos el Sistema Nacional Anticorrupción, integrado por gobierno y sociedad civil, considerando la protección a las personas informantes en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, pero seguimos sin tener los resultados esperados.

A la fecha, solo el 5% de los presuntos actos de corrupción de los que fue víctima la población —particularmente el soborno— fue denunciado. La calidad de información aportada a través de la denuncia es baja y el procedimiento de atención es deficiente; y, por tanto, solo un reducido número de denuncias han terminado en sanción.

Les comenté los esfuerzos del GPPAN y de la iniciativa de ley que presenté el 25 de octubre de 2018, para que, de manera inmediata a una denuncia, la autoridad otorgue al informante las siguientes medidas de protección: asistencia legal, reserva de su identidad, garantía de su integridad personal, protección de sus condiciones laborales (evitando despidos o remociones en el cargo a consecuencia de la denuncia) y el traslado de área o licencia con goce de sueldo si sufre acoso.

A un año de distancia, el partido Morena y sus aliados, con mayoría en el Parlamento Mexicano, no han permitido que avance la iniciativa. Sin embargo, hace un mes, el Ejecutivo Federal emitió un acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Promoción y Operación del Sistema de Ciudadanos Aler-tadores Internos y Externos de la Corrupción.

Desde la Tribuna Europea, llamé al Congreso Mexicano y a los otros po-deres de la unión a adoptar la resolución del Consejo de Europa, que permita mejorar la protección de los informantes que cumplen con el deber ciudadano de no permitir el saqueo de los bienes públicos.

Porfiriana: ¡qué manera de administrar!

En los primeros días de septiembre, el diputado Porfirio Muñoz Ledo, aún presidente de la mesa directiva de la Cámara de Diputados, una vez esfumado su intento de madrugete para reelegirse, conducía otro intento más para que se designara una nueva mesa.

Eran tan burdas las maniobras de los legisladores de Morena y sus aliados, que, llegado el momento de la votación, expresó su enojo hacia ellos con sarcasmo, en los siguientes términos: “Pido a la Secretaria revise el reloj porque está marcando progresivamente, cuando es una ley antigua los transitorios (artículos) son desmesurados y contradictorios, hasta los aparatos se sonrojan... ¡Chi... a su madre! ¡Qué manera de legislar!” Hasta aquí la cita.

Así expresaba su sentir el político de más de 80 años y con más experiencia en el Congreso de la Unión, ahora representante de Morena sobre la manera en cómo se gobierna y representa en México por parte del partido en el Gobierno y con mayoría tramposa en el Congreso.

Esta semana, estimados lectores, apareció publicado un documento que pondrá en riesgo el abasto de medicinas e insumos para la salud el próximo año, por la improvisación e irresponsabilidad del Gobierno Federal, que cómo dijera Porfirio: ¡Qué manera de administrar!

En un proceso totalmente opaco y sin explicaciones técnicas convincentes, la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda, cuya oficial fue nombrada esta semana Titular del SAT, generó un contrato para el “Servicio Integral de Recolección, Acondicionamiento, Entrega y Resguardo de Medicamentos”, con efectos a partir de su firma hasta el último día de 2020, a través de un “Comunicado a posibles proveedores” cuyos beneficiarios serían: Dibiter, S.A. de C.V., Estafeta Mexicana, S.A. de C.V. y Redpack, S.A. de C.V.

Estas empresas estarán a cargo de brindar el Servicio de Recolección, Acondicionamiento, Entrega y Resguardo de Medicamentos a lo largo del territorio nacional, que además incluye también la distribución de vacunas, lácteos, psicotrópicos y estupefacientes, material de curación, de laboratorio y radiológico.

La Oficialía Mayor no ha dado explicación del porqué determinaron hacer la distribución de medicamentos e insumos de esta forma, tampoco queda claro cuál será su costo, ni de porqué resultaron seleccionadas estas empresas.

Con la centralización de las compras de medicamentos, el Gobierno Federal destruyó una red de distribución que funcionaba, por la promesa de generar ahorros que hasta hoy no se pueden constatar, ya que, al costo de compra de

medicinas, en los que se presumían ahorros, habrá que sumar ahora los costos de distribución.

En una maniobra que contraviene lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, la Oficialía Mayor no hace público el fallo que debería existir en estos procesos de licitación, ya que únicamente emite un comunicado de notificación a posibles proveedores, sin explicar las razones que motivaron aceptar las ofertas de las empresas ganadoras.

La Ley de Adquisiciones es clara en su artículo 37, al establecer que en procesos de compras públicas la convocante emitirá un fallo, el cual deberá contener lo siguiente: relación de licitantes cuyas proposiciones se desecharon, expresando todas las razones legales, técnicas o económicas que sustentan tal determinación; relación de licitantes cuyas proposiciones resultaron solventes, describiendo en lo general dichas proposiciones; nombre del o los licitantes a quien se adjudica el contrato, indicando las razones que motivaron la adjudicación; así como las partidas, los conceptos y montos asignados a cada licitante.

Además, eligieron a una empresa inhabilitada por la Secretaría de la Función Pública y a otras dos sin experiencia en el ramo. Con circular del 22 de octubre de 2019 en el DOF se comunicó a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, empresas productivas del Estado, así como a las entidades federativas, que deberán abstenerse de aceptar propuestas o celebrar contratos con la empresa Dibiter, S.A. de C.V, por un plazo de dos años.

Estafeta Mexicana y Redpack, con servicios de distribución de paquetería, no cuentan con la experiencia necesaria en el manejo de medicamentos y otros insumos para la salud, según se detalla en sus páginas de internet.

La conservación de medicamentos y su traslado requiere equipo de alta tecnología, además de cadenas de distribución altamente eficientes y con temperaturas reguladas. ¿Estarán preparadas estas empresas para una labor que no es su especialidad, ni principal giro de negocio, o contarán con el equipo técnico y personal necesarios?

Preocupa enormemente que la tarea de llevar las medicinas y demás insumos a los hospitales y centros de salud del todo México se realice tan irresponsablemente, a pesar de que en 2019 ya vivimos una crisis de abasto de medicamentos que costó la vida a enfermos, incluyendo niños que no recibieron tratamiento para el cáncer y que no pueden esperar a que el Gobierno aprenda a administrar el sistema de salud.

Solicitaremos se transparente lo que la Ley hoy mandata para las compras públicas de bienes y servicios, poniendo énfasis en la calidad y precio hasta el consumidor final, ya como paciente ambulatorio u hospitalario. Dice el presi-

dente que basta 2% de capacidad y 98% de lealtad; yo digo que con la salud no se juega al aprendiz, menos cuando hay tantos profesionales capaces en nuestro México.

Tiranía sanitaria

Como bien lo dijo Clive Staples Lewis: “De todas las tiranías, una tiranía ejercida sinceramente por el bien de sus víctimas puede ser la más opresiva. [...] Quien nos atormenta por nuestro propio bien, nos atormentará sin fin, porque lo hace con la aprobación de su propia conciencia”.

La semana pasada en esta columna denuncié que el Gobierno Federal no licitó ningún medicamento para tratar el cáncer y que, hasta hoy, no ha iniciado el proceso de hacerlo con la industria nacional y extranjera establecida en México.

Pero en lo oscurito preparaba un golpe para sacar un “Decretazo Humanitario antimonopólico” para importar, de donde ellos quieran, medicamentos para tratar a las y los mexicanos, que pondrán sin duda en riesgo la ya deteriorada salud de los mexicanos.

Es decir, la tiranía sanitaria del Gobierno Federal para “nuestro bien y con fines humanitarios” que aplicará la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), que ha sido incapaz para procesar miles de solicitudes de registros sanitarios, pero que un tiempo más que breve, registrará y “ratificará” la calidad, seguridad y eficacia de millones de productos comprados primero y “verificados después” y que nos administrarán a todos los mexicanos.

De manera claramente apresurada y sin hacer una evaluación de riesgos, se publicó en el *Diario Oficial*, el 28 de enero, el decretazo que autorizará la compra internacional de medicinas, sin que previamente tengan que ser verificadas por nuestra institución de vigilancia y regulación sanitaria, Cofepris, que se convertirá en oficialía de partes.

Es indignante que el presidente de la República justifique esta medida argumentando una emergencia humanitaria y el presunto boicot y monopolio de las farmacéuticas. Crisis humanitaria es la que está provocando la incapacidad de su gobierno para adquirir los medicamentos a tiempo y distribuirlos a fin de que lleguen a los pacientes; por tal motivo, ya no solo al IMSS, si no también, a las entidades Federativas que habían decidido participar en la “Compra consolidada”, les autorizaron que le hagan como puedan, pero que ya lo compren ellas.

Con esta medida, la cabeza de la cuarta transformación y sus colaboradores siguen sin entender la complejidad del sistema de salud. Pero la tiranía de su imaginación se hace realidad al obligar que la agencia regulatoria que nos debiera de asegurar no tener riesgos sanitarios, en este caso por medicamentos y otros insumos para la salud, cumpla sus deseos a cabalidad, a sabiendas de que no tiene la capacidad para hacerlo.

Esta medida evidencia que, para el gobierno federal, la regulación sanitaria es un estorbo que le “impide comprar en mercados más baratos fuera del

país”, para dizque presumir grandes ahorros, aunque no tenga garantía de que estén adquiriendo productos seguros y de calidad, por un lado, y, por el otro, tampoco se tenga la garantía de su distribución oportuna.

El acuerdo emitido por la Secretaría de Salud permite establecer un proceso que regularice la importación de medicamentos sin registro sanitario en México, dirigido a cualquier enfermedad o padecimiento, que estén autorizados por las agencias sanitarias de Suiza, la Comisión Europea, Estados Unidos, Canadá, Australia, Agencias Reguladoras de Referencia Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), precalificados por el Programa de Precalificación para Medicamentos y Vacunas de la OMS y Agencias Reguladoras miembros del Esquema de Cooperación de Inspección Farmacéutica; esto incluye medicinas que se fabrican en China, Malasia, India o Sudáfrica, que no cumplen, en muchos casos, con la normatividad que se exige, o exigía, a nivel nacional para la propia industria local.

Entonces ¿qué tan seguros y eficaces son los medicamentos que el gobierno federal quiere importar y que asegura cuentan con el aval de las instituciones internacionales? Contesto: no son seguros, pues la misma OPS/OMS señala, respecto de la lista de “medicamentos preclasificados” por ella, que nuestro país autorizará comprar libremente sin los permisos correspondientes, que “la inclusión [en la lista] no constituye un aval o garantía de la aptitud, por parte de la OMS de ningún producto para un propósito particular, incluso en lo que respecta a su seguridad y eficacia”, por lo que es necesario que cada país haga su propia validación de acuerdo con sus normas sanitarias.

Nos quieren hacer creer que instancias internacionales como la OMS avalan la calidad de los medicamentos, cuando en realidad el órgano rector de la salud a nivel internacional lo desmiente y se desmarca de manera contundente.

Por otra parte, es increíble que las farmacéuticas del país tengan que cumplir con altos estándares y procesos de revisión —con retardo increíble de la Cofepris— mientras que por “nuestro bien” los medicamentos que se adquirirán se sujeten a reglamentación menos estricta, por no decir que solo se les sellará como “Aprobada”.

En otro orden de ideas, no hay ningún acto de la autoridad federal contra los “monopolios” y los “boicots” a que se refiere el presidente, pues en México son un delito. Yo digo NO a la dictadura sanitaria.

Posdata: A 80 días de que tomó protesta la titular de la CNDH, no se ha manifestado acerca de las claras violaciones del derecho a la salud que han sufrido miles de compatriotas. ¿Dónde está la CNDH?

Síndrome de hbris en Morena costará vidas

Denuncio y hago público mi diagnóstico en esta editorial, estimados lectores, de que el gobierno emanado de Morena, la Secretaría de Salud Federal y su banca en la Cámara de Diputados padecen el Síndrome de hbris. Lo triste de este diagnóstico es que podría costar muchas vidas de mexicanas y mexicanos, lo cual me parece inaceptable.

Me explico, el término *hbris* es un concepto griego que se traduce en desmesura. El Síndrome de hbris se caracteriza entonces porque la persona que lo padece es prepotente, tiene ideas fijas preconcebidas y rechaza posturas que no sean afines a sus ideas. Tiene conducta narcisista y ego desmedido.

Según el neurólogo David Owen: “Las presiones y la responsabilidad que conlleva el poder terminan afectando a la mente”. Por ello, este síndrome lo padecen sujetos que están en el ejercicio del poder y es muy frecuente que se dé en el mundo de la política. Más aún, cuando el poder no está en manos siempre del más capaz, pero quien lo ostenta así lo cree y termina comportándose de manera narcisista y prepotente.

Los que padecen el Síndrome de hbris necesitan de una cura de humildad y realidad, como lo que hoy está ocurriendo con la pandemia del coronavirus. Si se curan, los siguientes signos y síntomas de la enfermedad podrían desaparecer: preocupación exagerada de su imagen para preocuparse ahora de los potenciales enfermos; el sentimiento de superioridad y desaire por los demás se torna en la escucha activa de los profesionales de la salud en todos los niveles; la constante impaciencia y alejamiento de la realidad da pie a la búsqueda de la evidencia y las experiencias exitosas en otros países.

Ahora, ¿por qué podría costar muchas vidas? El día de ayer, después de dos meses con Síndrome de hbris y que desde el púlpito del poder decían “estamos preparados” “tengan confianza” “qué coronavirus ni que ocho cuartos”, la realidad se impuso por primera vez.

En voz del director general del Centro de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Dr. Ruy López Ridaura, reconocieron que no existen reservas estratégicas suficientes para enfrentar la pandemia del Coronavirus. Incluso detalló que faltaba lo que yo he denunciado reiteradamente en esta columna, en el Congreso y en los medios nacionales.

Dijo que “es muy poco lo que tiene ahora” y que la reserva estratégica requiere de cubrebocas de tipo quirúrgico, mascarillas, bandas y caretas para la protección del personal médico, reactivos para las pruebas de detección de CO-

VID-19, ventiladores y monitores para terapia intensiva, además de alcohol-gel, jabón y otros productos de higiene.

Yo agrego una lista que me han enviado especialistas en medicina interna, infectología y terapia intensiva de unidades de alta especialidad, con más de un centenar de medicamentos e insumos de la salud que se necesitan y que no se tienen por la crisis ya conocida de medicamento, insumos y mantenimiento de equipos.

Ya aceptaron que se necesitarán recursos adicionales presupuestales para que, de llegar a la fase 3 de la epidemia con su estimado de 300 mil pacientes que necesitarán hospitalización —miles de ellos terapia intensiva—, sea posible completar la reserva estratégica.

Dicen que lo que tienen no llegaría a cubrir ni el 5% de los pacientes enfermos en este escenario. ¿Usted quisiera estimado lector o lectora que algún familiar suyo fuera del 95% de los pacientes que no alcanzarían a ser tratados con lo mejor conocido hasta hoy? Yo no.

Los hechos publicados en un artículo científico proveniente de China nos dan la siguiente lección de humildad y realidad: “a medida que se desarrolla la pandemia, se hace evidente un hecho: hay una grave escasez de suministros médicos de emergencia, y especialmente una escasez extrema de equipos de protección personal, como máscaras y ropa de protección médica. Este es uno de los principales factores que afectan el progreso de la prevención y el control de epidemias”.

Este jueves presentamos una iniciativa para crear un Fondo para la Atención de Emergencias Epidemiológicas con al menos 25 000 millones de pesos para este año y que tiene el consenso de muchos legisladores. El coordinador de Morera presentó una iniciativa ligada a bajar el superávit primario del presupuesto y que en términos llanos es no querer asumir la responsabilidad de dar recursos.

Mientras el mundo se apresta a enfrentar la pandemia, el Banco Mundial pone a disposición hasta 12 000 millones de dólares para atender la pandemia y el Senado de Estados Unidos, ante la emergencia en Los Ángeles, autoriza 8 300 millones de dólares; en México, el Síndrome de hibris hace que la Secretaría de Salud rechace la oferta de 1500 millones de dólares porque “no se necesita”. Ya rectificaron.

El Síndrome de hibris aún persiste, habiendo señalado un funcionario de salud que el “Fondo de Reserva Estratégico” publicado en el DOF en julio del 2013 fue “desfondado el sexenio pasado”. La realidad es que tomaron el gobierno desde julio de hace dos años y es obvio que han sido negligentes y deben estar más atentos en materia de Seguridad Nacional.

La pandemia avanza y no debemos permanecer en la inacción. Deseo que Morena y sus aliados permitan la discusión de las iniciativas; que la Secretaría de Hacienda apruebe el recurso y que su Oficial Mayor haya aprendido a comprar y, por último, que haya disponibilidad en el mercado nacional e internacional de los insumos que hoy están más que escasos. También van mis oraciones para que podamos contener, a niveles locales, esta pandemia mundial.

Presidente totipotencial, mi voto en contra

Son las 09:30 horas del viernes 1 de mayo, acabo de llegar al Senado de la República y me instalé para escribir estas líneas en la Sala “Gabriel Jiménez Remus” asignada al grupo parlamentario del PAN, donde tendremos la reunión previa los senadores y diputados que formaremos parte de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión del 1 de mayo al 31 de agosto, conocido como “segundo periodo de receso del segundo año legislativo”.

El artículo 78 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que, durante los recesos del Congreso de la Unión, habrá una Comisión Permanente, integrada por 18 miembros del Senado y 19 de la Cámara de Diputados. Esta Comisión tiene responsabilidades y funciones de la más alta importancia que merecen ser atendidas con el mayor interés y compromiso.

El artículo 123 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos prevé que la Comisión Permanente adoptará resoluciones por la mayoría de sus miembros presentes; con excepción de las convocatorias del Congreso o de una sola Cámara a sesiones extraordinarias, donde se requerirán dos terceras partes.

El ambiente social está tenso por la crisis sanitaria del COVID-19 y la más severa crisis económica, por un lado, y, por el otro, por la certidumbre que existe que el Gobierno de la Cuarta Transformación ha estado actuando tarde y mal para evitar el sufrimiento y la muerte de muchas mexicanas y mexicanos en el tema de salud, y el nulo apoyo para detonar la economía en todos los niveles.

El presidente López Obrador ha sostenido que la crisis le vino “como anillo al dedo”, y en los hechos también está pretendiendo modificar la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) en su artículo. 21 Ter, que cito: “en caso de que durante el ejercicio fiscal se presenten emergencias económicas en el país, la Secretaría podrá reorientar recursos asignados en el Presupuesto de Egresos para destinarlos a mantener la ejecución de los proyectos y acciones prioritarios de la Administración Pública Federal y fomentar la actividad económica del país, atender emergencias de salud y programas en beneficio de la sociedad”.

Esta reforma podría ser aprobada por el partido Morena y sus aliados en el pleno de ambas Cámaras sin ningún problema, pues solo se requiere la mitad más uno de los legisladores. De aquí proviene la presión que desde todos los sectores se ha hecho a los que integramos la Comisión Permanente, pues el único freno que puede haber para que no se logre de aquí a agosto, es que no se apruebe ningún periodo extraordinario, y ello depende de que ningún legislador

de los partidos de oposición (PAN, PRD, MC y PRI) cedan su voto a favor de dicha propuesta.

Mi voto será en contra por muchas razones, pero menciono solo dos: El presidente no puede emitir declaratoria de emergencia económica sin la aprobación del Congreso, ya que el artículo 29 constitucional establece que en los casos de invasión, perturbación grave de la paz pública, o de cualquier otro que ponga a la sociedad en grave peligro o conflicto, solamente el presidente con la aprobación del Congreso de la Unión podrá llevar a cabo restricciones o suspensiones para lidiar con la emergencia, estableciendo la temporalidad del estado de emergencia, la cual no puede predefinirse en la LFPRH.

De aprobarse la propuesta, el presidente podrá decidir unilateralmente la asignación del gasto sin que en realidad haya una emergencia económica. La definición de emergencia económica es imprecisa porque no acredita los criterios suficientes para calificar como emergencia económica. Debe tener el atributo de la causa fortuita, como una pandemia. La caída en la actividad económica de 1% del PIB es simple y llanamente un mal desempeño económico que de ninguna manera justifica un cambio en el proceso presupuestario.

Por esto, evitaremos que haya periodo extraordinario. Si lo logramos, queda la guillotina en suspenso hasta el periodo ordinario en septiembre. Iríamos mientras tanto por un gran acuerdo nacional; como dijera Enrique Gómez Orozco “México es el país de muchos, debemos avanzar juntos y en paz”.

Medicamentos y empresas a la deriva

Las graves fallas en la adquisición de medicamentos del gobierno de la “cuarta trastornación” ha causado que el derecho a la protección de la salud se haya vulnerado una y otra vez desde que asumieron el mando. Ya en medicamentos para atender el cáncer de niños; en la compra de vacunas que tienen hoy a México con la tasa más baja registrada de vacunación en niños, según lo ha denunciado la misma Unicef; en medicamentos biotecnológicos incluyendo la insulina para la atención de la diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas; hasta los medicamentos básicos para atender a los pacientes con COVID-19, como anti-coagulantes o relajantes para mantener sin sufrimiento a los pacientes intubados.

El 28 de noviembre de 2019 la Secretaría de Salud Federal firmó un convenio con la Organización Panamericana de la Salud para participar en el “Fondo rotatorio regional para la adquisición de productos estratégicos en salud pública” que tiene un buen sentido: favorecer la reducción de costos del suministro de vacunas, jeringas y otros insumos relacionados debido a las ventajas derivadas de la economía a escala, sostenibilidad en el tiempo de los precios y mejorar la disponibilidad de vacunas. Este tipo de convenios ya habían sido utilizados con frecuencia por el gobierno mexicano, y debido a que somos un país de 128 millones de personas, en ocasiones los “precios” obtenidos por licitaciones internacionales fueron, incluso, menores que los del “Fondo rotatorio”.

Esta semana, luego de los grandes fracasos para adquirir medicamentos e insumos para la salud, anuncian por la vía del Ejecutivo que comprarán 120 000 millones de pesos en el “extranjero”, aduciendo el presidente que “no vamos a ser rehenes” de laboratorios “muy famosos” que lucraban con fármacos “adulterados o caducos”; sin probar sus dichos como ha sido su costumbre; sin ejercitar las acciones legales consecuentes a sus acusaciones, como sería su obligación y sin poner nombre a esos laboratorios.

A nivel legislativo, el pasado 17 de junio el coordinador morenista de diputados, Mario Delgado, introdujo una iniciativa de ley para modificar el artículo primero de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), buscando hacer una excepción a la licitación de las compras de medicamentos u otros insumos para la salud, cuando la contratación se lleve a cabo con organizaciones internacionales.

El próximo lunes habrá Comisión Permanente del Congreso de la Unión, donde Morena y sus aliados están presionando para incluir en el Periodo Extraordinario del miércoles 22 esta iniciativa. Me acaba de llegar el proyecto de minuta como de costumbre, el mismo día que se está haciendo el “parlamento

abierto” que no servirá de nada, pues no han cambiado ni una letra de la original iniciativa.

Nosotros hemos presentado también una iniciativa de excepción de la LAASSP, que cito: “la aplicación de la presente Ley podrá exceptuarse en los casos en los que se declare epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, conforme lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud. En tal caso, se deberá dar prioridad al mercado interno y sólo en el caso que se acredite la falta de capacidad del mercado nacional, la idoneidad, la capacidad, las mejores condiciones a través de la investigación de mercado podrá realizarse una adjudicación internacional o la contratación con organismos intergubernamentales internacionales”.

Con ello preservaremos la calidad y la seguridad de los medicamentos, por un lado, y la fuente laboral de la industria farmacéutica mexicana de miles de familias, por el otro, sin dejarlas a la deriva.

Imperativo evaluar el manejo de la pandemia

A 226 días de haber conocido los primeros casos de COVID-19 en Wuhan, China, a 167 días del primero reportado en México como “Importado” y a 148 del primer mexicano fallecido por la infección del SARS-CoV-2, se hace imperativo evaluar el manejo de la pandemia hecho por las autoridades federales responsables, tanto en materia de salubridad general señaladas en la Carta Magna: el Consejo de Salubridad y la Secretaría de Salud.

Esta semana hemos puesto a consideración del poder legislativo a través de la Comisión Permanente un punto de acuerdo para que el Ejecutivo Federal acepte realizar una auditoría externa sobre la gestión de la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México; esta evaluación debe ser independiente e imparcial, realizada sobre bases científicas y con información validada, por un panel de expertos internacionales y nacionales, ajenos a cualquier conflicto de interés, mediante el modelo de la Organización Mundial de la Salud; que nos permita además, prepararnos para enfrentar eventuales pandemias u otros fenómenos de igual naturaleza, que pongan en riesgo a nuestra población y al país.

Solicitamos también, de manera respetuosa que, sobre la marcha y sin pérdida de tiempo, se afine la estrategia actual con la cual se enfrenta la gestión de la pandemia del coronavirus en México; que cambie aquello que no ha dado el resultado esperado, con el objetivo de alcanzar de inmediato el control de la pandemia y atenuar el pronóstico en el número de muertes.

El Gobierno Federal y sus legisladores han sostenido que el manejo ha sido el correcto en las fases I, II y III. Yo he denunciado que ambos padecen el Síndrome de hbris, habiendo costado ya tantas vidas y sufrimiento a miles de familias mexicanas que están enlutadas y empobrecidas. Tal síndrome de desmesura se caracteriza porque quienes lo padecen son prepotentes, narcisistas y de ego desmedido, tienen ideas fijas preconcebidas y rechazan posturas que no sean afines a sus ideas.

Las presiones y las responsabilidades que conlleva el poder han terminado afectando su mente, como lo propone el neurólogo David Owen. Esto se acentúa más cuando el poder no está en manos siempre del más capaz, pero quien lo ostenta así lo cree.

Los que padecen Síndrome de hbris necesitan de una cura de humildad y realidad, como lo que hoy está ocurriendo con la pandemia y que se niegan a aceptar; para ello, expongo de manera sucinta una realidad comparativa de dos países de similar población.

El primero es Japón con 126 millones de habitantes, que tuvo noticias del primer caso de COVID-19 en su país el 15 de enero. Al 12 de agosto tenían 48 928 casos confirmados; 1051 fallecidos; 13 901 casos activos; 171 hospitalizados críticos. En tasa por millón de habitantes tenían 387 casos confirmados, 8 muertos y habían realizado 8101 pruebas.

El segundo México con 129 millones de habitantes, que tuvo noticias del primer caso de COVID-19 el 28 de febrero (44 días después); al 12 de agosto teníamos 492 522 casos confirmados (10 veces más); 53 929 fallecidos (51 veces más); 105 793 casos activos (8 veces más); 3832 hospitalizados críticos (22 veces más). En tasa por millón de habitantes tenía 3815 casos confirmados (10 veces más), 418 muertos (52 veces más) y habían realizado 8615 pruebas (igual número).

Al exponer esta realidad del paupérrimo desempeño de las autoridades federales, los legisladores del gobierno en el poder en la tribuna del Senado dijeron que era porque en Japón había más camas de hospital que en México. Contesté que sí, cinco veces más camas, pero que ello asomaba otra realidad aún más cruda, pues las autoridades han sostenido que “hay muchas camas disponibles”, siendo este además un indicador del controvertido “semáforo epidemiológico” que ha sido cambiado ya tres veces y está en disputa aún con los gobiernos estatales.

La cruda realidad para tener “camas vacías” es reflejo de la mala gestión como expongo: de las 53 949 personas fallecidas el 11% murieron ¡en su casa! Imaginemos la angustia de las 6091 familias a las que les dieron el “manejo ambulatorio”, habría que investigar en qué consistió dicho tratamiento, si tuvieron oxígeno, ventilación, medicamentos...

De los que fallecieron en los hospitales, el 49% sucumbieron antes de los cinco días; el 7%, el mismo día que ingresaron (3446 personas); el primer día, el 10%; el segundo, 9%; el tercero, 8%; el cuarto, 7%, y el quinto día, 7%.

Es imperativo que, ante esta realidad, se haga un urgente ejercicio de rendición de cuentas, con evaluación externa, como lo estamos proponiendo. Más aún, dado que, de seguir con la estrategia actual, se estima que para fin de año, la cantidad de infectados podría ascender a 29.3 millones de personas y más de 100 mil hogares enlutados.

No debe dejarse de lado que estas cifras de contagio proyectadas se reducirían un 30% si la estrategia incluyera el uso universal y adecuado del cubrebocas, estrategia rechazada una y otra vez por la Secretaría de Salud y torpemente defendida por sus legisladores.

Estaremos expectantes de ver si estas “píldoras de realidad” hacen que aparezca la humildad, acepten el exhorto para realizar la autoría externa y se haga un cambio en la estrategia para evitar el rumbo ominoso que hoy tenemos.

“Opacilina” para la incapacidad

Escribo esta columna al momento de terminar la votación en la Cámara de Diputados donde Morena y sus aliados aprobaron darle “opacilina” (sic) para tratar la incapacidad del Gobierno Federal para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en términos de medicamentos e insumos para la salud.

La reforma que también el Senado pasará como cuchillo caliente en mantequilla, pues les alcanzan los votos, hará que en dosis repetidas de “opacilina” en los siguientes años, el sistema de salud público no tenga la capacidad de proveer lo necesario para las complejas necesidades de salud que tiene nuestra población.

Requiero decir que mi voto fue en contra y expongo los motivos de manera sucinta. La compra de medicamentos e insumos para la salud por parte del gobierno exige asegurar el acceso de los pacientes a los mejores tratamientos, una debida planeación estratégica, consolidar en tiempo la demanda de medicamentos de todas las instituciones del sector público, anticipar los plazos mínimos de producción por parte de los proveedores y una organización y logística adecuada para asegurar que los insumos lleguen en tiempo y forma a los pacientes en las unidades médicas.

Algo está fallando desde la llegada de esta administración, que en el caso del Sector Salud ha provocado la renuncia o remoción de funcionarios de primer nivel, por un lado, y la contratación de personas muy leales al presidente, pero muy incapaces en la administración pública, por el otro. Hondonadas de quejas por falta de medicamentos para VIH, cáncer, enfermedades raras, antihipertensivos, anticoagulantes, equipos de protección personal, etc., son el padecer diario de miles de mexicanos que están consumiendo con gasto de bolsillo los pocos recursos que tenían o incluso perdiendo su vida o su patrimonio.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) recién publicó el documento “Desarrollo Humano y COVID-19 en México”, que describe como causa raíz al menos dos factores que tienen como común denominador no la corrupción, sino la incapacidad; cito el primero: “el país atraviesa por un problema de desabasto de medicamentos [...] Entre las razones del desabasto se encuentran los cambios en las reglas de licitaciones de medicamentos [...] Los problemas en la organización de las licitaciones entre 2019 y 2020 [...] han generado desabasto”.

El segundo factor se basa en el conocimiento que todo proceso de optimización supone: un ejercicio honorable y transparente de recursos, acompañado de una prestación de servicios de calidad. El desmantelamiento del sistema de protección social en salud, cuyo brazo operativo era el Seguro Popular, y un

Instituto de Salud para el Bienestar que no ha iniciado, mucho menos terminado de normar lo básico que el PNUD señala, ha causado incertidumbre y confusiones en la operación de los servicios de salud, incluidas las compras de medicamentos e insumos; todo agravado por la presión a la que han estado sometidos, por la pandemia, los servicios de salud y por el *austericidio* republicano que no visibiliza los mínimos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.

Cabe señalar que en la exposición de motivos de la “Opacilina” incorporada en la Ley de Adquisiciones, se ignora lo señalado en el Art. 18 de la propia Ley que dice en su numeral I: “en la planeación de las adquisiciones, arrendamientos y servicios deberá ajustarse a los objetivos y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y de los programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales que correspondan, así como a las provisiones contenidas en sus programas anuales”.

Se aprecia con claridad meridiana la incapacidad, pues el Plan Nacional de Desarrollo es un manifiesto político (que causó la renuncia del secretario de Hacienda y Crédito Público), y todos los instrumentos de planeación referidos están ausentes, habiendo vencido su plazo en el caso del sector de la Salud desde hace siete meses. Si no sabemos qué queremos, cómo vamos a comprar lo que se requiere, así sea en fondos internacionales.

Esta semana el Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO) presentó el informe intitulado “¿Compras de emergencia o compras de pánico?”, que hace una autopsia en campo al gobierno federal, analizando las compras de emergencia realizadas por las dependencias autorizadas establecidas en el decreto del 27 de marzo con motivo del COVID-19. El diagnóstico fue contundente: incapacidad severa a pesar de la “opacilina” administrada.

Encontró que a pesar de enfrentar una de las mayores crisis de la salud en la historia, el IMSS gastó 13 000 millones de pesos menos que durante el mismo periodo de 2019. Durante enero y febrero, por la falta de protocolos de contratación de emergencias no permitió identificar compras de los insumos necesarios para la atención del COVID-19. Gran parte de las compras analizadas incumplieron los requisitos mínimos de transparencia (“opacilina”). El 26% del monto adjudicado directamente por el IMSS carece de un fundamento legal que avale su ejecución. No fue posible identificar los bienes y servicios adquiridos de más de 700 millones de pesos gastados por el IMSS. El ISSSTE y Sedena adquirieron equipo médico especializado en empresas ajenas al sector salud y el ISSSTE además ha pagado hasta seis veces más que el IMSS por equipo médico similar, y eso que el IMSS había comprado ventiladores al triple de su precio en Hidalgo, por ejemplo.

Comento, por último, un hecho increíble: el IMCO reporta que fue imposible rastrear las compras realizadas por el Insabi, que atiende de manera potencial según sus dichos a más de sesenta millones de mexicanos. La distribución de millones de piezas de material y equipo médico, así como la ejecución de programas de inversión de más de 9000 millones de pesos se han realizado en total opacidad (dosis tóxica de “opacilina”).

Paupérrima inversión en salud

Una de las responsabilidades de la H. Cámara de Diputados es vigilar la oportuna y correcta aplicación del gasto programado en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Hace tres días la Secretaría de Hacienda nos entregó los avances de programas y proyectos de inversión, de enero a mayo de este año. Revisé hoy a vuelo de pájaro los avances de la inversión autorizada a las Instituciones médicas y me quedo profundamente preocupado por la irresponsabilidad del gobierno de Morena y su paupérrimo desempeño que repercutirá directamente en la atención de las y los mexicanos.

Se puede apreciar en el documento dos cosas, la primera es el bajo nivel de inversión en salud, con lo que no se puede lograr ni de cerca lo planteado por el ejecutivo federal en su tercer informe simbólico del pasado jueves; y, la segunda, que dicha inversión no ha sido ejecutada por increíble que parezca, dejando la duda de si al siguiente mes, la SHCP, al no haberse ejercido, desviará por enésima ocasión los recursos asignados a los programas presidenciales que el CONEVAL determinó no ayudan a combatir la pobreza, menos en un año con inflación esperada superior del 6%.

A manera de guisa les comento que no han ejercido un peso en ningún programa o proyecto autorizados para atender la COVID-19: el Insabi, para la adquisición de equipo médico, 254 millones de pesos; el INER, para la adquisición de equipo para diagnóstico y tratamiento, 68 millones de pesos, y, para rehabilitación postcovid, 3 millones de pesos; en el Hospital General de México, equipo para su atención, 33 millones de pesos; en el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, para la adquisición de sistemas para terapia de oxigenación, 7 millones de pesos.

Dijo el presidente ufano que habrá muchos hospitales, sin embargo, hay pocos programados para este año, y de ellos casi ninguno ha iniciado siquiera como el Hospital General de 120 camas en Chetumal (717 mdp); el Hospital General de Huajapa de León en Oaxaca (189 mdp); el Hospital General de 120 camas en Tepic, Nayarit (139 mdp); la Unidad de Hospitalización para mujeres Iztacalco (42 mdp); el Centro de Salud ampliado en Progreso, Yucatán (4 mdp); así como la construcción del Centro Nacional de Referencia de Salud Animal (539 mdp).

En el equipamiento de áreas médicas, laboratorios y equipos de máquinas resalta el no ejercicio por incapacidad para ejercerlos como en los servicios de salud mental del Hospital Central Militar (11 mdp); CNESA laboratorios (81 mdp); en el Centro de Control Analítico y Ampliación de Cobertura Laboratorio (50

mdp); en la Marina, el centro de mantenimiento biomédico (19 mdp) y equipo médico, odontológico y de laboratorio (147 mdp).

El Insabi, además, lleva cero pesos ejercidos en el equipamiento del Hospital General en Guerrero (141 mdp); en la sustitución de 200 unidades médicas móviles (430 mdp) y en el equipamiento del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Tepic Nayarit (30 mdp).

En los hospitales de referencia e institutos nacionales es patético observar que solo les fue asignado uno a tres proyectos o programas raquíticos y que más del 90% de ellos no presenta ningún avance: al Instituto Nacional de Psiquiatría, en adquisiciones para la atención a la salud, investigación y desarrollo tecnológico, 15 millones de pesos y al Hospital Infantil de México, para infraestructura en salud, 35 millones de pesos. En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en León, Guanajuato, sala de electrofisiología (7 mdp), equipo médico quirúrgico (119 mdp) y equipo para áreas oncológicas (1 mdp). Igual ocurre con el Instituto Nacional de Cardiología: equipos médicos (117 mdp), de investigación (18 mdp) y de consolas EMO para atención a la salud (11 mdp). Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, la adquisición tecnologías de la información para formación y atención del VIH-SIDA (8 mdp). En el Instituto Nacional de Pediatría, para el mantenimiento de la casa de máquinas y edificios adjuntos (30 mdp) y sustitución de monitores de signos vitales para urgencias (6 mdp).

Las instituciones de la seguridad social no cantan mal las rancheras, y adelante la siguiente entrega: el ISSSTE tiene cero pesos ejercidos para el equipamiento médico en unidades del tercer nivel (512 mdp). ¿Así cómo podrá haber, ya no digamos salud nivel nórdico, sino atención digna? Haremos un llamado enérgico para que se inicien las inversiones en los programas y proyectos. La salud no puede esperar más.

Salud demorada, efecto pandemia

Participé el día de ayer en el Congreso de Cirugía 2021 del Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato con la ponencia “Epidemiología de la hernia inguinal”, con el propósito de identificar si con los datos de nuestro país se aprecia algún cambio con dos eventos: la desaparición del seguro popular y la pandemia por el SARS-CoV-2. La conclusión es que la atención médica de miles de mexicanas y mexicanos se ha visto demorada y muchos han recurrido a la medicina privada lo que se ve reflejado en el incremento en el gasto de los hogares en salud en más del 47%.

Era común, en los congresos, que las cifras citadas de los padecimientos y los procedimientos se sustentaran en datos provenientes de artículos realizados en otros países. En 2003 iniciamos el Dr. Rafael Lozano, la Dra. Elia Lara Lona y este escritor, el esfuerzo de buscar y citar datos nacionales, incluyéndose luego como capítulos en libros de texto de cirugía muy exitosos traducidos en varios idiomas, por cierto, editados por los prestigiados cirujanos leoneses Juan Carlos Mayoitia González y Héctor Cisneros Muñoz.

Para actualizar los hallazgos, revisé la información oficial sobre los egresos hospitalarios y los procedimientos quirúrgicos realizados del 2018 al 2021, que permiten conocer la demanda de atención de los servicios de hospitalización, además de que brinda apoyo para la planeación y toma de decisiones en el ámbito de la salud.

En la clasificación internacional de enfermedades, se llama hernia a la que se produce cuando parte de un órgano interno protruye por un área de debilidad muscular. La mayoría de las hernias se producen en el abdomen. La hernia inguinal es el tipo más común y se encuentra en la región ilíaca, puede ser unilateral o bilateral, y en ocasiones el intestino puede estar involucrado causando obstrucción intestinal e incluso gangrena.

El estándar de oro para la hernia inguinal es la cirugía electiva para reparar el defecto, utilizando mallas haciéndola por cirugía abierta o laparoscópica. Si hay obstrucción o gangrena la cirugía es de urgencia. En los últimos dos años del Seguro Popular (2018 y 2019) se realizaron 24 609 y 24 246 cirugías electivas de hernia unilateral y en el 2020 con el Insabi, y hasta marzo de 2021, se hicieron 9773 y 5901, respectivamente. Es decir, que se dejaron de hacer más de 16 000 hernioplastias unilaterales (67% menos).

Hernias inguinales bilaterales se realizaron 1815 y 2097 en 2018 y 2019; y solo 840 y 575 en 2020 y 2021. Es decir que fueron diferidas más de 1200 cirugías bilaterales esperadas.

Hernias unilaterales con obstrucción o con gangrena fueron operadas 1037, 1085, 615 y 415. Difiriéndose más de 450 procedimientos esperados. Hernias bilaterales con obstrucción o con gangrena se egresaron 433, 441, 307, y 171 pacientes, difiriéndose al menos 50 pacientes. Estos padecimientos son más susceptibles de alcanzar el estado de urgencia, por lo que es muy probable que los pacientes hayan acudido al sector privado de salud para su tratamiento.

Les comento que, en el momento de la pandemia, con la reconversión de los hospitales para atender los pacientes con la COVID-19, el gobierno federal firmó convenios con el sector privado para atender este tipo de padecimientos. En particular, las entidades de la seguridad social sí lo hicieron efectivo; el Insabi, no. Se pagaba por procedimiento de hernioplastia inguinal la cantidad de 24 777 pesos más IVA, incluyendo honorarios del cirujano, el anestesiólogo y ayudantes, la hospitalización y el uso de quirófanos, medicamentos y otros insumos. ¿Cuántos procedimientos se hicieron? No lo sabemos aún. De hecho, está en firma ante la tercera ola un nuevo convenio de la segunda quincena de agosto y septiembre; un buen ejemplo, que el sistema público debe aprovechar a todo el sistema nacional de salud para hacer efectivo el derecho a ser atendido con oportunidad y calidad.

La atención demorada ocurrió también con muchos otros padecimientos, por ejemplo, la cirugía de vesícula biliar disminuyó de los 152 553 y 163 659 egresos, en 2018 y 2019, a los 85 367 y 56 826 (48% menos) de 2020 y 2021, respectivamente. Los cólicos biliares y la colecistitis no deben ser diferidos. Miles de mujeres (lo digo así, pues el 80% de los operados de colecistectomía son del sexo femenino) están en la espera de ser programadas para resolver de manera definitiva su problema médico. El Insabi y la Seguridad Social deben atenderlos ya, la experiencia exitosa con el sistema privado y de asistencia social nos dice que sería muy buena opción. ¿Qué esperan?



“Primero los pobres”

Economía y Sociedad

Proyecto, liderazgos y equipo con rumbo

Ante el cúmulo de noticias locales e internacionales sobre economía y política, la pregunta más frecuente que consciente o inconsciente nos hacemos es ¿qué va a pasar con la economía?, ¿qué van a hacer los líderes políticos?, o como lo mencionó el Presidente ante las condiciones que llevaron a tomar la decisión de incrementar los precios de los combustibles ¿Ustedes qué harían?; lo cierto es que ante las diferentes versiones, posiciones y opiniones la incertidumbre aumenta y con ellos estamos construyendo un estado de indefinición e indefensión.

El diagnóstico es la concurrencia de una crisis global y multifactorial, crisis geopolíticas, de seguridad pública, económicas, financieras y cambiarias, energéticas y comerciales lamentablemente todas ellas están interrelacionadas.

Esta diversidad de las crisis y los diferentes efectos que se está provocando en los países, hace que cada uno de ellos tome medidas paliativas para su economía, pero con consecuencias desastrosas para las economías de otros países, los cuales al tratar de atenuar sus efectos provocan problemas colaterales en otros países, y así no se ven soluciones aparentes de corto plazo, pero creo si se pueden visibilizar.

Lo que como mexicanos queremos es simple: “Mejorar la calidad de vida”, que implica seguridad, educación, salud y trabajo digno en su remuneración. Las visiones para lograrlo parecieran confusas o divergentes entre la clase política y empresarial, por un lado, se pretende resolver la desigualdad en base al asistencialismo y por otro mediante empleos con salarios insuficientes.

El proyecto implicaría afinar los mecanismos de política fiscal y económica, al control y centralismo al que están sujetos estados y municipios y lograr mejorar la calidad de vida se requerirán ingredientes básicos: Eliminar la corrupción en el sector público y privado; fortalecer la confianza entre trabajadores, empresas y gobernantes; reducir el rango de remuneraciones entre los niveles básicos y superiores en las organizaciones.

Además, fortalecer el contrapeso e independencia real de la estructura entre los poderes del Estado; rediseñar la organización política y administrativa en la toma de decisiones municipales y regionales; distribuir el presupuesto público

en función de las necesidades locales; asumir políticas de responsabilidad social empresarial bajo programas de impacto regional; fomentar la cultura de equidad de género, inclusión social, tolerancia y aceptación.

Lo complementa el desarrollar más aún el mercado interno al desregular y simplificar procesos públicos y privados; concienciar la cultura de la contribución fiscal justa y equitativa, y contribuir todos al gasto público para atender los gastos de todos; y transparentar el uso de los recursos públicos.

El liderazgo para llevar el proyecto requiere un cambio conceptual clave: no se logran con la voluntad de un solo liderazgo. La participación conjunta de líderes sociales, empresariales, religiosos y políticos que tengan como objetivo el beneficio social por encima de las aspiraciones personales es elemental para lograrlo.

Los liderazgos deben tener los contrapesos necesarios con una perspectiva de complemento más que de control y con las siguientes características: Honestidad; credibilidad y autoridad moral; convicción y empatía; firmeza y autoridad y; capacidad de gestión interna y externa como mínimos.

Además del proyecto y los liderazgos, es necesario visualizar al equipo de personas que tendrán contacto con la sociedad a la que se sirve. Las cualidades de los integrantes deberían ser el reconocimiento ético y profesional; sensibilidad y compromiso social; conocedor o especialista en los temas a resolver; apropiación del proyecto, misión y visión de la institución a la que sirve y; comprensión del papel que le corresponde dentro del equipo del que forma parte.

Cierto estoy que lo dicho es insuficiente para atender un problema tan complejo como el que está viviendo el país, y que requerirá de análisis sistemáticos en cada uno de los ángulos del problema, pero las condiciones de incertidumbre que actualmente se tienen nos debe llevar a reflexionar, sin encono ni violencia, sobre cómo debemos diseñar el rumbo para lograr lo que todos queremos: “mejorar nuestra calidad de vida”, pero sin lastimar la calidad de vida de nuestros semejantes.

Remesas, detonadoras de equilibrio social

Las remesas que envían los compatriotas, tanto documentados como no documentados, son sin duda detonadoras del equilibrio social por dos principales vías: el consumo familiar y las remesas sociales.

Tras la victoria de Trump, aumentó el temor de que el futuro presidente cumpliera su promesa de campaña de imponer restricciones o impuestos al envío de este recurso para México. De esta forma, es posible que las personas que fueran afectadas por estas medidas incrementaran el envío de este recurso durante los meses de noviembre y diciembre de 2016 para prevenir una futura regulación o impuesto a las remesas. México recibió en 2016 el máximo histórico de 26 059 millones de dólares, con un incremento del 8.8% respecto al 2015. Se estima que se recibieron 420 millones de dólares por precaución ante el temor de las medidas anunciadas. La cantidad promedio de la remesa fue de 290 dólares y el 97.8% se hacen a través de transferencias electrónicas; en efectivo y especie el 1.6% y a través de giro postal o bancario el 0.6%.

Guanajuato recibió 2414 millones de dólares en 2016, un 6.7% más que en 2015. A precio de venta en el mercado, significan más de 50 mil millones de pesos que se derraman en la localidad para detonar la economía. Les comento una referencia para apreciar la magnitud de esta derrama económica: La ley de Ingresos para el estado de Guanajuato 2017 tiene como pronóstico de ingreso por impuesto a la nómina 2745 millones de pesos; así que las remesas representan 18 veces lo de dicho impuesto y un poco más de dos tercios del total del presupuesto del Gobierno de Guanajuato.

La ciudad de León recibió 234 millones de dólares, ocupando el noveno lugar en el país como receptora de remesas. Al tipo de cambio de hoy son 4855 millones de pesos. Para visibilizar lo que esto significa en el municipio, la Ley de Ingresos 2017 para los leoneses pronostica un ingreso de 4447 millones de pesos, resaltando que son superiores las remesas al presupuesto del Ayuntamiento.

Los 50 mil millones de dólares recibidos, sirvieron en 2016 para que las familias receptoras mejoraran su nivel de ingreso. Los hogares dedican la mayoría de estos ingresos en la satisfacción de sus necesidades básicas y a otro tipo de consumo doméstico, incluidos aquellos gastos que se consideran inversión de capital humano tales como educación y salud. El segundo rubro es el gasto de vivienda, es decir, en la compra, mejora, ampliación o construcción de vivienda. Un mínimo porcentaje (menos del 10%) de los recursos son utilizados para la inversión productiva tales como establecer un micronegocio.

Una muy pequeña proporción de las remesas son transferidas a organizaciones de migrantes que envían su dinero para apoyar la construcción de infraestructura pública y el desarrollo de proyectos sociales. Los compatriotas Guanajuatenses tienen organizaciones a lo largo de la unión americana y participan activamente con estas remesas sociales a través de programas de inversión federal, estatal y municipal como infraestructura indígena; coinversión social; 3x1 para Migrantes; comedores comunitarios y apoyo a la vivienda entre otros. En Guanajuato, las obras sociales 2013-2014, se han invertido en infraestructura energética 60%; de vías de comunicación 35.8% e hidráulica y de sanidad 4%.

Por lo anterior sostengo que las remesas que se reciben cada año son un factor clave de equilibrio social. Debemos fortalecer las políticas públicas orientadas a invertir en mayor cuantía hacia las pequeñas y medianas empresas. Hay avances en Guanajuato en la mejora del rezago social y la disminución de la pobreza. Pronostico que las remesas no disminuirán para Guanajuato durante este año y que fortalecer el desarrollo humano —salud, educación y empleo— en los binomios emisor y receptor de las remesas es fundamental para seguir avanzando.

Política, desarrollo y pobreza

Inicio esta colaboración con una pregunta para usted estimado lector: Si las condiciones de desventaja histórica de las mujeres indígenas, para poner un ejemplo, son tan grandes en comparación con otros grupos sociales (hombres no indígenas), las políticas públicas de colocar pisos firmes en sus habitaciones, otorgarles becas para educación básica, cuartos para que duerman dos por habitación y darles una póliza del seguro popular, ¿serán suficientes para ver en 20 años a esa niña indígena competir en igualdad de circunstancias con los jóvenes que hoy acceden a las mejores escuelas del país en zonas urbanas con todos los servicios?

Adivino que usted asevera que sin duda son insuficientes. De ello se habla en el informe liberado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) organismo encargado de normar y coordinar la evaluación de las políticas y los programas de desarrollo social, y establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza.

El CONEVAL diseñó la metodología para definir si una persona es pobre o no con dos grandes criterios: El primero es el bienestar económico, es decir, si el dinero que gana una persona le alcanza para la adquisición de bienes y servicios básicos.

El segundo es el acceso que tiene la persona a los derechos sociales como la educación; calidad y espacios de la vivienda; acceso a los servicios básicos en la vivienda; acceso a la alimentación, a la salud, la seguridad social y, por último, el grado de cohesión social.

Esta metodología se ha convertido en un referente en el mundo, pero lo más relevante, es que este indicador ha sido tomado por la administración federal y los gobiernos locales como el elemento rector de planeación de la política pública, como ocurre en Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en Guanajuato el Programa Impulso enfocan los recursos e intervenciones a fin de reducir la pobreza en las poblaciones con un mayor número de carencias.

El informe 2016 muestra hoy en día que combatir la pobreza —reto inmenso de por sí— es apenas un piso mínimo en el acceso a los derechos, el desarrollo social debe ser más amplio que sólo el abatimiento de la pobreza, para tener mañana un país en el que cualquier grupo social tenga la oportunidad de competir satisfactoriamente en el ámbito económico, político y social. Tener en la medición de la pobreza el hilo conductor de la política social ha sido sin duda bueno, pero es momento, a la luz de los resultados vistos en la última década, de ampliar la visión para avanzar a mejores horizontes.

El CONEVAL hace diversas recomendaciones para continuar avanzando, como por ejemplo entre otras, dar herramientas a los ciudadanos para facilitar la exigibilidad de los derechos sociales con acceso efectivo a los mismos; un padrón único de beneficiarios de los más de 5491 programas sociales federales, estatales y municipales, para enfocarlos con metas a lograr de manera interinstitucional sin duplicar esfuerzos y darle seguimiento a mediano plazo.

Resalto por último el señalamiento de que es indispensable fomentar la inserción de jóvenes en empleos formales y estables que les brinden recursos para una vida plena; así como elaborar políticas públicas que garanticen la vinculación a la protección social de los jóvenes de hoy en edad productiva para así garantizarles, en el futuro una vejez con ingresos suficientes provenientes de la jubilación y plenos servicios de salud como requisitos mínimos. Atender las causas que han potenciado el incremento en la tasa de embarazos adolescentes y generar condiciones que reduzcan la violencia, inseguridad y crimen que a su vez disminuyan las altas tasas de homicidios en hombres jóvenes. Están son algunas de las tareas a realizar.

Mejorar la economía regional

Para promover la apertura de nuestra economía, aumentar la inversión extranjera directa y el Producto Interno Bruto, sigue latente la oportunidad de enlazar a todos los países latinoamericanos y los que conforman la zona del merco sur. Un reporte reciente de la unidad de inteligencia del economista lo destaca con optimismo.

La oportunidad se sustenta a raíz de tres efectos. El primero son las amenazas de la administración de Donald Trump para revisar o modificar en su beneficio acuerdos de libre comercio, como es el caso del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, y tratados específicos con países como Chile, Colombia, Centro América y Perú.

El segundo a la tendencia de rechazo de las economías europeas y asiáticas a las corrientes antiglobalización que ha generado el Brexit y ahora los Estados Unidos; y el tercero al efecto de las transiciones del poder político que tendrán algunos de los países en Latinoamérica.

Se plantea la necesidad de construir canales para conformar una agenda hacia la integración económica regional y posteriormente transitar hacia una nueva agenda global de comercio para América Latina, para lo cual recomienda que se retomem acuerdos como el denominado “Pacific Alliance Trade”, en el que participa México junto con los principales países del merco sur, y que ofrece una alternativa para desarrollar las economías latinoamericanas.

Son claras las condiciones que se presentan: 1) Oportunidades comerciales que se pueden generar entre países Latinoamericanos con mercados de Asia y Europa unidos contra el sentimiento antiglobalización derivado a partir del shock provocado por el Brexit, o por las políticas proteccionistas del presidente Trump. 2) La desincorporación de los Estados Unidos del Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica (TPP), al amparo de sus políticas proteccionistas. El TPP es una propuesta de tratado de libre comercio entre varios países de la Cuenca del Pacífico que aborda una variedad de materias de políticas públicas, firmado el 4 de febrero de 2016 en Auckland, Nueva Zelanda, pero del que el presidente Trump, anuncia que estarán fuera. Vale la pena recordar que, entre otras cosas, el TPP busca rebajar las barreras comerciales, establecer un marco común de propiedad intelectual, reforzar los estándares de derecho del trabajo y derecho ambiental, y establecer un mecanismo de arbitraje de diferencias inversor-estado. Uno de los principales retos que presenta el TPP es mantener los términos sin la participación de los EU, considerando que China será el candidato natural para suplir este liderazgo.

- 3) El cambio de liderazgos políticos en países latinoamericanos que se presentará entre 2017 y 2018, los cuales, deberán de construir un consenso sobre la visión del desarrollo de América Latina, para convertirla en una región de crecimiento y bienestar. Como sabemos en Argentina recientemente hubo cambios y las próximas elecciones serán: Chile, noviembre 2017; Colombia, mayo 2018; México, junio 2018 y Brasil en octubre 2018.

Esta integración económica y comercial entre los países de América Latina, implica la eliminación de barreras arancelarias, armonización de reglas de origen y mejoras regulatorias: Para soportar el crecimiento se requerirá de inversión en infraestructura pública con visión meso regional en salud, educación, carreteras, puertos, centros logísticos y parques industriales, así como inversiones en educación para fortalecer el capital humano, garantizar la seguridad y el estado de derecho.

Para aprovechar en lo posible estas oportunidades, los analistas de la unidad de inteligencia recomiendan a los países latinoamericanos que en las próximas elecciones se eviten liderazgos populistas, incapaces de lograr los acuerdos que impulsen la mejora de las economías de la región. La pregunta es ¿qué tipo de liderazgo elegiremos los más de 120 millones de mexicanos?

Fulminado por un rayo

La frase “cayó como fulminado por un rayo” es una expresión popular que traduce algo súbito e inesperado que presagia un mal final. En el artículo más reciente de las doctoras Braga, de la Parra y Kucienska del Centro de Ciencias de la Atmósfera de la UNAM, aporta datos acerca de la mortalidad en México al ser fulminados por un rayo: de 1979 al 2011 fallecieron 7362 personas, siendo el Estado de México (1777), Michoacán (721), Oaxaca (515) y Guanajuato (406) las entidades federativas donde más ocurrieron.

Estas fatalidades sin duda pudieron haber sido prevenibles, sin embargo, nuestra cultura anticipatoria para identificar los riesgos es aún muy baja y esta columna pretende hoy poner visible a los ojos del lector hechos bien conocidos que podrían evitar un accidente de funestas consecuencias en esta temporada de lluvias y tormentas eléctricas.

La primera regla es tener la sana costumbre de revisar el pronóstico del tiempo. Casi todos los teléfonos móviles tienen programas consultarlos con un porcentaje de probabilidad de ocurrencias de tormentas eléctricas. Si el pronóstico es alto, posponga su viaje o actividad al aire libre. Los hombres tienen cinco veces más probabilidades que las mujeres de que les caiga un rayo. La mayoría de las víctimas de los rayos son niños y adultos jóvenes entre 15 y 34 años que trabajan afuera o participan regularmente en actividades recreativas al aire libre. Las dos ocupaciones más comunes de las víctimas de los rayos son la construcción y los trabajos agropecuarios.

Si ya está en la calle o en el campo si escucha el rugido de un trueno, váyase a un refugio cerrado y seguro. La principal pauta de seguridad es la regla de los 30-30. Después de ver un rayo, comience a contar hasta 30. Si oye un trueno antes de llegar a 30, vaya adentro. Interrumpa todas las actividades hasta por al menos 30 minutos después de oír el último trueno. Si no hay un lugar de refugio, agáchese de manera que su cuerpo toque la menor cantidad de suelo posible. Los rayos crean corrientes eléctricas en la superficie de la tierra que pueden ser mortales, aun a más de 30 metros de donde caen.

Un refugio seguro es un vehículo completamente cerrado o un refugio con cuatro paredes y un techo. Algunos ejemplos de refugios seguros son las casas, las oficinas, los centros comerciales y los vehículos de techo duro (no de lona) con las ventanas subidas. Los vehículos abiertos como los convertibles, los carros de golf, las motocicletas y las estructuras abiertas como los porches y las glorietas o las casetas de béisbol y los campos deportivos no son lugares seguros durante una tormenta eléctrica.

Cuando esté en un refugio seguro como su casa, evite bañarse o lavarse las manos, pues los rayos pueden viajar por las tuberías. No utilice equipo electrónico conectado a la corriente, pues los rayos se trasladan también a través de los sistemas de recepción de radio y televisión. No use los teléfonos con cable, use en cambio de manera segura durante la tormenta los celulares o los inalámbricos. Evite por último recargarse en los pisos y paredes de concreto.

Si bien es cierto que las posibilidades que a una persona le caiga un rayo en un año dado son cerca de uno en 500 000, y que solo cerca del 10% de las personas a las que les cae un rayo muere; el hecho es que sucede y el riesgo de sufrir lesiones graves o de morir es muy real, más aún, aquellos sujetos que tienen su trabajo o actividad al exterior. Por esto creo, debemos prevenirnos tomando las tormentas eléctricas en serio.

Que nadie quede atrás

“*Leave No Man Behind*” extraído de la milicia, fue el lema de la famosa película *La caída del Halcón Negro* para señalar que a ningún compatriota en un estado crítico, ya fuese vivo o muerto, se le habrá de abandonar. Aplicado a las ciencias sociales significa el principio de enfrentar la discriminación por cualquier causa, como por ejemplo vejez, analfabetismo, género, discapacidad o pobreza; vulnerabilidades que de hecho coexisten en muchas ocasiones en una misma persona, familia o comunidad.

Para que nadie quede atrás, es fundamental que tanto a nivel nacional, regional, estatal y municipal, se cuente con una institucionalidad a la altura de los desafíos presentes y futuros, que haga viables y sostenibles los logros y que garantice el ejercicio de los derechos de manera universal. En el caso de las políticas sociales enfocadas a la disminución multidimensional de la pobreza, la institucionalidad de ellas debe guiarse por al menos cuatro dimensiones: jurídica normativa; organizacional; técnico operativo y; el financiamiento.

En nuestro país, el organismo autónomo constitucional que evalúa y mide los avances de la lucha contra la pobreza, el CONEVAL presentó con datos indirectos extraídos de las encuestas del INEGI, los avances o retrocesos de la política social 2016, comparando contra la base del año 2010. La Institucionalidad de la Política Social y el dinero público invertido para combatir la pobreza tiene la más alta jerarquía jurídico-normativa, derivada desde la Constitución Política y la Ley General de Desarrollo Social, con financiamiento disperso entre miles de programas y desorden organizacional y técnico operativo en muchos casos entre las dependencias de los tres niveles de Gobierno.

Hay avances importantes en la reducción de la pobreza a pesar de que estamos como sociedad en un punto de inflexión, por un lado, debido a las transformaciones que enfrentamos asociadas a la volatilidad del crecimiento económico, el cambio climático, la revolución tecnológica, la migración y la transición demográfica, que son una realidad que nos impone nuevos desafíos y una mayor resiliencia tanto a las personas que afecta como a las instituciones responsables de diseñar e implementar mejores políticas públicas. Por otro lado, los compromisos que nuestro país y por ende Guanajuato, hemos asumido en la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 objetivos que marcan también un antes y un después, que se reflejan en una nueva forma de hacer frente a los desafíos del desarrollo, integrando los pilares económico, social y medio ambiental de manera articulada y sinérgica, y destacando el principio de que nadie se quede atrás.

Los avances informados por el CONEVAL en Guanajuato, donde además de la Institucionalización de las Políticas Federales se ha implementado la Estrategia Impulso Social, son importantes y revelan que se va en el rumbo adecuado y enumero algunos datos.

En los últimos seis años se logró reducir la población en situación de pobreza multi dimensional, del 48.5% al 42.4%, es decir 214 000 personas ya no fueron dejadas atrás.

De las vulnerabilidades sociales 133 200 personas ya no tienen rezago educativo; 618 300 ahora tienen acceso a los servicios de salud y el impacto que éste tiene en la calidad de vida de los ciudadanos. La carencia de acceso a la seguridad social también disminuyó del 65.7% en 2010 al 54.5% en 2016.

En cuanto a los servicios de vivienda 78 000 guanajuatenses han salido de la carencia por calidad y espacios en la vivienda y 209 000 habitantes han superado la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda.

Relevancia especial merece el que 161 000 guanajuatenses hayan salido de la carencia por acceso a la alimentación. El reto que tenemos como sociedad es no perder de vista el mantener o mejorar al menos los ingresos y poder adquisitivo en la canasta básica de alimentos y servicios, denominada línea de bienestar. En alimentos a diciembre de 2016 significaba \$969 pesos mensuales en la zona rural y \$1355 en la urbana. En alimentos más servicios \$1775 en la zona rural y \$2748 en la urbana.

Vamos por buen rumbo, sin dejar a nadie atrás de la línea de pobreza, fortaleciendo la Institucionalización de las Políticas Públicas.

Corredor Central del Bajío

Hace un año fue anunciado el nacimiento del denominado “Corredor Central del Bajío”, iniciativa que surgió de Marcos Aguilar Vega, alcalde de Querétaro junto con empresarios del mismo estado, a quienes les agrado mucho el proyecto y le recomendaron lo dejara en manos de alguna organización no gubernamental para que no se fuera a politizar. Se presentó el proyecto a la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex), quien estimo que era un buen proyecto y lo ha estado impulsando a través de su presidente Gustavo de Hoyos Walther y sus presidentes regionales como Jorge Ramírez en nuestro estado.

La aspiración señalada en agosto de 2016 era que los municipios adheridos al corredor podrían elevar en 100% la integración del PIB (Producto Interno Bruto) una vez que la plataforma potencialice sus funciones en materia de captación de derrama económica. El reto es consolidar el corredor central como una zona de atracción de inversiones que compita con el norte del país dándose un plazo de 5 años para lograrlo.

En marzo de este año reportó Darío Malpica de Coparmex Querétaro, que el proyecto avanza conforme los tiempos establecidos y que podría quedar asignado el primer proyecto comercial, industrial, económico y social. Expuso como ejemplo, el caso de la empresa automotriz Toyota, que está instalando una planta automotriz en el municipio de Apaseo el Grande, en Guanajuato, pero que ubicará sus oficinas centrales en Querétaro, lo que permitirá al menos a cuatro municipios cercanos crear nuevos empleos.

Han firmado su adherencia a este proyecto más de 18 municipios, “eliminando” —para los fines de detonar un gran polo de desarrollo regional— las fronteras estatales y municipales.

En este corredor se concentran más de 12 mil empresas automotrices que, en convergencia con diferentes asociaciones y organismos se pueden interrelacionar con otras áreas como el turismo, el sector inmobiliario, proveeduría y salud por mencionar algunos.

San Miguel de Allende y Querétaro ya están desarrollando un proyecto piloto de turismo y de negocios. Se busca aprovechar lo señalado por 868 altos directivos de empresas encuestados por KPMG y reportados en su informe “Perspectivas de la Alta Dirección en México 2017” donde muchos de ellos pretenden expandirse al interior del país, de manera puntual 19% hacia Guanajuato.

El Atlas de Complejidad Económica del Centro para el Desarrollo Internacional de la Universidad de Harvard y varias instancias gubernamentales del

país nutren de evidencias para que los municipios y zonas metropolitanas detonen sus capacidades y conocimientos para producir bienes o servicios.

En Guanajuato me dice Jorge Ramírez de Coparmex Zona Metropolitana León, que avanzan en conformar esta zona colaborativa para crecer del 5.3% anual al 7 por ciento del PIB. Que los municipios de Celaya, Apaseo el Grande, Apaseo el Alto, Silao, Villagrán, San Miguel de Allende y León podrían sumarse al corredor central y que el secretario de Desarrollo Económico Sustentable, Guillermo Romero Pacheco ha mostrado interés. Jorge en particular me expresó “imagina un tren interurbano que venga de Aguascalientes hasta Querétaro y con conexión hasta San Luis Potosí, y que pase por todos estos parques industriales, ciudades de tamaño medio y grande, y que pase en medio de todo esto, con muchas estaciones con el que la gente se pueda mover”.

En octubre 12 y 13 me informaba Jorge, se desarrollará un taller con la participación de representantes de organismos empresariales y académicos, así como responsables de la planeación de gobiernos estatales y municipales de los cuatro estados circunvecinos bajo la dirección de Eduardo Sojo y Carlos Flores, para definir y priorizar una cartera de proyectos que puedan materializarse.

Qué bueno se haya constituido la Asociación Civil “Corredor Central de México”. Debemos felicitar a los iniciantes de este visionario y factible proyecto, e impulsarlo para que la imagen soñada de competitividad se vuelva un hecho que beneficie en su calidad de vida a todos los que habitamos la región del Bajío.

Preparación al 2018

En los próximos días se estarán definiendo los recursos hacia el 2018 —ingresos probables, posibles destinos— tanto a nivel federal, estatal y municipal. ¿Cuáles serán los criterios que se utilizarán en cada ayuntamiento para pronosticar sus ingresos? ¿Será igual para León con sus casi 1.8 millones de habitantes que para Santa Catarina de un poco menos de seis mil habitantes? ¿Para la Ciudad de México que para Oaxaca? ¿Se podrá acordar un mismo criterio para determinar alguna política de crecimiento de las finanzas públicas para los tres niveles de gobierno? ¿Los destinos del gasto (egresos) se podrán definir desde lo local hasta lo federal o será al revés?

Los hechos que se perciben son a nivel estatal, por ejemplo, que las finanzas públicas se conforman con un 88% de ingresos y participaciones Federales, 9% de Ingresos estatales y 3% de financiamiento interno. Conforme a las estimaciones de los Criterios Generales de Política Económica 2018, —cálculos estimados con un deflactor del 4.8%, con Índice de precios implícito del PIB 2018=100— habrá un crecimiento global de las participaciones del 3.81% y en aportaciones del 0.31%, sin embargo, para el estado de Guanajuato los crecimientos en términos reales de las participaciones crecen en un 6.4% (11.2% nominal) y las aportaciones vienen con un ajuste del -3.04% (1.7 nominal). Por último, Respecto al gasto federalizado en 2018, para el estado de Guanajuato se identifica un ajuste del menos 0.4%, y de forma general los recursos del Ramo 23 (convenios) aún no está determinado para el estado, pero presenta un ajuste general a la baja del menos 74.8%.

La tasa de crecimiento que se determine desde el nivel Federal entonces tendrá diversos impactos a mi juicio. En cuando a las finanzas públicas de los 46 Municipios, cada punto porcentual que se incremente representará aproximadamente 50 millones de pesos —estimación con datos en las Leyes de Ingresos 2017— dado que el porcentaje de crecimiento se aplica a Cuotas y Tarifas, incidiendo directamente en tributos como Derechos y Otras contribuciones que pagan los ciudadanos. Las actividades que la Constitución mandata a las autoridades municipales deberán ser también ajustadas con priorización, iniciando por la seguridad. De aquí que las estimaciones de gasto que los ayuntamientos aprobarán tendrán como el tema más sensible las remuneraciones en gastos de personal y los tipos de gastos de operación. El impacto en los contribuyentes será la afectación en su capacidad económica para el pago de sus contribuciones como el predial.

Otros hechos conocidos para prepararnos hacia el 2018 son que la tasa de inflación en nuestro país ya es superior al 6.5% y según los criterios generales de política económica dicen que cerrará a una tasa del 5.8%. Los crecimientos este año se dieron por dos factores clave, el primero la liberación de la política de hidrocarburos, conocida como el “gasolinazo”; y el segundo, el crecimiento del dólar derivado de las declaraciones y amenazas de Trump. A este momento ambos temas han sido reconocidos por los mercados tendiendo a una reducción inflacionaria para 2018 y de acuerdo con las proyecciones de mediano plazo —2018 a 2023— estiman mantener por este periodo una tasa inflacionaria del 3 más menos un punto porcentual.

Debemos preparar el 2018 con la visión de mantener un mejor crecimiento económico en Guanajuato aún a pesar de los factores adversos que se avizoran como: reducción del gasto federal programable; reducción de los requerimientos financieros del sector público para disciplinarse en el gasto y controlar la deuda; los requerimientos para la reconstrucción de las poblaciones dañadas por los sistemas de septiembre; la probable ruptura o reconfiguración del Tratado de Libre Comercio con América del Norte; el posible aumento de combustibles derivados de las afectaciones de los huracanes en el sur de Texas; la inestabilidad económica mundial por la crisis de Cataluña en el continente europeo y los conflictos geopolíticos con Corea del Norte y; los procesos electorales en México para 2018 por mencionar los más evidentes.

El presupuesto de egresos en cualquier gobierno es el principal instrumento formulador de políticas públicas a favor de la seguridad, la salud, la educación y el bien común. De dónde saldrá el dinero para dicho presupuesto de egresos es igualmente importante. El día de ayer el gobierno federal convocó a una reunión de funcionarios fiscales; el próximo miércoles el Congreso de Estado está convocando a los 46 municipios a la reunión de enlace financiero para preparar el paquete fiscal 2018.

Volveré, contento y agradecido

El proceso electoral 2017-2018 representa uno de los más grandes retos que ha enfrentado la gobernanza electoral mexicana; la reforma constitucional en materia político electoral surgida en el año 2014, se pondrá a prueba en la elección más grande de la historia de nuestro país, pues habrá que elegir a miles de personas para los cargos de elección popular en los tres niveles de gobierno.

Además de tantos cargos, se le sumará la complejidad que representa el respetar y atender de manera generalizada, por primera vez en la historia de nuestro país la paridad de género; que conlleva el reto de que todas las fuerzas políticas nacionales y locales deberán postular igual número de mujeres y hombres para los distintos estratos de elección, preservando la misma posibilidad de éxito electoral para ambos géneros. También se ahonda su complejidad, por el hecho de que México regresa, después de más de 80 años, a la posibilidad de elección consecutiva, llamada comúnmente reelección.

El Instituto Nacional Electoral (INE) organismo constitucional autónomo, en fechas recientes pretendió fijar lineamientos que a su juicio garantizarían la equidad en la contienda electoral que se avecina, y que, a mi juicio, fueron bastante restrictivas. La Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, revocó dichos lineamientos al juzgar que el INE por un lado hizo un indebido ejercicio de la facultad de atracción y por el otro, los encontró transgresores del principio de reserva de ley e invasores del ámbito constitucional de competencia del órgano legislativo, al pretender regular la propaganda gubernamental, así como la rendición y difusión de los informes de labores de los servidores públicos e incorporar requisitos y categorías distintas a las previstas en el marco legal vigente.

No obstante, lo anterior, existen orientaciones ético políticas mínimas para preservar la equidad entre los participantes de las contiendas electorales, derivadas no solamente de la interpretación de las normas constitucionales electorales por parte de diversos tribunales, sino también del sentido común en relación con los fines del debate público necesario e ineludible para acceder a los cargos de elección popular en una democracia saludable.

Una de estas manifestaciones se vincula con el supuesto de que en una misma persona concurren las calidades de precandidato o candidato y de periodista, en cualquiera de sus vertientes: entrevistadores, articulistas, columnistas o reporteros; o bien, de personas que hacen del comunicar sus ideas una actividad eventual. En esta situación, en mi opinión de manera restrictiva al derecho de la libre manifestación de las ideas y de oficio, ha predominado la idea que desde el

inicio de la etapa de precampaña y hasta el día de la elección, aquellas personas que se encuentren en dicho supuesto deberán de abstenerse de efectuar la actividad de difusión de ideas.

Por mi parte, he ejercido con entusiasmo y pasión esos derechos, alentado por la paciencia y generosa acogida de ustedes, mis lectores, y la vocación de comunicación plural del Periódico *AM*.

Al mismo tiempo, felizmente he realizado otra de mis grandes inclinaciones, como es el servir a mis conciudadanos, primero mediante mi profesión como médico, luego como académico e investigador y, finalmente, mediante el servicio público, en el que actualmente me desempeño como representante popular.

En este último estadio, me encuentro comprometido profundamente con el servicio a los guanajuatenses y a mi país, por ello estoy convencido de buscar la posibilidad de refrendar durante el próximo ejercicio democrático, mi afán de contribuir en la función pública.

En las relatadas circunstancias y anteponiendo a mi derecho a informar, la convicción de que la civilidad y ética son pilares indispensables para tener una democracia auténtica e instalar gobiernos que favorezcan eficazmente a la comunidad, he decidido hacer una pausa en la publicación de esta columna semanal.

Por ello les digo hasta pronto a todos ustedes mis lectores; a pesar de que sé que aún falta tiempo para el comienzo de la etapa de precampaña, pero lo hago desde ahora con el ánimo de promover y contribuir a una contienda electoral equitativa para todos los participantes.

Agradezco al periódico *AM* por el espacio que me ha brindado para compartir con ustedes diferentes tópicos y mi reflexión sobre ellos; y a ustedes por sus observaciones, críticas y palabras de aliento, las que sin duda extrañaré. Deseo seguir contando con el favor de sus comentarios en el espacio en que la vida nos brinde la oportunidad de coincidir; espero que sea en esta columna. Volveré, contento y agradecido.

Buenas noticias para la Democracia, luchemos por ella

A partir de la conformación de nuestro país como República, la democracia como forma de Gobierno ha tenido un papel esencial en la integración del Estado mexicano. El pasado jueves en la H. Cámara de Diputados se desperdició la gran oportunidad de dar un paso más hacia su madurez y consolidación a través del mecanismo de democracia participativa y del cual, Acción Nacional, ha velado por su creación y puesta en práctica. Desde el año 2000, representantes de Acción Nacional presentaron iniciativa que buscaba la reforma a diversas disposiciones de la Constitución, a fin de establecer las figuras de participación ciudadana como el referéndum, el plebiscito y la iniciativa popular.

Este jueves y los días que le precedieron, los diputados de Acción Nacional volvieron a ser la voz de los ciudadanos como oposición para ampliar los espacios y mecanismos de participación en México. Sin embargo, la mayoría de Morena y sus aliados consiguieron un proyecto de dictamen para que la consulta popular y la revocación de mandato puedan ser utilizados como mecanismos de presión y de propaganda política que, sin duda, pondrá en serios riesgos la Democracia de nuestro país en el corto plazo, algo que varios organismos de la sociedad civil organizada, instituciones académicas e instituciones al cuidado de la democracia en el mundo también han alertado.

Ahora me referiré al cuestionamiento del Dr. Thomas J. Bollyky y sus colegas ¿Realmente necesitamos democracia?, quienes acaban de publicar en la revista *Lancet* sus hallazgos que sobre la salud producen los choques entre los movimientos políticos populistas y las instituciones liberales, situación que a su vez plantea preguntas urgentes sobre cómo deben ser gobernados los seres humanos, concluyendo que la democracia es buena para la salud pública.

Para llegar a esta conclusión, analizaron la mortalidad por causas específicas y estimaciones de esperanza de vida sin VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) del Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo 2016, e información sobre el tipo de régimen del proyecto Variedades de la Democracia (V-Dem). Estimados lectores, ellos estudiaron la asociación entre democratización y salud de la población en 170 países entre 1980 y 2016, descubriendo que la esperanza de vida de adultos sin VIH mejoró más rápidamente en los países en desarrollo que hicieron la transición a la democracia en el último medio siglo.

La calidad de vida democrática, particularmente las elecciones libres y justas, representó el 22% de la variación en la enfermedad cardiovascular a lo largo del tiempo dentro de los países, el 18% de la variación en lesiones de tránsito,

el 17% de la variación en tuberculosis, el 10% de la variación en cáncer, y una fracción menor para otras enfermedades, principalmente no transmisibles, incluidas en el estudio. Esto es mucho más que el Producto Interno Bruto (PIB), que representó solo el 11% de la varianza en las enfermedades cardiovasculares y solo el 6% de la varianza en los cánceres, por ejemplo.

Es menester señalar que la calidad de la democracia parece no estar asociada con aumentos en el PIB per cápita, pero está asociada con disminuciones en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y aumentos en el gasto público en salud.

Los países más abiertos y democráticos permiten más quejas sobre los abusos de los derechos humanos y por tanto ir mejorando el acceso y la calidad a los servicios de salud. Bollyky y sus colegas sostienen que la democracia probablemente funciona como la mano invisible de Adam Smith, que crea un equilibrio entre la oferta y la demanda, que se conjugan con otros fenómenos de estos tiempos como las manos subrepticias del escándalo, la exposición de los medios y redes sociales, las elecciones, podrían coadyuvar en la reforma de los sistemas de salud, tanto públicos como privados, que deberían brindar los servicios de salud que necesitamos.

Otra conclusión del estudio sugiere una posible razón para esta realidad desalentadora: muchos de los países con los peores sistemas de salud están gobernados por autócratas corruptos que retienen el poder por la fuerza y pueden ignorar el bienestar de su gente sin repercusiones. Un ejemplo viviente es Maduro y Venezuela, “googlee” y entérese estimado lector de la situación deplorable en salud que causa discapacidad y muerte injustificables en ese país.

Concluyo señalando que los hallazgos de Bollyky apoyan la teoría de que los dictadores podrían ser además una causa de la pobreza y la enfermedad, y que los demócratas, aunque a veces, aturdidos y desorganizados, sirven mejor a su gente. Por ello, los invito a intensificar las manifestaciones sociales a fin de que el Senado vuelva —como en la Guardia Civil— a corregirle la plana a la mayoría soberbia e ignorante de la Cámara Baja. ¿Usted qué opina?

Sol Invictus y desigualdad económica

En la mitología griega, Helios es el hijo de los titanes Hiperión y Tea. Era imaginado como un hermoso dios coronado con la brillante aureola del sol, que conducía un carro por el cielo cada día hasta el Océano que circundaba la tierra y regresaba por éste hacia el este por la noche. Su equivalente en la mitología griega era el Sol, y específicamente Sol Invictus, el cuál en estos meses veraniegos hace estragos en nuestro planeta, asociados a otros factores bien conocidos y poco atendidos que producen el calentamiento global.

Traigo esto a colación porque esta semana al menos en cinco ciudades, entre ellas la megalópolis de la Ciudad de México, se han visto afectadas por el cambio climático, el cuál ha sido desdeñado por el presidente López Obrador en los hechos, pues está invirtiendo en refinerías y no en energías limpias, prefiere consumir más carbón, planea y quizá ejecutará grandes obras sin medir el impacto ambiental, recorta recursos y personal para combatir los incendios entre muchos otros que no cito.

Estimados lectores, la investigación y detección de los impactos causados por el calentamiento global histórico se ha incrementado en la última década. Hay evidencia del impacto dañino sobre la agricultura, los ecosistemas y la salud humana, pregunten en la CDMX el aumento en el número de enfermedades y quizá pronto en nuestra ciudad y en algunas del corredor industrial que presentan un ambiente cada vez más contaminante.

Una veta de investigación ha sido el impacto del calentamiento global sobre la desigualdad económica. Hay evidencia creciente que las personas y los países más pobres son los más afectados por el cambio climático, ya sea porque carecen de los recursos para la protección del clima o porque tienden a residir en regiones más cálidas donde el calentamiento adicional sería perjudicial tanto para la productividad como para la salud.

Los doctores Noah S. Diffenbaugh y Marshall Burke del departamento de ciencias del sistema terrestre de la Universidad de Stanford y de la Oficina Nacional de Investigación Económica de Cambridge publicaron (“Global warming has increased global economic inequality”) sus hallazgos el 14 de mayo y a mi juicio son alarmantes y deben concientizarnos de lo grave que ocurrirá en nuestro país si ciudadanos y gobierno no cambiamos nuestra actitud para proteger el planeta.

Encontraron que es probable que el calentamiento global haya exacerbado la desigualdad económica mundial, incluido un aumento del 25% en la desigualdad ponderada según la población durante el último medio siglo.

Este aumento se debió al impacto del calentamiento en el crecimiento económico anual, que a lo largo de décadas ha acumulado reducciones sólidas y sustanciales en la producción económica en países más cálidos y pobres, y aumentos en muchos países más fríos y ricos, en comparación con un mundo sin calentamiento antropogénico (resultado de las actividades humanas).

Ponen, por ejemplo, que el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita se ha reducido entre un 17% y un 31% en los cuatro deciles más pobres de la distribución del PIB per cápita ponderada según la población del país, lo que arroja una relación entre los deciles superior e inferior que es un 25% mayor que en un mundo sin calentamiento global.

Como resultado, aunque la desigualdad entre los países ha disminuido durante el último medio siglo, hay un 90% de probabilidad de que el calentamiento global haya frenado esa disminución. El principal impulsor es la relación parabólica entre la temperatura y el crecimiento económico, ya que el calentamiento aumentó el crecimiento en los países fríos y disminuyó el crecimiento en los países cálidos.

Señalan que, aunque existe incertidumbre acerca de si el calentamiento histórico ha beneficiado a algunos países ricos y templados, para la mayoría de los países pobres hay una probabilidad de más del 90% de que el PIB per cápita sea hoy más bajo que si no hubiera ocurrido el calentamiento global.

Estas evidencias muestran claramente que, además de no compartir por igual los beneficios directos del uso de combustibles fósiles, muchos países pobres se han visto significativamente perjudicados por el calentamiento provocado por el consumo de energía de los países ricos.

Por lo tanto, el calentamiento global causado por el uso de combustibles fósiles probablemente ha exacerbado la desigualdad económica asociada con las disparidades históricas en el consumo de energía. Por ello sustentan con conocimientos basados en evidencia, que las fuentes de energía bajas en carbono tienen el potencial de proporcionar un beneficio de desarrollo secundario sustancial, además de los beneficios primarios de un mayor acceso a la energía.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 que está en análisis en la Congreso de la Unión y en los hechos hasta ahora documentados, el presidente Andrés Manuel va en sentido contrario a lo recomendado por la Ciencia y la Economía. Comprender las causas de la desigualdad económica es fundamental para lograr un desarrollo económico equitativo como es su pretensión. Espero que la Dip. Beatriz Manrique Guevara, presidenta la Comisión de Medio Ambiente, haga lo necesario para cambiar estas absurdas propuestas gubernamentales.

Hacienda acotada, voto en contra

El pasado jueves la H. Cámara de Diputados ejerció su facultad y obligación de evaluar y ratificar al maestro Arturo Herrera como secretario de Hacienda y Crédito Público, donde considerando que la Hacienda de México continuaría acotada al designio dictatorial, en mi calidad de legislador de contrapeso, voté en contra al igual que mi bancada.

Dice el Lic. Jorge Alberto Lara Rivera, que la potestad conferida a la Cámara de Diputados para ratificar la designación del titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público tiene un profundo sentido republicano. Si bien se trata de un servidor público del gabinete de la administración pública federal, el constituyente determinó que era necesario y pertinente corresponsabilizar a los diputados de su nombramiento, por ello se citó a sesión extraordinaria, para que el total de los 500 asumiera el estudio y análisis su decisión.

En tal virtud, rechazamos asumir la responsabilidad de ratificar a quien no respetará el presidente López Obrador, pues ha hecho evidente que no tiene contemplado conducirse con el decoro técnico con su subalterno, situación hecha explícita en la carta de renuncia del Dr. Carlos Urzúa.

El presidente insiste en una conducción económica que ha costado al país credibilidad financiera, estabilidad, crecimiento y certidumbre. Por ello, nos vimos impedidos a convalidar el mandato que se pretende realizar al maestro Arturo Herrera.

Al expresar nuestro voto en contra manifestamos una preocupación profunda por la ligereza con que se han tomado las decisiones en materia económica y hacendaria en este gobierno. Lejos de consolidar los logros que al pueblo de México le han costado enormes sacrificios para contar con una economía estable, sólida y confiable como base para un futuro mejor, este régimen ha decidido lanzar todo por la borda y ubicarnos en una zona de riesgo. Lo cual ha sido advertido tanto por académicos, especialistas, calificadoras, inversionistas y centros de decisión.

Sin embargo, el gobierno insiste en realizar acciones antieconómicas que tienen una orientación exclusivamente populista. Se privilegia el aplauso fácil de sectores del electorado y la ocurrencia. Se castiga la técnica y la disciplina. En estas semanas la opinión pública se ha enterado a través de las redes sociales al principio y luego por los medios informativos de serias anomalías ordenadas por el presidente López Obrador, dadas a conocer por el exdirector general del IMSS, Germán Martínez Cázares, así como por el exsecretario de Hacienda: in-

jerencias indebidas, toma de decisiones sin sustento y conflicto de interés por mencionar solo algunas.

Como subsecretario, el propuesto Arturo Herrera fue testigo de esas discrepancias y se ha puesto del lado de la subordinación silenciosa. Ha sacrificado su capacidad técnica y su prestigio profesional en aras de una obediencia acrítica que, si en algún espacio de la administración pública es indeseable, es precisamente en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Un hecho que ya había yo denunciado en esta columna fue puntualizado, además, en declaraciones subsecuentes a la renuncia del Dr. Carlos Urzúa. El presidente mencionó que no aceptó su propuesta de Plan Nacional de Desarrollo y que tuvo que redactar uno que sí lo satisficiera. Lo que implica una confesión muy delicada en términos de la metodología que pudo haberse seguido para la aprobación de dicho instrumento rector de las políticas públicas y financiamiento del país.

Como sabemos, la Ley de Planeación ordena consultas con todos los sectores sociales, mismas que no se llevaron a cabo. Por lo mismo, el denominado Plan Nacional de Desarrollo fue un engaño pues nadie fue consultado para su redacción. Fue un documento unilateral de orden ideológico y propagandístico de la inspiración exclusiva del presidente. Semejante desprecio a la ley está resultando ser una amenaza para la credibilidad y la estabilidad para el país.

Respetando la dignidad y la persona de Arturo Herrera, la expresión del voto en sentido negativo para su ratificación es también un gesto de protesta ante el autoritarismo presidencial que se ha consolidado como forma de gobierno. El discurso del presidente es una constante provocación y un muy grave elemento de división de los mexicanos.

Siendo que el presidente que cualquier nación debe ser el elemento que llame a la unión y la concordia, el nuestro demuestra no haber superado su visión parcial de la vida pública.

Lejos de convocar a la gesta común, insiste un día sí y otro también, en que quien no piense como él está proscrito de la vida pública, es su enemigo y no merece tener espacio ni derechos. Ese discurso envenenado tiene que parar.

El país enfrenta una bifurcación de rutas. Hace unos días se publicó un estudio que demuestra que después de 25 años de sincronía económica virtuosa con la economía de Estados Unidos, ahora México se ha desenganchado de fuerzas económicas de inversión e innovación. En esta bifurcación, México va a la deriva. Nuestro país no está aprovechando las oportunidades que brindan los mercados abiertos y la competitividad. El presidente nos está encerrando y está tirando la llave: nos estamos alejando del arduo y complejo camino del desarrollo.

La actitud antirrepublicana del presidente no puede ser correspondida con la buena fe que el PAN ya le ha brindado en determinaciones legislativas previas. Por eso, votamos en contra.

De gigantes a enanas

El 23 de julio de 2016 escribía en esta columna que México estaba siendo testigo de una lucha de gigantes, al entrar en colisión el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). Apenas a ocho meses del actuar del gobierno de la transformación de cuarta y destructor de instituciones, las que eran gigantes las han convertido en enanas y con tendencias a su desaparición por la dictadura autodenominada democrática.

El mes que entra, el presidente López Obrador presentará el Paquete Fiscal 2020, que incluye cuánto y de dónde saldrán los ingresos, así como dónde y cómo gastará el presupuesto. La Constitución prevé con claridad que sea con sustento en el Plan Nacional de Desarrollo recién publicado, y que, como ya he comentado, ni es plan ni tiende a imprimir solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía con independencia de la democratización política, social y cultural de la nación, tema de fondo del intento repetido de destruir otras instituciones autónomas como el Banco de México, del cual en cada mañanera el presidente, un día sí y otro también, ante la evidencia contundente de disminución de la economía en el país, dice de manera cínica y poco ética “yo tengo otros datos”.

La Carta Magna estimados lectores, señala que el Estado contará con un Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica cuyos datos serán considerados oficiales. Para la Federación, las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, los datos contenidos en el Sistema serán de uso obligatorio en los términos que establezca la ley. El organismo tendrá autonomía técnica y de gestión, personalidad jurídica y patrimonio propios, con las facultades necesarias para regular la captación, procesamiento y publicación de la información que se genere y proveer a su observancia; hasta aquí el deber ser.

El deber hacer del INEGI fue destruido desde la regla de oro: sin oro no hay regla. El presupuesto asignado por el gobierno “de Cuarta” fue recortado de manera infame según lo explicó su titular Julio Santaella, por lo que nuestro país dejará de tener evidencias que se deben transformar en políticas públicas como las derivadas de las encuestas nacionales: de cohesión social para la prevención de la violencia y la delincuencia (ECOPRED).

De uso de las tecnologías de información en los hogares (ENDUTIH); sobre uso del tiempo; de acceso a la información pública y protección de datos personales (ENAID); de calidad regulatoria e impacto gubernamental en empresas

(ENCRIGE); el censo agropecuario; la agropecuaria (ENA); de gasto en los hogares (ENGASTO); de consumidores de sustancias psicotrópicas (ECOSUP); de los Hogares (ENH); de Micro negocios (ENAMIN); de Población Privada de la Libertad (ENPOL); de Trabajo Infantil; sobre Confianza del Consumidor (ENCO).

El deber ser del CONEVAL, dispuesto en la Constitución, es estar a cargo de la medición de la pobreza y de la evaluación de los programas, objetivos, metas y acciones de la política de desarrollo social, así como de emitir recomendaciones en los términos que disponga la ley, la cual establecerá las formas de coordinación del órgano con las autoridades federales, locales y municipales para el ejercicio de sus funciones. A dos años de haber alcanzado su autonomía con merecimientos que le valieron el reconocimiento de la Alianza Global para la Rendición de Cuentas Social por su aportación en la generación de información con rigor técnico en la evaluación de la política social y en la medición de la pobreza en México, para que los tomadores de decisiones mejoren las condiciones de vida de la población mexicana; ha sido reducida a enana al haber destituido a su titular y retirado el presupuesto para hacer la obligación mandatada constitucionalmente.

La dictadura presidencial está pavimentando el camino del único poseedor de la verdad, emitida cada mañana. Las evidencias del Banco de México, del INEGI y del CONEVAL no serán tomadas en cuenta cuando, como pronóstico, en el PEF 2020 pondrá casi un cuarto del total en programas clientelares que no serán evaluados para ver si cumplen con su cometido, quitándose la oportunidad de saber si tenían la razón.

Para muestra un botón, en CONEVAL ya se encuentra la evidencia útil que contribuya a la integración del Presupuesto 2020, presentando qué contribución tienen los programas sociales al acceso efectivo a los derechos sociales y a la disminución de la pobreza; la atención a grupos en desventaja, abordados desde los anexos transversales del PEF 2019; las similitudes de programas sociales; y el desempeño de programas sociales.

Los tres fuertemente relevantes en el derecho a la salud fueron: S200 SALUD Fortalecimiento a la Atención Médica; S201 SALUD Seguro Médico Siglo XXI y U005 SALUD Seguro Popular. El primero tuvo cero pesos de presupuesto este año, y los otros dos serán desaparecidos con la iniciativa que será discutida en parlamento abierto en el Congreso de la Unión. Ojalá que los mexicanos defendamos las Instituciones y tomemos decisiones basadas en evidencias. #Con-LaSaludNoAndrésManuel.

Vapeo en León

Si usted busca la palabra “vapeo” en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, no la va a encontrar. Si la busca en Google encontrará más de 3 600 000 sitios.

Si busca “vapeo y León” encontrará hasta tiendas especializadas en nuestra ciudad para la venta de productos que tienen un sistema electrónico de administración de nicotina, que calientan el tabaco sin quemarlo y de otros que utilizan líquidos con o sin nicotina y saborizantes variados, promocionados como un “producto de riesgo reducido” para la salud.

Los cigarrillos electrónicos son dispositivos electrónicos con un elemento calefactor que produce aerosol para inhalación (inhalar el vapor= vapeo, vapear) y que se han propagado como una alternativa más saludable al tabaquismo y un posible dispositivo para dejar de fumar.

En México su uso está prohibido por ley, pero como siempre ocurre, el 1% de la población lo utiliza y el 6% lo ha utilizado o probado alguna vez. La Secretaría de Salud y la Cofepris alertaron sobre su utilización y los riesgos que implican a la salud. En el Congreso de la Unión los aliados y los detractores de su utilización ni siquiera lo han puesto a discusión y considero que el 2020 será un año propicio para la revisión de este tema.

Las revisiones serias de la literatura médica con palabras clave como vapeo, cigarrillo y sistemas electrónicos de suministro de nicotina combinadas con temas específicos como su función potencial en la cesación del hábito de fumar, productos químicos en el humo de cigarrillos tradicionales y electrónicos, farmacología del suministro de nicotina y el estado reglamentario actual en todo el mundo han revelado de entrada la prohibición en nuestro país y el permiso en muchos otros.

En donde están permitidos y se hicieron estudios, los productos electrónicos lograron tasas moderadas de cesación con los beneficios de la gratificación conductual y sensorial. Por el contrario, en muchos estudios, los participantes continuaron usándolos para mantener su hábito en lugar de dejar de fumar.

Se informó que hay 22 sustancias tóxicas aparte de la nicotina en el líquido de los cartuchos de los cigarrillos electrónicos y sus emisiones. Muchos de los compuestos tenían concentraciones más bajas en los electrónicos en comparación con el humo del tabaco.

Existe la necesidad de realizar grandes ensayos clínicos globales a largo plazo en entornos de la vida real para determinar sus usos potenciales, los efectos adversos de los vapedores y lograr la armonización de la concentración de la solución de nicotina.

Pero mientras esto ocurre, podemos ver a través del espejo retrovisor el efecto en los jóvenes estudiantes de secundaria del vecino país del norte: mientras que en 2011 el 1.5% de ellos usó cigarrillos electrónicos, en 2019 llegó al 27.5%, considerándose ya una epidemia de *vapers* adolescentes, inducidos quizá por prácticas de *marketing* engañosas para atraerlos como clientes.

De hecho, algunos estados están demandando a Juul Labs —marca más popular de cigarrillos electrónicos—, quien anunció ante las demandas que cesará las ventas de la mayoría de sus vainas con sabor, incluido el mango y la menta, dos de los principales sabores utilizados en la inducción de los adolescentes.

Más alarmante fue el saber que casi el 12% de los estudiantes de tercero de secundaria y el 7% de los de segundo año usan vapores de nicotina diariamente, lo que sugiere adicción.

Cabe señalar que los estudios sugieren que los químicos inhalados durante el vapeo afectan el cerebro, el corazón y los pulmones. La nicotina altera el desarrollo cerebral de los adolescentes, aumentando el riesgo de adicción a otras drogas.

Además, los adolescentes que vapean tienen un mayor riesgo de síntomas respiratorios crónicos que sus pares que no lo hacen. Todo esto se ha apreciado en tan solo una década del mercado autorizado de cigarrillos electrónicos en los Estados Unidos de Norteamérica, habiendo cambiado la tecnología de manera significativa en este periodo de tiempo.

También este año los cigarrillos electrónicos perdieron la reputación de ser inofensivos, cuando los primeros informes de lesiones pulmonares y muertes relacionadas con el vapeo proporcionaron un correctivo absoluto: hasta el 10 de diciembre un total de 2049 personas de aquel país, muchas de las cuales eran jóvenes y de otra forma saludables, habían sido hospitalizadas; de ellas, 52 personas en 26 estados, incluyendo un joven de 17 años, han muerto. Reportes similares se han dado en otros países del mundo y la alerta sigue en pie.

Es importante recordar que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte y enfermedad en nuestro país, por lo que nuestros esfuerzos deben estar orientados a tratamientos eficaces y seguros para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo de tabaco.

Dicen los especialistas que el mejor tratamiento es la combinación de asesoramiento psicológico y farmacológico: terapia sustitutiva con nicotina (goma de mascar, parches, comprimidos, caramelos, inhaladores y aerosol), bupropion y vareniclina. Todos ellos utilizados a dosis y a tiempo son capaces de duplicar y hasta triplicar las posibilidades de dejar de fumar. El vapeo no ha demostrado ser útil.

Ejercite su cerebro para sana vejez

Hay muy buenas noticias estimados lectores al inicio de este 2020 en materia de salud cerebral, ejercicio y calidad de vida en la vejez. Como dijera Herman Melville, iniciaré por el principio. En México la enfermedad de Alzheimer y otras demencias son ya causantes del 6.7% de la pérdida de los años de vida saludables en personas de ambos sexos de 70 y más años, con una tendencia al alza en la última década.

El impacto de las enfermedades por alteraciones neurológicas y los desórdenes mentales es muy grande, tanto para la persona que las sufre como para la familia y la comunidad donde ella se encuentra. No hay tratamiento efectivo conocido y por ello me parece que los hallazgos, ya un poco sedimentados, de la ciencia que señalan que ejercitar el cerebro ayudaría a disminuirlas, retrasarlas o mejorarlas son muy buenas noticias.

Todo inició hace 30 años cuando Fred Gage y colaboradores del Instituto Salk en La Jolla, California demostraron que correr aumentó el nacimiento de nuevas neuronas (antes impensable que ocurriera) del hipocampo en ratones, efecto vinculado a la producción de una proteína llamada factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) que se produce en todo el cuerpo, promoviendo tanto el crecimiento como la supervivencia de las neuronas recién nacidas, fenómeno conocido como neurogénesis inducida por el ejercicio.

Los resultados de los estudios posteriores han sido consistentes y sorprendentes porque la atrofia del hipocampo está ampliamente relacionada con las dificultades de memoria durante el envejecimiento humano saludable y se produce en mayor medida en personas con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Así que las investigaciones en roedores proporcionaron una visión inicial de cómo el ejercicio podría contrarrestar esta disminución.

Las investigaciones en humanos no se hicieron esperar, encontrando que al igual que en los roedores, el ejercicio aeróbico conduce a la producción del BDNF y aumenta la estructura, es decir, el tamaño y la conectividad, de las áreas clave del cerebro, incluido el hipocampo. De mayor importancia lo fue que tras un año de ejercicio aeróbico en un estudio aleatorizado, se observó un aumento en el tamaño del hipocampo y mejoras en la memoria en adultos mayores.

David A. Raichlen además del estudio publicado en *Scientific American* en días pasados, publicó en 2019 en la revista *Brain Imaging and Behavior* un estudio observacional de más 7000 adultos de mediana edad a adultos mayores en el Reino Unido, demostrando que las personas que dedicaron más tiempo a una actividad física moderada a vigorosa tenían volúmenes de hipocampo más gran-

des. Aunque todavía no es posible decir si estos efectos en los humanos están relacionados con la neurogénesis u otras formas de plasticidad cerebral, como el aumento de las conexiones entre las neuronas existentes. Los resultados juntos indicaron claramente que el ejercicio puede beneficiar el hipocampo del cerebro y sus funciones cognitivas.

Se revisó la relación evolutiva entre el cerebro y el cuerpo, encontrando en los homínidos, grupo que incluye a los actuales *Homo sapiens*, una serie de adaptaciones anatómicas y conductuales que nos distinguen de otros primates y que describo sucinto: pasamos a caminar de cuatro patas a erguidos solo con las patas traseras (bipedestación), debiendo coordinar el cerebro una gran cantidad de información y, en el proceso, hacer ajustes a la actividad muscular en todo el cuerpo para mantener nuestro equilibrio y desafiar cualquier obstáculo ambiental.

Luego pasamos a niveles más altos de actividad aeróbica al iniciar la caza y recolección de alimentos en lugares distantes, debiendo inspeccionar sus alrededores para asegurarse de saber dónde están. Este tipo de navegación espacial se basa en el hipocampo, la misma región del cerebro que se beneficia del ejercicio y que tiende a atrofiarse a medida que envejecemos. Además, tienen que escanear el paisaje en busca de signos de comida, utilizando información sensorial de sus sistemas visuales y auditivos. Deben recordar dónde han estado antes y cuándo estaban disponibles ciertos tipos de alimentos. Esta etapa concluyó con la aparición de la agricultura y pastoreo hace 10 000 años.

Así llegamos hasta nuestros días, donde no necesitamos participar en actividades físicas aeróbicas para encontrar comida para sobrevivir. La atrofia cerebral y las disminuciones cognitivas concomitantes que ocurren comúnmente durante el envejecimiento pueden estar en parte relacionadas con nuestros hábitos sedentarios.

Pensemos ahora en las formas en que muchos de nosotros hacemos nuestro ejercicio aeróbico. A menudo vamos a gimnasios y usamos una máquina de ejercicios estacionaria. La tarea más exigente cognitivamente en un entrenamiento de este tipo podría ser decidir qué canal televisivo observar o qué canciones escuchar, sin los retos que implicarían las exigencias de mantener el equilibrio y ajustar la velocidad, entre muchos otros desafíos cognitivos intrínsecos del movimiento a través de un entorno cambiante.

Hoy se sabe que el ejercicio solo es bueno para el hipocampo, pero combinar la actividad física con las demandas cognitivas en un entorno estimulante es aún mejor, lo que conduce a más neuronas nuevas. El uso del cerebro durante y después del ejercicio parece además desencadenar una mayor supervivencia de

las neuronas. ¿Ejercicio en banda o en el Parque Metropolitano? Hoy me inclino sin duda por la segunda opción.

Trabajo sin paga. ¡Ojo!

El trabajo sin paga que se realiza en los hogares es vital para nuestro país, sin embargo, no lo tenemos visibilizado, por ello, hay que ponerle ¡Ojo!, estimadas y estimados lectores.

Hace unos días, se puso a disposición la información 2018 de la producción del Sector Salud, compuesta por los bienes y servicios generados por las actividades económicas que están relacionadas con la prevención, la curación y el mantenimiento de la salud humana, incluyendo a las instituciones que tienen la facultad de regular y administrar dichas actividades.

Al agregar a este rubro la valoración del trabajo no remunerado que los hogares destinan a los cuidados de salud (TNRS), se hace referencia entonces al Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud.

El TNRS incluye las actividades que los miembros de los hogares destinan a la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud en el hogar, fuera del hogar y el trabajo realizado en organizaciones no lucrativas.

La Cuenta Satélite 2018 del Sector Salud en México reportó un PIBA equivalente a 1 346 012 millones de pesos a precios de mercado, que contribuyó con el 5.7% del Producto Interno Bruto total obtenido del país, siendo 4.1% la producción de bienes y servicios y 1.6% del TNRS.

En pesos, este 1.6% del TNRS significó una producción de 378 210 millones de pesos. Para darnos una idea y ponerle ojo, el presupuesto 2020 de la Secretaría de Salud Federal, que incluye al Insabi y los demás Servicios estatales de todo el país es de 124 325 millones de pesos, es decir, ¡tres veces menos que el TNRS!

Las cuentas satélites del INEGI desde 2008 muestran que el TNRS ha significado en promedio el 1.5% del PIB anual, pasando, a mi juicio, desapercibido por la población.

Del TNRS que destinaron los hogares a la salud, los cuidados que se realizaron dentro del hogar concentraron el 72.2% del valor generado, compuestos por los cuidados a enfermos crónicos o con alguna discapacidad física (cuidados especializados), equivalentes al 50% del TNRS total, así como por los cuidados preventivos a enfermos temporales (cuidados no especializados) con el 22.2%.

De los cuidados realizados fuera del hogar, el valor de la ayuda a otros hogares representó el 23.3% del valor del TNRS total, y el del trabajo voluntario en instituciones no lucrativas, el 4.5%.

Bajo este enfoque, si los hogares hubieran contratado durante el 2018 a una persona para cuidar a sus enfermos, de cada 100 pesos que erogaría para este fin, 50 pesos se destinarían para la atención de aquellos miembros del hogar

que presentan alguna discapacidad o enfermedad crónica; 22 pesos para proveer asistencia en salud a los integrantes de manera preventiva o cuyo padecimiento es temporal (gripa, tos, dolor de cabeza, etc.), y los pesos restantes se destinarían como ayuda a otros hogares y/o trabajo voluntario en organizaciones sin fines de lucro relacionadas con la salud.

Un dato adicional que debe sorprenderle al lector de esta columna: en 2018 el valor económico del trabajo sin paga en labores domésticas y de cuidados (entre ellos los de la salud) registró un nivel equivalente a 5.5 billones de pesos, lo que representó el 23.5% del PIB del país. La mayor parte de las labores domésticas y de cuidados fueron realizadas por las mujeres, con el 76.4% del tiempo que los hogares destinaron a estas actividades; asimismo corresponde al 75.1% si se habla en términos del valor económico.

Estos hallazgos son una demostración fehaciente que el TNRS limita el empoderamiento de la mujer, debido al estereotipo de género en nuestra sociedad, que ha “naturalizado” el TNRS como “reproductivo” o “doméstico”, recayendo en las mujeres la responsabilidad principal de esta labor, ya en el hogar o en las comunidades. Además, en la mayoría de los casos, sin reconocimiento ni remuneración, por un lado, y por el otro, sin una visibilización en términos de su contribución al sistema de salud.

Hay que ponerle ojo, porque nuestra estructura demográfica está cambiando, con una mayor expectativa de vida y más enfermedades crónicas que requerirán de cuidados y servicios de salud en el hogar.

Debemos revalorar como sociedad este trabajo, pues la subordinación económica y social de las mujeres tiene como causa el TNRS, ya que les quita oportunidades de trabajo con salario, o bien, el número de horas que pueden dedicar a un trabajo remunerado son menores por los deberes que les imponemos, reproduciendo sin duda, los desequilibrios en la distribución de los recursos y el poder entre las mujeres y los hombres.

Tener equilibrios en las responsabilidades de hombres y mujeres en el cuidado a la salud será clave en el futuro inmediato. Que las repercusiones del TNRS sobre la vida laboral, social y la economía de los cuidadores sean distribuidas de manera equitativa dará mejor calidad de vida a sus integrantes.

Envío mi reconocimiento, respeto y admiración a las y los cuidadores de nuestro país, que, por amor a su familia y su gente, hacen trabajo sin paga para aliviar y acompañar a sus enfermos en casa. Hacer políticas públicas para favorecer a las mujeres mexicanas que se dedican al TNRS es una asignatura pendiente, mientras tanto... ¡Ojo!

De los miasmas al coronavirus

“Demasiado fatal es la localidad de la ciudad de México al lado de los lagos de Chalco y Texcoco, situada en un lugar pantanoso, rodeada de acequias y ejidos de la misma naturaleza. Los miasmas de que estos sitios se desprenden son bastantes para infectar la atmósfera”. Tal cita apareció en el diario *El Fénix de la Libertad* el lunes 21 de enero de 1833. El miasma se define como efluvio maligno que, según se creía, desprendían cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas. Hace 187 años estimados lectores, los miasmas emanaban de los hospitales, cementerios, muladares y de los pozos donde se depositaban las materias fecales, así como de unas cuantas industrias como curtidurías, tenerías y fábricas de productos químicos.

Los miasmas servían para explicar el origen de las enfermedades infecto-contagiosas, que se suponía se transmitían por el aire, para aplicar las medidas de higiene personal y de salubridad pública tendientes a prevenirlas y, en fin, a elegir los recursos curativos.

El término “contagio” apareció también por 1833, considerándosele el elemento responsable de la trasmisión de una enfermedad de un individuo a otro a través de un contacto directo o indirecto. El contagio era pues un principio material capaz de transmitir directamente la enfermedad del individuo atacado por este mal a uno que no lo tenía, ya fuera tifo, viruela, rubeola o sífilis.

El descubrimiento de los microbios patógenos por Roberto Koch, primero el bacilo de la tuberculosis en 1882 y un año más tarde del vibrión del cólera, iniciaron el cambio.

A mediados del siglo XIX se acuñó el vocablo “virus”. Así se nombraba al contagio que estaba incorporado a la sangre, al pus, a la serosidad o a un tejido sólido (como las membranas de la difteria), y que podía “trasplantarse” a otro organismo, el cual desarrollaba la enfermedad. Los padecimientos que podían transmitirse en esta forma (tal era el caso de la viruela) se llamaban “enfermedades inoculables”.

Era el virus algo “invisible”. Al microscopio, decía un médico de entonces, nada distingue el pus sifilítico del pus normal; sin embargo, aquél contiene el germen creador de la sífilis. Confiado en los progresos de la ciencia, este médico agregaba, algún día no lejano la palabra virus perderá su oscuridad y se traducirá por organismo vegetal o animal.

Los virus venían a ser una especie particular de contagio; podían encontrarse, como invisibles partículas en suspensión, en el aire expirado y en los productos de evaporación cutánea de los enfermos y de este modo llegar a la

atmósfera o adherirse a la ropa de cama del enfermo, a sus vestidos, a las paredes del cuarto o sala de hospital, o a cualquier otro cuerpo sólido. Además, el virus podía estar en secreciones del paciente y de este modo contaminar el suelo, el agua y el aire.

Los médicos de hace 180 años decían que las enfermedades inoculables, producidas por virus entraban por la piel y las mucosas. No había necesidad que existiesen heridas o laceraciones para que penetrara el virus de la sífilis, gonorrea, oftalmía purulenta y difteria. Las fiebres tíficas, la peste y la tosferina entraban al cuerpo por las vías respiratorias; en tanto que la fiebre tifoidea, el cólera y la disentería se adquirían a través del tubo digestivo, con el agua que se bebía.

La ciencia es maravillosa estimados lectores, y su luz debe guiarnos para tomar decisiones. Hoy el concepto de virus ha cambiado, tenemos su taxonomía, y los avances han sido tales que, a unos cuantos días de haber afectado con enfermedad respiratoria aguda y neumonía grave a varios pacientes en Wuhan, sabemos que su genoma está formado por una sola cadena de ARN (Ácido Ribonucleico) monocatenario. A partir de allí, se podrán y se están desarrollando vacunas, medicamentos y pruebas para diagnosticarlo temprano y tratarlos oportunamente.

Decenas de años para aprender de los miasmas a los microbios. Hoy tardamos días como humanidad para identificar nuevos agresores, aunque no sean seres vivos como los virus. En aquella época existió el Consejo de Salubridad del departamento de México, cuyo reglamento se publicó por Bando el 4 de enero de 1841. Lo integraban el Gobernador del estado de México, tres médicos, un químico y un farmacéutico como titulares, siete adjuntos y otros honorarios.

Desde 1917 cambió de nombre a Consejo de Salubridad General, que depende directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. Integrado por el Gabinete y otras instituciones de prestigio como las Academias Nacionales de Medicina, Cirugía y Pediatría, la UNAM, el Politécnico Nacional, entre otras.

Ayer, tuvo su primera sesión extraordinaria reconociendo la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 como una enfermedad grave de atención prioritaria. Se instaló en sesión permanente. Hago votos porque lo tardío de su instalación —sin el presidente de la República que ha manifestado su desprecio por las instituciones— permita una discusión de gobierno abierto y la toma de medidas específicas que apoyen. Por ejemplo: ¿por qué no la declaran como “enfermedad que provoca gastos catastróficos” a fin de que las y los mexicanos sin seguridad social puedan ser financiados con recursos del fideicomiso para el bienestar existente en la Ley General de Salud? Esto, para empezar.

Hoy, honor a quien honor merece

La pandemia ha puesto de manifiesto el gran espíritu humanista y solidario de miles de mexicanas y mexicanos dispuestos a combatir los estragos que en la salud y en la economía hoy vemos de manera palpable. Mi reconocimiento a las personas y organizaciones que día a día siguen mitigando el sufrimiento de tantos compatriotas.

También ha revelado lo ruin del presidente Andrés Manuel López Obrador, que junto con su equipo tienen gran responsabilidad de los daños causados.

En materia de salud por la ausencia seria de planeación, prevención y control de las reservas estratégicas como equipos de protección personal, ventiladores e infraestructura. Se ha ido corrigiendo, ayer se anunció que llegaron 2000 ventiladores para “terapia intermedia”, lo cual quiere decir que no se pudieron adquirir los ideales para las terapias intensivas. Algo es algo. En materia económica, seguimos sin timón ni timonel. Ningún apoyo a los pobres ni a quienes perdieron sus empleos según el CONEVAL. No parece corregir el rumbo, el hambre y la pobreza extrema campearán en el país.

El colmo de su ruin pensamiento fue cuando en su sermón matutino atizó en contra de los médicos, acusándoles de mercantilistas, de buscar solo su bienestar económico por ser “neoliberales”, entre otros epítetos. Para rematar puso ejemplos de lo que su cerebro tiene registrado: El “Che” Guevara y Salvador Allende. El agravio en contra de la comunidad médica no se hizo esperar, academias, colegios y profesionales, le enviaron su sentir pidiéndole que se retractará de lo dicho y pidiera disculpas por sus ofensas. Lo hizo de manera muy deficiente.

El Consejo de Salubridad General el pasado 7 de abril, en el marco del Día Mundial de la Salud, entregó los doce premios al Mérito en Salud 2020 a médicos, enfermeras y profesionales de la salud. Ninguno de ellos apareció en el cerebro del presidente, que con sus dichos y hechos ha demostrado que no le importa la salud de los mexicanos.

La “Condecoración Eduardo Liceaga” (guanajuatense y el higienista más distinguido de México de finales del siglo XIX) de Ciencias médicas y administración asistencial fue entregado al Dr. Héctor Aguirre Gas, experto en administración de servicios de salud, calidad y seguridad del paciente; y al Dr. Adolfo Chávez Villasana, maestro en nutrición humana y educación nutricional.

El premio “Doctor Gerardo Varela” (oaxaqueño con posgrado en Salubridad en Harvard en 1926, con gran impacto en la investigación de agentes infecciosos de la primera mitad del siglo XX) de Salud pública fue asignado al

Dr. Simón Barquera Cervera, máximo expositor mexicano en investigación de políticas públicas orientadas a mejorar la nutrición y salud humanas.

El galardón “Doctor Ignacio Chávez” (michoacano, humanista, profesor y pionero de la cardiología mexicana y fundador del Instituto Nacional de Cardiología) al Humanismo médico lo recibió el Dr. Felipe Cruz Vega, especialista en medicina de emergencia de alta calidad humana, responsable de la planeación de la atención en los grandes desastres en el IMSS.

Se me quedan en el tintero decenas de médicas, enfermeras, odontólogos mexicanos que dieron su ejemplo en vida unos y que lo siguen haciendo los otros. Les invito a seguir estimulando y apoyando a todas y todos los profesionales de la salud y sus familias que continúan luchando en el frente de batalla por salvar la vida de todos nosotros arriesgando su vida y la de sus familias: mexicanas y mexicanos ejemplares. ¡Honor, a quien honor merece!

Combustóleo y salud

Los cambios publicados por el Gobierno Federal para no utilizar fuentes de energía renovables y obligar a la Comisión Federal de Electricidad a utilizar el combustóleo que Pemex no puede ya vender ni colocar en ningún mercado (porque es veneno puro) se convertirán en un triple error: no ayudará a Pemex ni económicamente ni en su renovación para dejar de producirlo; el bolsillo de los mexicanos se verá afectado por el incremento de las tarifas eléctricas o el subsidio a CFE ante el incremento del costo de su producción por el uso del combustóleo y; dañará la salud de los mexicanos por contaminar el medio ambiente y su organismo de manera directa.

Los hechos son que de cada barril de petróleo que se refina en México el 30% termina como combustóleo. Éste es un residuo, cargado de tóxicos, entre los que destaca el azufre. En el pasado, el combustóleo fue muy utilizado para generar electricidad, pero en la última década fue sustituido por el gas natural, más barato y menos contaminante.

La generación eléctrica con combustóleo cuesta el doble que producir con energías renovables. Además, el impacto sobre la salud de las personas, el medio ambiente y los efectos sobre el cambio climático son importantes, incumpliendo los compromisos adquiridos para disminuir la contaminación.

Les comento que, por su alta concentración de azufre, al quemar el combustóleo, genera lo que conocemos como óxidos de azufre, que al mezclarse con agua genera ácido sulfúrico, conocido como lluvia ácida. De aquí que cualquier país o empresa responsable evitaría el daño a sus ecosistemas y población eliminando en la cadena de producción como residuo el combustóleo.

Al volver a usar el combustóleo México pagará penas por no usar el gas ya pactado, lo que encarecería aún más el costo del uso de combustóleo, provocando dos efectos que al final pagaríamos los mexicanos: a) Incremento de las tarifas eléctricas en los recibos de manera inmediata por la fórmula de cobros de CFE o, b) Mayor subsidio a la CFE con impuestos generales que actualmente son 70 000 millones de pesos y se podría incrementar a casi 100 000 millones de pesos.

El daño a la salud que provoca la inhalación de partículas del con un diámetro menor a 10 micras provocó directamente la muerte prematura de 36 000 personas en México en 2017. La quema de combustóleo emite partículas todavía más pequeñas, de 2.5 micras de diámetro (como contexto un cabello tiene 70 micras). Así, una vez que lo inhalas, ya no sale del organismo, llega y se queda en los alveolos pulmonares, pudiéndose absorber en la sangre para luego distribuirse por todos los órganos.

La carga de la enfermedad por contaminación del aire la componen varios tipos de cánceres, siendo el de las vías respiratorias y de pulmón los más frecuentes; infecciones respiratorias agudas y crónicas; asma; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades cardiovasculares; dolor de cabeza; mareo; irritación y conjuntivitis crónica por citar tan solo algunos.

Los salmantinos tienen en la memoria los residuos negros que causa este tipo de contaminación que cubre sus casas, sus ropas y sus organismos. Por ello, debemos seguir obligando a que los sectores más contaminantes, incluyendo los gubernamentales, reduzcan sus emisiones para garantizar el derecho de la población a un ambiente sano.

Debemos manifestarnos en todos los ámbitos en tener fuentes de energía renovables y ampararnos ante la decisión gubernamental que afectará el medio ambiente y nuestra salud.

Derecho de los padres educar a sus hijos

En el derecho internacional la expresión *Ius Cogens* se designa al derecho impositivo que no puede ser excluido por la voluntad de los obligados a cumplirlo, por contraposición al derecho dispositivo, el cual puede ser sustituido o excluido por la voluntad de los sujetos a los que se dirige. El derecho impositivo o *ius cogens* se debe observar necesariamente, en cuanto sus normas tutelan intereses de carácter público o general.

Con base en este principio, presentamos esta semana un punto de acuerdo en la Comisión Permanente del Congreso de la Unión para exhortar a la titular de la Secretaría de Gobernación, para que cese en su activismo ideológico en contra del derecho preferente de los padres a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

A la Secretaría de Educación Pública se le exige garantizar que la educación que se imparta en nuestro país esté basada en la ciencia, y a que en la enseñanza de la biología se rechace tajantemente cualquier ideología.

Y a los congresos locales de todas las entidades federativas se les solicita proteger el derecho preferente de los padres a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos, basados en tratados internacionales, legislación federal y local.

La comunidad educativa está integrada por tres elementos corresponsables de derechos y obligaciones: padres de familia, hijos que a la vez son alumnos y los maestros y directivos de las escuelas. La Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (artículo 16) y que los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos (artículo 26) como un elemento de libertad responsable.

El Estado tiene entonces el deber de apoyar a la familia, que es una institución natural, es decir, no la crea el Estado, no la inventa el Estado, el Estado la tiene que respetar, ayudar y apoyar. Como elemento clave se encuentra la familia como una institución natural, y es deber principal de los padres para ir llevando a los hijos en su desarrollo y en su progresivo ejercicio de derechos.

En la Declaración de los Derechos del Niño se establece el bien superior del menor, que implica el derecho y deber de los padres para ir justamente de manera cercana, próxima, inmediata y preferente para irlos cuidando, protegiendo y educando. Los padres tienen el derecho de hacerlo acorde a sus principios, convicciones éticas, morales y espirituales.

Nuestra Constitución establece como primera obligación ser responsables de que sus hijas, hijos o pupilos menores de dieciocho años concurran a las escuelas, para recibir la educación obligatoria y, en su caso, reciban la militar, en los términos que establezca la ley, así como participar en su proceso educativo, al revisar su progreso y desempeño, velando siempre por su bienestar y desarrollo.

Hay un activismo de la Secretaría de Gobernación, Olga Sánchez Cordeiro, que de manera pública se ha dedicado a boicotear y malograr una iniciativa de reforma de la Constitución de Nuevo León, que lo que hacía, a la letra, era incorporar el numeral 3 del artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que cito: “los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos”.

Ella ha expresado su idea —de gobiernos totalitarios— diciendo que la educación es “rectoría del Estado” con la que pretende erradicar el derecho de los padres, con lo cual no estamos de acuerdo por violación al principio *ius cogens*. ¿Ustedes qué piensan estimados lectores?

Cheques escolares

Ya estamos en el reinicio del ciclo escolar 2020-2021 y muchas han sido las afectaciones al sector educativo causadas por la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2. Aunque estas problemáticas son amplias y muy variadas, hoy me quiero referir en específico al riesgo en que se encuentran millones de alumnos de abandonar sus estudios, o de migrar a un sistema público que no se encuentra preparado para ello.

Es un hecho el empobrecimiento que ha sufrido la población ante la pérdida de sus empleos e ingresos a causa de la pandemia; pero también lo es la insensible y lamentable falta de apoyos del gobierno federal a las familias y al sector productivo del país.

En días pasados la Asociación Nacional de Escuelas Particulares y la Asociación Nacional para el Fomento Educativo, dieron a conocer que el 25 por ciento de las escuelas privadas del país se encuentran en números rojos por falta de pago en las colegiaturas del ciclo escolar pasado, además señalaron la considerable disminución en el número de inscripciones para el ciclo escolar 2020-2021. Es preocupante el futuro de estos niños y jóvenes.

Según datos de instituciones privadas de enseñanza media y superior, la reinscripción para el próximo semestre escolar ha caído hasta un 40 por ciento de su matrícula. Ante estos hechos es inminente la migración de los educandos de escuelas privadas a un sistema público rebasado por las actuales circunstancias, y el grave riesgo de deserción de los alumnos que cursan los niveles de educación media y superior.

Por ello, es relevante destacar que la educación que imparten los particulares representa el 15% del total del sistema educativo nacional y sin su intervención, difícilmente nuestras autoridades podrían seguir garantizando educación de calidad a millones de niñas, niños, adolescentes y jóvenes mexicanos.

Las escuelas privadas dan empleo a casi medio millón de docentes, sin contar personal administrativo, de mantenimiento y limpieza. Por lo que, además de las afectaciones en el derecho a la educación de las y los educandos, el cierre de más de 12 000 escuelas agravaría el preocupante problema de desempleo que aqueja ahora mismo a nuestro país.

Ante esta grave problemática, el miércoles pasado presenté a nombre de mi compañero Martín López Cisneros y del grupo parlamentario del PAN una iniciativa para reformar la Ley General de Educación a fin de instituir que el Ejecutivo Federal y el gobierno de cada entidad federativa, con sujeción a las disposiciones de ingresos y gasto público correspondientes, deban concurrir al

financiamiento de programas compensatorios para apoyar, mediante cheques escolares, al pago de educación impartida por particulares en los niveles preescolar, básica y media superior.

El objetivo de la propuesta es aliviar el gasto que realizan madres y padres de familia o tutores en la educación de sus hijas, hijos o dependientes económicos, ahora que han sido perjudicados económicamente durante esta emergencia nacional y desean que sus hijos estudien en el sistema educativo privado.

Propusimos también que este sistema de cheques escolares podría ser de una cantidad de unos 1500 pesos mensuales y podría beneficiar —con reglas de operación bien definidas— a una población de al menos 550 000 estudiantes y que tendría un costo aproximado de 9000 millones de pesos financiables con una reasignación de hasta el 40% de los recursos destinados al cuestionado —por el CONEVAL— programa Jóvenes Construyendo el Futuro, para ejercerlo en el año 2021.

Esperemos que Morena y sus aliados apoyen un programa exitoso aplicado ya en países como Suecia y Chile, que ha generado ahorros en el gasto público y mejoras en la calidad académica.

Morena golpea a niños otra vez

El Gobierno Federal de Morena el sábado 28 de diciembre de 2019 reconocía en el *Diario Oficial de la Federación* que el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud. Que, conforme a la Ley de Planeación, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el documento donde se precisan los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país, los cuales sirven de base para la programación y presupuestación del gasto público federal que de forma anual se realiza en términos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

El Gobierno Federal ha garantizado la cobertura de servicios de la salud para todos los niños y niñas menores de cinco años, a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI, el cual ha contribuido de manera significativa a preservar la salud de todos los niños y niñas en el país, financiando la atención médica completa e integral de aquéllos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social y que estará sujeto a reglas de operación ajustadas al combate a la corrupción y a la austeridad republicana.

En las reglas vigentes del 2020, las niñas y niños tenían garantizadas 151 (ciento cincuenta y un intervenciones médicas, como por ejemplo el tumor benigno del mediastino destinando \$75 873.96 pesos por caso; enfermedades de las sangre como la púrpura trombocitopénica idiopática pagando por facturación, es decir, lo que se necesitara para salvar la vida del niño; el tétanos neonatal pagando \$61 659.24 por caso; enfermedades del sistema nervioso como la paroplejia y procedimientos de rehabilitación con pago por facturación; las enfermedades del oído que incluía la implantación de prótesis coclear invirtiendo en la salud del niño \$292 355.98 pesos por caso; enfermedades del sistema circulatorio como la miocarditis aguda con \$74 173.03.

Cubre también enfermedades respiratorias como la atención de neumonía por influenza u otros virus no identificados con \$19 025.00 y neumonitis debida a sólidos o líquidos con \$60 749.00. Enfermedades digestivas como úlceras o perforación del esófago con \$38 628.11; malabsorción intestinal con pago por facturación. Enfermedades del sistema osteomuscular como la artritis piógena (\$45 830.98), juvenil (por facturación) y fascitis necrotizante (\$50 206.96).

Incluye muchas afecciones del periodo perinatal (antes y después del nacimiento) como el retardo del crecimiento y desnutrición fetal (\$57 596.63); la hemorragia intracraneal por traumatismos al nacimiento (\$95 077.64) hasta enterocolitis necrotizante (\$83 382.70). Quemaduras y corrosiones (\$107 138.31), entre muchas otras.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CO-NEVAL) elaboró el documento Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2021, evaluó el Programa Seguro Médico Siglo XXI señalando que es fuertemente relevante para contribuir a incrementar la dimensión de Ingreso (Bienestar Económico) pues los miles de beneficiarios tienen un ahorro en su ingreso al recibir medicamentos, servicios de hospitalización, estudios de laboratorio y gabinete, hecho documentado en la ENIGH (Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares). Fue también relevante para la atención de la emergencia sanitaria de la COVID-19 al promover que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia de atención médica y preventiva.

Fue medianamente relevante a la disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud, así como contribuir al acceso efectivo al derecho a la salud. También por contribuir al acceso efectivo al derecho a la no discriminación por tener como población prioritaria para la detección y el diagnóstico de discapacidad auditiva. Fue ligeramente relevante por contribuir al acceso efectivo a la Seguridad Social por el acceso efectivo a los servicios médicos.

Morena golpea a los niños otra vez, pues plantea en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021 la desaparición de este exitoso programa destinado a los más pobres. De haber destinado \$1 984 403 598.00 en el 2020, propone cero pesos, lee usted bien, ¡CERO PESOS! para el 2021. Daremos la pelea en el Congreso porque no sea eliminado. Por favor queridos conciudadanos, ¡manifiéstense!

“Morenicidio” a los fideicomisos

Seis horas después de escribir esta columna, estará celebrándose en el mezanine norte del edificio “A” en San Lázaro, la sesión de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública, donde de manera irónica, Morena aprobará una convocatoria para la realización de parlamentos abiertos para escuchar a la ciudadanía y a todos los interesados en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2021.

Digo que Morena lo hace con ironía —entendida ésta como la expresión que da a entender algo contrario o diferente de lo que se dice, generalmente como burla disimulada— porque la escucha que se hará tendrá oídos sordos, como ya ha ocurrido en múltiples ocasiones, donde incluso, ya habiéndose aprobado la reforma, se continuaba “escuchando” a la sociedad para que los legisladores hicieran una mejor ley.

En la misma sesión de ayer, se aprobará por Morena y sus aliados PT, PES y PVEM, sin lectura ni mucho menos discusión, el dictamen de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública con proyecto de decreto por el que se materializará el “Morenicidio” entendido como el delito consistente en extinguir a alguien concurriendo además las circunstancias de alevosía y ensañamiento, en este caso, de los fideicomisos, a los que llevarán al patíbulo, sin tomar en cuenta los argumentos señalados por muchísimos actores de la sociedad que se expresaron durante las sesiones de “Parlamento abierto” que se llevaron a cabo.

La extinción —Morenicidio— abarcará todos los fideicomisos creados a lo largo de muchas legislaturas expresados en las siguientes leyes: Ley para la Protección de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas; de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo; de la Ley de Hidrocarburos; de la Ley de la Industria Eléctrica; de la Ley Orgánica de la Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero; de la Ley de Ciencia y Tecnología; de la Ley Aduanera; de la Ley Reglamentaria del Servicio Ferroviario; de la Ley General de Cultura Física y Deporte; de la Ley Federal de Cinematografía; de la Ley Federal de Derechos; de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; de la Ley del Fondo Mexicano del Petróleo para la Estabilización y el Desarrollo; de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados; de la Ley General de Cambio Climático; y se abrogan la Ley que crea el Fideicomiso que Administrará el Fondo de Apoyo Social para Ex Trabajadores Migratorios Mexicanos y la Ley que crea el Fideicomiso que Administrará el Fondo para el Fortalecimiento de Sociedades y Cooperativas de Ahorro y Préstamo y de Apoyo a sus Ahorradores.

Es decir, no dejarán títere con cabeza. El dictamen de 86 páginas expresa como motivación central del “Morenicidio” que el COVID-19 ha tenido muchos efectos negativos en la economía, lo que se refleja en un deterioro en las finanzas públicas con la combinación de dos efectos: uno es la actividad económica y el otro es la caída en los precios del petróleo. Esta pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con recursos suficientes por parte del Gobierno federal para enfrentar la crisis derivada del impacto mayúsculo de esta en la salud y economía nacional.

Esto es solo un pretexto, pues dicen que con esta política se eliminarán los gastos innecesarios, la opacidad y generarán ahorros para asignar eficazmente recursos públicos a las acciones y programas prioritarios del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Los hechos en el PPEF demuestran que gastarán los fideicomisos en las obras faraónicas del presidente y no en acciones y programas pertinentes y necesarios en el contexto en el que nuestro país se encuentra con motivo del entorno mundial y de la pandemia derivada del COVID-19. El próximo martes en pleno daremos el debate para impedir el “Morenicidio” a los fideicomisos.

Con la salud no #AMLO

Quitar el dinero del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos ahora llamado Fondo de Salud para el Bienestar (FSB), que se encuentra en un fideicomiso, tendrá graves consecuencias en la salud y en la economía de los mexicanos.

El último informe sobre la Situación Económica, las Finanzas y la Deuda Públicas, entregado por el Gobierno Federal a la Cámara de Diputados, mostraba que el fideicomiso “Fondo de Salud para el Bienestar” tenía 101 161.7 millones de pesos.

Este jueves, los legisladores de Morena pretendieron eliminar todos los fideicomisos para que el dinero existente en ellos —cerca de 69 000 millones de pesos— pasará a la bolsa común del gobierno y utilizarlos en las obras que no ayudan a nuestro país para salir de la crisis de salud y económica. No hubo quórum y la sesión tuvo que ser suspendida. En el dictamen aún a discusión, no se plantea la eliminación del Fondo de Salud para el Bienestar.

Sin embargo, el diputado Iván Arturo Pérez Negrón Ruiz, de Morena y presidente de la Comisión de Hacienda, introdujo una “reserva” que entrará seguramente en discusión el próximo martes, ganarán la discusión y se aprobará su reserva para integrarse luego en la Ley, prevé en el punto vigésimo lo siguiente: “Se faculta al Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) para reintegrar a la Tesorería de la Federación los recursos del patrimonio del Fondo de Salud para el Bienestar que se requieran para que los aprovechamientos correspondientes se destinen mediante los mecanismos presupuestarios que correspondan a los fines que en materia de salud determine la Secretaría de Salud, en términos de las disposiciones aplicables. La citada dependencia deberá informar Congreso de la Unión sobre el uso y destino de los referidos recursos; dicha información será pública en términos de las disposiciones aplicables”.

El presidente López Obrador ha dicho hasta el cansancio que eliminará los fideicomisos para dedicarlos al tema de salud. Las afectaciones y daños a la educación, ciencia, cultura, cine e innovación serán bastas y el futuro ominoso. Pero ¿por qué mandar eliminar un Fondo que ya se dedica a la salud y que representa además cerca del doble de todos los demás fideicomisos? ¿Por qué hacerlo en lo oscuro a través de una reserva que aprobará en el pleno la mayoría que su partido Morena tiene? ¿Cuál es la real intención de desfondarlo?

El Insabi no ha sido capaz de emitir las reglas de operación para que los servicios médicos, medicamentos e insumos se otorguen a los mexicanos que no tienen seguridad social. A su vez es el responsable de otorgar el financiamiento a través del Fideicomiso para que, en los servicios estatales de salud, en

los Hospitales de Alta Especialidad e Institutos Nacionales de Salud atiendan las 66 enfermedades reconocidas por el Estado mexicano causantes de los gastos catastróficos.

Con el Insabi muchos enfermos en 2019 tuvieron que pagar para atenderse y muchos otros fallecieron sin haber recibido el tratamiento por la falta del financiamiento, que, habiendo dinero, no se ejerció con la responsabilidad debida. Cito hechos: el monto de dinero validado del FSB fue 7616 millones (2017), 7671 millones (2018) y solo validó 2854 millones de pesos en el 2019, es decir, solo el 37% de lo invertido en salud en los dos últimos años de Peña Nieto.

Para mexicanos atendidos por Infarto Agudo al Miocardio, se pagaron con el FSB 998 en 2017; 1165 en 2018 y solamente 185 en 2019. Para mujeres con Cáncer cervicouterino se pagaron 2533 casos en 2017; 2525 en 2018 y solamente 174 en 2019. Así ocurre en todos los padecimientos que debe proteger este Fondo, y que, al no hacerlo, las personas o bien mueren o quedan en extrema pobreza. Por ello digo #ConLaSaludNoAMLO. No malgasten lo asignado para la salud. Daremos la batalla en el Congreso.

La mejor política en *Fratelli tutti*

El Papa Francisco recién liberó para conocimiento del mundo su Carta Encíclica *Fratelli tutti* sobre la fraternidad y la amistad social. En su primer párrafo establece que el título refiere a San Francisco de Asís, quien lo escribía para dirigirse a todos los hermanos y las hermanas para “proponerles una vida con sabor a evangelio”.

Destaca los consejos escritos, uno donde invita a “un amor que va más allá de las barreras de la geografía y del espacio”. Allí declara feliz a quien ame al otro “tanto a su hermano cuando está lejos de él como cuando está junto a él”. San Francisco de Asís “con estas pocas y sencillas palabras expresó lo esencial de una fraternidad abierta, que permite reconocer, valorar y amar a cada persona más allá de la cercanía física, más allá del lugar del universo donde haya nacido o donde habite”.

Estimados lectores, les invito a leerla y a reflexionar sobre lo allí dicho. Dos palabras exploradas a lo largo de la encíclica quiero compartirles: “diálogo” citada 46 veces y “política” citada en 76 ocasiones.

Señala que fue escrita desde sus convicciones cristianas, que le alimentan y le nutren, haciendo de tal manera que la reflexión sobre el amor fraterno, en su dimensión universal, en su apertura de todos, se abra al diálogo con todas las personas de buena voluntad. Los políticos, decimos ser la voz del pueblo, debemos ejercer el diálogo con quienes representamos. ¿Realmente los escuchamos?

Dice el Papa Francisco que

el sentarse a escuchar a otro, característico de un encuentro humano, es un paradigma de actitud receptiva, de quien supera el narcisismo y recibe al otro, le presta atención, lo acoge en el propio círculo. Pero ‘el mundo de hoy es en su mayoría un mundo sordo. [...] A veces la velocidad del mundo moderno, lo frenético nos impide escuchar bien lo que dice otra persona. Y cuando está a la mitad de su diálogo, ya lo interrumpimos y le queremos contestar cuando todavía no terminó de decir. No hay que perder la capacidad de escucha’. San Francisco de Asís ‘escuchó la voz de Dios, escuchó la voz del pobre, escuchó la voz del enfermo, escuchó la voz de la naturaleza. Y todo eso lo transforma en un estilo de vida. Deseo que la semilla de San Francisco crezca en tantos corazones’.

Luego señala que “una gran nobleza es ser capaz de desatar procesos cuyos frutos serán recogidos por otros, con la esperanza puesta en las fuerzas secretas del bien que se siembra. La buena política une al amor, la esperanza, la confianza en las reservas de bien que hay en el corazón del pueblo, a pesar de todo”. Por eso

“la auténtica vida política, fundada en el derecho y en un diálogo leal entre los protagonistas, se renueva con la convicción de que cada mujer, cada hombre y cada generación encierran en sí mismos una promesa que puede liberar nuevas energías relacionales, intelectuales, culturales y espirituales”.

Creo que los políticos como las personas, debemos ejercitar el buscar juntos la verdad en el diálogo, en la conversación reposada o en la discusión apasionada. El diálogo entre las generaciones, el diálogo en el pueblo, porque todos somos pueblo, la capacidad de dar y recibir, permaneciendo abiertos a la verdad.

Un país crece cuando sus diversas riquezas culturales dialogan de manera constructiva: la cultura popular, la universitaria, la juvenil, la artística, la tecnológica, la cultura económica, la cultura de la familia y de los medios de comunicación. ¿Qué reflexiones harán ustedes apreciados lectores?

Telemedicina

La pandemia causó una explosión en el uso de las herramientas de la tecnología digital en muchos sectores, entre ellos los de la salud, conocidos como Telemedicina. De ello quiero platicarles estimados lectores.

Esta semana se llevó a cabo la XXIX Convención Nacional Virtual de la Industria Farmacéutica con el objetivo de definir y alinear acciones para fortalecer su aportación al Sistema Nacional de Salud, a la investigación y al desarrollo económico del país, ante la nueva e inesperada realidad.

Se habló de la disrupción sanitaria, económica, en cadenas productivas y en tecnologías digitales. En la mesa de discusión del impulso a la telesalud y telemedicina participamos Héctor Valle Mesto el director de Funsalud, un *think thank* de los más prestigiosos de nuestro país; el Dr. Tomás Barrientos Forte, reconocido educador en salud de la Universidad Anáhuac y este escritor.

La disrupción se dio por la pandemia causada por el SARS-CoV-2 y sus consecuencias, entre ellas, las medidas de cuarentena y la reconversión del sistema de salud. En ambas, las TIC —Tecnologías de la Información y la Comunicación— han sido fundamentales para la modificada vida social que hoy tenemos.

Así hemos visto que personas que nunca habían utilizado la telefonía celular o el internet fueron sometidas —por la necesidad— a eventos de inmersión y hoy con toda solvencia se comunican por videollamadas o videoconferencias, participan en *webinars* o en las herramientas existentes en la nube digital para trabajar desde su domicilio.

Señalé que en las perspectivas económicas de América Latina para lo que resta del 2020 y del 2021, se ha hecho un llamado a la acción para capitalizar la transformación digital, que puede desempeñar un papel importante en convertir esta crisis sanitaria y económica en una nueva oportunidad de desarrollo enfrentando los retos y desigualdades de nuestro entorno.

Comenté que MeSH es el tesoro de vocabulario controlado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos que se utiliza para indexar artículos para PubMed y que comprende más de 30 millones de citas de literatura biomédica, revistas de ciencias biológicas y libros, entre otros.

El término Telemedicina fue introducido en 1993 y se refiere a la prestación de servicios de salud a través de telecomunicaciones remotas, incluyendo los servicios interactivos de consulta y diagnóstico. Se incluye dentro del término otros conceptos utilizados en el argot popular como ciber salud, salud digital, e-salud, telesalud y salud móvil.

Estimado lector, si usted busca en Google el término “telemedicina” encontrará 9 millones de sitios y si lo busca como “*telemedicine*” le saltarán a la vista 22 millones de sitios. En los más de 305 sitios limitados a México, en los primeros sitios le invitan a mantenerse actualizado con la más reciente información en salud; realizar consultas a distancia como la nueva modalidad de consultar al médico; las aplicaciones gratuitas o con costo creadas en México o fuera de él para sus dispositivos móviles para cualquier sistema —Android o iOS—; cursos de educación continua o coaching para profesionales y público en general; aplicaciones para ordenadores fijos o móviles y cientos de ofertas más.

La demanda por parte de los ciudadanos es tan alta que los proveedores de servicios a pasos muy por delante de la regulación sanitaria, ofrecen alternativas que miles de usuarios ya utilizan, quedando pendiente el ajuste de la legislación y las normas que derivan de ellas como por ejemplo, del uso de los datos personales en expedientes electrónicos y la interoperabilidad entre los sistemas de salud; la emisión de prescripciones médicas y el surtimiento de ellas por vía electrónica; el presupuesto para equipar con equipos remotos en zonas de alta marginación —incluyendo energía eléctrica e internet— y los recursos humanos para operarlos en ambos lados del sistema.

La telemedicina llegó para quedarse, con fondos públicos y/o privados, y los legisladores debemos poner al día la legislación que permita expandir su uso minimizando sus riesgos. Yo estoy más que puesto.

Cuidar y ser cuidado

El derecho constitucional a cuidar y ser cuidado es un tema que está ya a punto de discutirse en el pleno de la Cámara de Diputados, a través de la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, que considere la corresponsabilidad entre mujeres y hombres; la libertad que tienen las personas para decidir si adquieren o no como obligación el cuidar a quien lo requiera; y el derecho para decidir la distribución del tiempo propio acorde a sus necesidades e intereses.

En esta columna ya hemos hablado, por ejemplo, del Trabajo No Remunerado que los hogares destinan a los cuidados de Salud (TNRS) y que incluye las actividades que los miembros de los hogares destinan a la prevención, cuidado y mantenimiento de la salud en el hogar, fuera del hogar y el trabajo voluntario realizado en organizaciones no lucrativas, que a precios del 2018 significaron 378 210 millones de pesos. Para que ustedes dimensionen estimados lectores, el proyecto de presupuesto 2021 para la Secretaría de Salud e Insabi juntos, serán 145 414 millones de pesos, incluyendo los 33 000 millones de pesos que esta semana extrajeron, Morena y sus aliados, del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos.

El TNRS significa entonces casi tres veces el gasto programado en salud para atender 73 millones de mexicanos (Insabi), los servicios de rectoría en salud con la Cofepris incluida y los servicios otorgados en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad e Institutos Nacionales de Salud. Para nadie es desconocido, que el TNRS y en el cuidado del hogar (TNRH) son otorgados primordialmente por las mujeres que en su conjunto representaron en el 2018, 5.5 billones de pesos (23.5% de participación respecto del PIB nacional).

Son ellas quienes cuidan a las y los niños pequeños, a quienes enferman o presentan una discapacidad, los adultos mayores, las responsables del resto de labores del hogar, sin remuneración alguna, con carencias profundas en sus derechos y con muchos costos para su desarrollo personal y profesional.

De aquí que está dando “publicidad” a un proyecto de decreto por el que se reformarían los artículos 4° y 73 de nuestra Carta Magna para impulsar la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, cuyo objetivo es dar visibilidad al trabajo de cuidados por medio de su reconocimiento en la Constitución Federal, pretendiendo sentar las bases para incluir la garantía del derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho al autocuidado y sus contrapartes como las obligaciones correspondientes en ambos géneros, visibilizando por supuesto el masculino.

Cada día hay más compatriotas que necesitan de cuidados y no los tienen o los tienen de muy baja calidad; lo que pone en peligro su integridad y sus vidas; pero también son miles de personas —mujeres la mayoría— que hacen labores de cuidados con costos altísimos para su bienestar, el de sus familias y para el país.

Se busca que, a través del Sistema Nacional de Cuidados, se atiendan las desigualdades de sobra conocidas, donde las mujeres han subsidiado la falta de infraestructura y servicios para la población en situación de dependencia. Y a partir de allí desarrollar políticas públicas para igualar el marcador en obligaciones con el género masculino.

Ejemplos de políticas públicas han sido programas como Oportunidades, Estancias Infantiles y Escuelas de Tiempo Completo, que han sido eliminadas por el gobierno de una transformación “de cuarta” que atendían la posibilidad de mayor desarrollo humano en las mujeres. Esto ha sido un error, que además llega en tiempos de pandemia, sobrecargando en mucho las labores de las mujeres en las familias mexicanas.

¿Cuánto costaría el Sistema Nacional de Cuidados? Les aseguro que mucho menos que lo que cuesta el no tenerlo. Veremos el desenlace en los próximos días.

Claroscuro presupuestal rumbo a 2021

Escribo esta columna a las 05:45 horas, justo al terminar la votación —con mi voto el contra— del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2021, después de más de 40 horas de deliberación, más de 300 reservas a debate y nulo discernimiento de Morena y sus aliados, de ello quiero comentarles hoy.

En materia de salud pública (Ramo 12) se aprobó la misma cantidad que propuso el Ejecutivo federal \$145 000 mdp, presumiendo que hubo un incremento del 9% respecto al 2020. Sin embargo, al restarle los 33 000 mdp extraídos del Fideicomiso Fondo de Salud para el Bienestar, que fueron “etiquetados” para salud en realidad fueron 112 000 mdp, un 16% menos que en el año 2020.

Por tercer año consecutivo, el presupuesto en Salud ha sido menor que el año previo, y, por tanto, los ofrecimientos de salud nórdica; de cobertura universal; de gratuidad en servicios, medicamentos e insumos; de vacunación universal y para atender COVID-19 quedarán solo en el realismo mágico de López Obrador por lo que resta del sexenio ante el cierre del espacio fiscal.

Imagínese usted estimado lector que le toca administrar los recursos en el 2021 para dar solo atención médica —que salud es más amplio— y le avisan que tiene una población de 129 millones de mexicanos para proporcionarles con “gratuidad” iguales servicios, medicamentos e insumos. Pero si la persona tiene afiliación a Pemex o Servicios Estatales de Salud (1 millón de personas) dispone de \$24 179 pesos per cápita; si es afiliado al ISSSTE (7 millones de personas) tendrá \$8590.00 pesos per cápita; si está afiliado al IMSS (47 millones de personas) tendrá \$6385.00 pesos per cápita; si no tiene seguridad social entonces será atendido por el Insabi o los servicios estatales coordinador con el Insabi (77 millones de personas) tendrá \$2406 pesos per cápita; si vive en zonas rurales con afiliación al IMSS-Bienestar (13 millones de personas) tendrá \$1081.00 pesos per cápita; y por último para el resto de actividades de rectoría en salud (129 millones de personas) tendrá \$519.00 pesos per cápita.

Cierto estoy de que sería imposible otorgar la misma cartera de atención médica en los diferentes segmentos, sobre todo, que las personas que viven en zonas de atención prioritaria —dispersas, rurales, alta marginación y pobreza extrema— están mucho más excluidas de los servicios de atención médica. La realidad se impone al pensamiento mágico.

Otro vértice de análisis es el claro descuido del gobierno federal en materia de vacunación, programa E-036, que, por tercer año consecutivo, presenta una disminución de \$2160 mdp en 2020 a \$2153 para el 20201 (-0.3%). Adicio-

nalmente ha tenido subejercicios y no se han adquirido las vacunas requeridas en el 2020 que hemos denunciado ya en esta columna.

Referencia especial merece la ausencia en el PEF del dinero requerido para adquirir la vacuna COVID-19. Morena y sus aliados eliminaron 109 fideicomisos disque para asignarlos a salud; han sustraído \$ 73 000 mdp disque para la salud y las vacunas. ¿Cuánto se necesita si quisiéramos vacunar al 70% de la población requerida para alcanzar la inmunidad de rebaño según las estimaciones más recientes? Veamos al primer año: IMSS 37.8 millones de personas (378 millones de dólares, mdd); Insabi 53.9 millones (539 mdd); ISSSTE 9.1 millones (91 mdd); Pemex-ISSFAM 3.5 millones (35 mdd). El gasto total a un cálculo de una dosis a 10 dólares por dosis serían 1043 millones de dólares, que al tipo de cambio representarían \$21 903 mdp, cantidad que no aparece por ningún lugar en el presupuesto aprobado por Morena.

Estoy convencido que el gobierno federal tendrá el recurso para pagar la vacuna contra COVID-19 cuando vaya siendo liberada, pero será en absoluta oscuridad y subejerciendo el presupuesto en el 2021. Sería un crimen que no la adquiriera y luego dijera que los Diputados “no le asignaron recursos”, después de tantos testimonios de solicitud para que fueran etiquetados.

Mientras tanto, cuídese de no contagiarse de la COVID-19 y vacúnese contra la influenza.

Sin señas particulares y fideicomisos

*Nadie abandona su hogar a menos que
su hogar sea la boca de un tiburón...*
Warsan Shire, poeta somalí

Sin señas particulares es la ópera prima de la directora guanajuatense y mexicana Fernanda Valadez Rodríguez, escrita por ella y por Astrid Rondero Martínez, que recién fue premiada en el Festival de Cine de San Sebastián con el premio Cooperación Española, que se entrega a toda aquella película iberoamericana cuyo eje es el compromiso con los derechos humanos, la erradicación de la pobreza y el desarrollo humano. María Ángeles Moreno, secretaria de Estado de Cooperación Internacional Española, entregó el reconocimiento diciendo que la decisión recaía en *Sin señas particulares* porque visibiliza a través de la mirada de una madre la fuerza de las mujeres para defender el derecho a saber frente a la impunidad y la desmemoria de la violencia; y por transmitir esperanza en la capacidad de las personas para construir un mundo más humano a través de la solidaridad y la empatía.

Por su parte, Jayro Bustamante presidente de la sección horizontes latinos, que impulsa el conocimiento de los largometrajes producidos total o parcialmente en Latinoamérica, dirigidos por cineastas de origen latino o que tengan por marco formar comunidades latinas en cualquier parte del mundo mencionó que elegían *Sin señas particulares* porque nos hemos dejado llevar por un viaje físico y emocional, propuesto por un personaje femenino, que va cargando a pie con el peso de la violencia estructural fuera de campo que recae sobre sus espaldas.

María Fernanda Valadez, filósofa, estudiosa de las letras latinoamericanas y egresada en Dirección del Centro de Capacitación Cinematográfica ha hecho con Astrid Rondero una gran pareja y equipo con la sensibilidad para escribir y producir esta película intrépida, mágica, enérgica y demasiado real que comienza como un viaje recto y luego lleva al espectador a un mundo cinematográfico donde los monstruos son reales. La película se centra en una crisis humanitaria —la migración— que dejó pueblos vacíos y ejércitos de personas, y es un retrato completo de una tragedia. Es un acercamiento impresionante a una fabulosa guerra, y se conecta a muchos lugares de todo el mundo en guerra interna.

Sin señas particulares, título que describe que muchos migrantes se pierden sin tener ninguna seña particular que los identifique, ha recibido también en Sundance 2020 (EUA), World Dramatic Competition, Premio de la Audiencia y Premio del Jurado a Mejor Guion; Festival de Cine de Zúrich, Ojo de Oro a Mejor Película; Festival de Lima 2020 (Perú), Premios a Mejor Ópera Prima y Mejor Fotografía; Mooov Film Festival 2020 (Bélgica), premio del Jurado Joven; Pyeongchang International Peace Film Festival 2020 (Corea), premio Mejor Película; Andrey Tarkovsky International Film Festival Zerkalo 2020 (Rusia), premio a Mejor dirección y Molodist International Film Festival-Kiev 2020 (Ucrania), premio a Mejor Película.

Estimados lectores, traigo esto a colación porque *Sin señas particulares* fue apoyada con capital semilla del extinto FOPROCINE, que desapareció el gobierno de Morena el pasado 2 de abril, puesto que no tenía estructura orgánica. Este fideicomiso tenía por objetivo producir el cine de calidad y de orientación más social, emergiendo por sus efectos Guillermo del Toro, Carlos Reygadas, Amad Escalante, Fernanda y Astrid. El PROPOCINE apoyaba en fases de producción o post producción alrededor de 30 películas al año, financiando primeras películas y permitiendo el debut no sólo de nuevos directores, sino de equipos completos. Era un fondo mundialmente reconocido por su transparencia, totalmente auditado en lo financiero y en la calidad de sus películas.

Ante el reclamo de su extinción, hubo negociaciones con el IMCINE y con las comisiones de cultura y presupuesto de la Cámara de Diputados. Se acordó que las funciones y los recursos del FOPROCINE y PROPOCINE serían incluidas en el FIDECINE. Esto suponía cambios en la Ley de Cinematografía que fueron acordados con la comunidad a través de mesas de trabajo y de reuniones con representantes de la industria. Estos cambios a la ley tendrían que haberse votado en septiembre, lo cual no ocurrió.

En el mes de agosto, por manotazo de López Obrador a Morena, el acuerdo fue roto. La Secretaría de Hacienda se comprometió a enviar los recursos de los fideicomisos al IMCINE, al que habrían de dotar de relativa autonomía, con nuevos cambios a la Ley de Cinematografía. El compromiso fue que el día en que se anunciara en la Comisión de Presupuesto la extinción de los fideicomisos (entre ellos FIDECINE) se haría pública la iniciativa de ley para garantizar los recursos al cine, hecho que no sucedió.

El próximo martes, entrará a votación en la Cámara de Diputados la minuta para eliminar los fideicomisos y llevar a las arcas del tlatoani López Obrador más de 60 000 millones de pesos. Morena logrará los votos para que esta ignominia sea una realidad. Situación que provocará que la extinción de los fi-

deicomisos del cine deje sin garantía alguna la continuidad de los programas que han sido tan exitosos y que permitieron junto al EFICINE —que apoya con estímulos fiscales— que nuestro país pasara en menos de veinte años, de menos de 10 películas al año a hacer más de 200, poniendo al cine mexicano en el panorama mundial.

Cabe destacar que el total del financiamiento público al cine (FOPROCINE, FIDECINE Y EFICINE juntos) es menos de lo que cuesta una película de Hollywood. Es decir, la eficacia de la inversión es muy alta, pues competimos en los festivales más importantes del mundo con recursos muy limitados. Concluyo comprometiéndonos con Fernanda, Astrid y la comunidad cineasta del país a dar los elementos de ciencia y conciencia en la tribuna de San Lázaro, para tratar de no ocurra la eliminación de los fideicomisos.

La molécula de nicotina y su relación con COVID-19

En una carta intitulada “Más allá de dejar de fumar: Investigar la nicotina medicinal para prevenir y tratar el COVID-19” publicada por Hilary A. Tindle y colaboradores, se hace un recuento que, en ausencia de tratamiento o vacuna, la pandemia SARS-CoV-2 desafía a la comunidad médica a identificar nuevas estrategias de contención.

Describe la hipótesis nicotínica propuesta por J. P. Changeux y colaboradores que los receptores de acetilcolina nicotínicos pueden ser una diana terapéutica para reducir la infección por SARS-CoV-2 y mitigar la enfermedad de COVID-19. El análisis de dicha hipótesis podría tener implicaciones para prevenir y tratar la enfermedad COVID-19 entre miles de millones de pacientes y proveedores de atención médica, incluidos los que fuman cigarrillos y los que no.

Existe evidencia epidemiológica que hay menores tasas de infección por SARS-CoV-2 entre los fumadores y podría explicarse, por la exposición a la molécula de nicotina, que modula el sistema de renina-angiotensina-aldosterona, la cascada fisiológica implicada en complicaciones pulmonares, cardiovasculares, renales y neurológicas de la patogénesis COVID-19.

Si la molécula de nicotina reduce la expresión de la enzima convertidora de angiotensina 2, negando así la entrada de partículas virales en las células, entonces la administración exógena de nicotina podría reducir las tasas de infección por SARS-CoV-2, hipótesis que debe seguirse estudiando para obtener evidencias más contundentes.

Debo enfatizar que la nicotina medicinal ha sido aprobada por la FDA, económica, sin receta y podría ser una terapia fácilmente disponible, segura, que incluye un bajo potencial de adicción y pocas contraindicaciones.

Está absolutamente probado el efecto nocivo del tabaquismo en la salud, en la vida de las personas y quienes rodean a los fumadores, más aún, si están expuestos al humo de segunda mano. Por ello, debe discutirse en la Cámara de Diputados la conveniencia de aprobar alternativas de dispensación de nicotina sin combustión, tales como la terapia de reemplazo de nicotina, el cigarro electrónico y el tabaco calentado. La diferencia de riesgo entre el cigarro convencional y las alternativas mencionadas ha sido aceptada por el Real Colegio de Médicos del Reino Unido y los productos recién autorizados este mes por la FDA para la comercialización del sistema de calefacción de tabaco IQOS con información de “exposición reducida”.

En nuestro país, la pandemia de COVID-19 provocada por el SARS-CoV-2 está causando dolor en el seno de muchas familias; en muchas de ellas

por la pérdida de uno o varios seres queridos, en otras por la pobreza que les ha generado y en otras por trastornos sociales como violencia intrafamiliar.

La base de datos abiertos del Gobierno Federal al 19 de julio de 2020 consta de 821 922 registros con 35 variables en cada uno de ellos. Entre las variables registradas está si las personas tienen el hábito del tabaquismo, que ha sido señalado como un factor de riesgo para el resultado final del COVID-19. Del total de registros 334 621 fueron de 18 años y más positivos a COVID-19, teniendo hábito del tabaquismo el 12% de ellos. La proporción de mortalidad por COVID fue del 13% en los que fumaban y del 11% en los que no fumaban, siendo esta diferencia no significativa.

Cito el estatus actual declarativo de la Organización Mundial de la Salud: “insta a investigadores y medios de comunicación a ser prudentes y evitar difundir la idea no probada de que el tabaco o la nicotina podrían reducir el riesgo de padecer COVID-19”.

Por último, la ciencia debe seguir investigando en todo el armamento disponible hasta en tanto no se tenga una profilaxis eficaz y segura para combatir la pandemia por SARS-CoV-2. Registrados los hechos de tasas más bajas observadas de infección por SARS-CoV-2 entre las personas que fuman; el potencial hipotético de la nicotina medicinal para reducir la infección y mitigar la gravedad de la enfermedad; y la viabilidad de utilizar la molécula de nicotina para individuos que no fuman, la nicotina medicinal debiera examinarse rápidamente para determinar el papel en la prevención y el tratamiento del COVID-19.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El 17 de agosto se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PROSESA), derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) presentado el 30 de abril de 2019 y publicado en el DOF el 12 de julio de 2019, en el que se establecen los objetivos, estrategias y acciones a los que se deberán apegar las diferentes instituciones de la administración pública en los tres órdenes de gobierno a fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, así como un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El PROSESA fue presentado siete meses fuera del plazo legal establecido para ello, sin hacer referencia explícita a las causas que motivaron su retraso, pues la pandemia por COVID-19 fue posterior al plazo que tenían. Ahora es más que necesaria su revisión para saber a dónde nos quieren conducir en dos vías: la normativa con la visión objetivo, y la presupuestal para ver si llega al objetivo planteado.

En el PND se vislumbra en la política social “salud para toda la población”, como un objetivo de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública la inversión en infraestructura y servicios de salud, además del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (Insabi). Reformular el combate a las drogas. Dignificar las condiciones de salud de los reclusos. Servicios universales y gratuitos de salud.

Se comprometen garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (1 de enero de 2020), que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE.

Se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano. El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud. Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales. Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva. Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones y, se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

El PROSESA establece cinco objetivos “prioritarios” de los cuales se derivan 26 estrategias “prioritarias” y 201 acciones puntuales. Cabe señalar una redacción ambigua a nivel de metas con indicadores poco claros para saber si se llega al cumplimiento de estos, y cómo se desenvolverá el presupuesto para cumplir cada una de ellas.

Me referiré ahora al tema medicamentos en lo particular, vocablo que aparece 56 ocasiones utilizado como se usa al ajonjolí en todos los moles, pero solo con una cosmovisión mágica cual si hubiese sido escrito por Juan Rulfo con toda su imaginación y con nada de realidad.

Un objetivo prioritario que garantizaría el suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud (no dice si todos o solo unos cuantos), diciendo a seguir que se incluye (sin que se pueda encontrar) en este objetivo la estrategia y acciones puntuales relacionadas con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos e insumos para la salud, en el sentido que la ampliación de las capacidades del sistema, requieren implementar una serie de mejoras a la cadena productiva, preferentemente en el ámbito de la industria farmacéutica nacional como parte de la ampliación de la cobertura de cualquier tipo de padecimiento.

Con la subrogación a terceros (OPS/UNOPS) firmada antes de aparecer el PROSESA dicho objetivo de ampliar las capacidades “preferentemente en el ámbito de la industria farmacéutica nacional” nació tres metros bajo tierra o incinerado dadas las costumbres ahora por la pandemia.

Delinean instaurar un sistema de control en tiempo real del ciclo de abasto de medicamentos e insumos y el mantenimiento preventivo de unidades de salud y el equipo. Será bueno saber quiénes lo manejarán en función de temas tan sensibles como la calidad y la vigilancia farmacológica de productos a los cuáles se les dará un “registro simplificado” en la Cofepris recién denigrada en los hechos a una ventanilla de recepción.

De lo que el Insabi y las demás instituciones federales soliciten a la OPS y UNOPS, sabremos cómo se fortalecerán los mecanismos relacionados con la producción, precios y abasto oportuno de medicamentos, materiales de curación e insumos para la salud en beneficio de toda la población, especialmente de grupos históricamente discriminados y población en condición de vulnerabilidad.

Ya sabemos ahora que habrá opacidad dadas las reglas de los terceros en quienes el gobierno de Morena, por su incapacidad e incompetencia, han descansado la responsabilidad de las compras y centralizado ahora en un monopolio de Estado, la distribución en gente que también será incompetente, dado que no son enchiladas.

De las acciones puntuales que se tomarán, ninguna tiene una meta que pueda contrastarse en el tiempo, máxime que llevan ya 20 meses de gobierno. La única meta pseudopuntual es el porcentaje de recetas surtidas al 100%, medido con una encuesta y que en su imaginación llegará al 100% para el 2024.

Me conformo con saber en el futuro próximo si la reforma constitucional del bienestar tendrá otra reforma a la Ley General de Salud para no limitar el deseo de “Todos los medicamentos para todos los padecimientos para todos los mexicanos”, solo al segundo nivel de atención y ver el PEF que se presentará a más tardar el 8 de septiembre, un presupuesto proporcional en la realidad al mágico imaginado. Ya lo comentaremos estimados lectores.

López-Gatell Ramírez, el imperdonable

Hugo López-Gatell Ramírez, se va sin dignidad de las conferencias en un momento de gran contraste después de la elección. El INE con Lorenzo Córdova al frente de la Presidencia del Consejo, continúa con la dignidad de haber implantado un modelo de comunicación exitoso para combatir la desinformación y librar en comunión con los ciudadanos de manera exitosa la elección del pasado 6 de junio y el asedio del mismísimo titular del Ejecutivo federal y los liderazgos del movimiento morenista, que visibiliza y ratifica la importancia de los órganos constitucionales autónomos, los cuales debemos defender como demócratas.

En contraste, López-Gatell Ramírez, el imperdonable, con la saga desinformativa y un modelo de comunicación vespertino que fracasó, deja una estela de cientos de miles de muertes —evitables la gran mayoría— y millones de hogares en pobreza por motivos de salud, por el manejo ideológico que le dio a la pandemia. Su soberbia y deseos de cumplir la ideología del titular del ejecutivo, amputó su raciocinio científico y con ello, la utilización de la medicina científica basada en evidencias, anulando a su jefe el Dr. Jorge Alcocer Varela, al organismo constitucional específico para combatir las epidemias el Consejo de Salubridad General, a la coordinación con las entidades federativas el Consejo Nacional de Salud, a la coordinación con las entidades federales — IMSS, ISSSTE e Insabi— y, al Consejo Nacional de Vacunación por mencionar algunos, centrando en su persona la frase máxima de lo egocéntrico: “La Verdad soy YO”.

A López-Gatell Ramírez, el imperdonable, la historia lo juzgará más temprano que tarde, y también pasarán a la báscula sus pares en el gabinete que debieron haber hecho más contrapeso, al igual —con honrosas excepciones— que las Universidades, Investigadores, Academias Nacionales de Ciencias, Medicina, Cirugía y Pediatría; Colegios y Asociaciones de profesionales de la salud, que a lo más expresaron tardíos susurros de postura acerca del pésimo manejo, más aún cuando las evidencias del tratamiento errático eran ya notorias. Algunos personajes como los exsecretarios de Salud, Premios Nobel mexicanos y distinguidos investigadores alrededor del mundo señalaban los errores y horrores y proponían nuevos rumbos, todo fue desoído por el imperdonable.

En fiel reflejo del manejo ideológico del imperdonable López-Gatell Ramírez, el contrapeso del Congreso del Unión y de los gobernadores fue anulado por Morena y sus simbioses partidos como el PT, PES y PVEM. Para muestra un botón: la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, presidida por Morena, nunca programó una sesión para debatir la catástrofe que estaba ocurriendo en nuestro país desde el primer error minimizar el problema, negándose incluso a

aceptar la ayuda económica para comprar equipo y contratar personal —miles de millones de pesos puestos a su disposición— propuesta por diversos grupos parlamentarios, opción en la que insistió incluso Mario Delgado, otrora coordinador de Morena en la Cámara Baja, argumentando el imperdonable, que el país estaba preparado para atenderla y que no necesitaban nada más, días después vino la debacle de la que aún no salimos.

En las sesiones la Comisión Permanente por Morena, tampoco se aceptó se discutiera el tema, ni para modificar leyes, ni para supervisar presupuestos, ni para que hubiera una auditoría externa que apoyara la corrección del rumbo fatal que llevaba el paupérrimo manejo.

Minimizar la pandemia; improvisar sobre las rodillas la planificación de recursos y respuesta sincronizada con el sistema nacional de salud; arrollar gobernadores y sistemas estatales de salud; despreciar las capacidades del sistema privado de salud mexicano; comprar mal, insuficiente, tarde y caro equipos de protección; conversiones hospitalarias tardías y equívocas; y por último, no fomentar la investigación de protocolos tempranos de vacunas y medicamentos, así como la opacidad en la compra tardía de las vacunas y la politización de su aplicación buscando obtener el voto electoral y no de salvar vidas serán temas que más pronto que tarde saldrán a la luz pública.

López-Gatell Ramírez, el imperdonable, durante la cronología de sus sesiones de desinformación, minimizó tanto los efectos de la pandemia como las opiniones vertidas incluso por la OMS o su titular cuando eran opuestas a su verdad, utilizando incluso el sarcasmo, como, por ejemplo, cuando dijo a los exsecretarios de salud que deberían “patentar” su propuesta, en vez de, con humildad, escuchar todas las voces para mejorar la salud y salvar la vida de millones de mexicanas y mexicanos.

Quiero decirles a ustedes amables lectores, que no se nos debe olvidar que las muertes, a diferencia de sus conferencias, no eran números o gráficos mañosos, sino que eran personas —como mis familiares, amigos, compañeros médicos y enfermeras— con rostro, nombre y apellido. Cada muerte ha sido una tragedia para su familia y comunidad. Esperamos cada uno asuma a su tiempo la responsabilidad que le corresponda.

Por último, como otro error más de su soberbia ideológica, se le ocurrió festejar en grande el fin del teatro (conferencias) con flores, mariachis y acarreados incluidos. Bajó el telón pretendiendo una salida triunfalista, pero a nadie engaña; se va sin dignidad y como responsable directo de la peor catástrofe sanitaria que ha tenido nuestro país.

El campo y el vino mexicano

Esta semana participé en el foro virtual organizado por El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) cuyo objetivo fue contextualizar la producción del vino mexicano desde el campo y las necesidades que enfrenta para competir en un mercado de bebidas alcohólicas muy dinámico. Así como los beneficios que traería la modernización del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) de bebidas alcohólicas de un esquema *Ad Valorem* a un *Ad Quantum*, que permitiría ahorros considerables para esta categoría en el pago del IEPS y contar con recursos para la innovación y desarrollo de los vinos mexicanos en el mercado global.

Estuvieron presentes investigadores de diferentes institutos y centros de investigación, economistas prestigiados y personas conocedoras del tema y de las necesidades para su innovación, crecimiento y desarrollo.

Participamos también legisladores de ambas cámaras por dos razones, la primera, por la función de representación y la segunda, porque para lograr lo llamado por ellos “modernización” requerirá una reforma con vista tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados de la Ley del IEPS publicada el 30 de diciembre de 1980, con última reforma el 9 de diciembre de 2019 y cuotas actualizadas por acuerdo del 24 de diciembre de 2020.

La propuesta que hemos estado trabajando desde hace más de un año propone gravar el litro del alcohol puro. Hoy se utiliza *Ad Valorem* que no grava la cantidad de alcohol que se vende y se consume; ignora la cantidad de alcohol de las bebidas favoreciendo la venta de productos con alto contenido de alcohol y de bajo costo; por tanto, no combate el consumo excesivo de alcohol.

El método propuesto *Ad Quantum* grava la cantidad de alcohol que se vende y se consume, con una sola cuota para todas las categorías de bebidas alcohólicas por su cantidad de alcohol. Los Impuestos al Valor Agregado, a la importación y los estatales ya gravan sobre el valor, eliminando la subvaluación pues no se requiere el valor sobre factura.

De manera puntual se considera gravar con un IEPS \$140.00 pesos por litro de alcohol puro para todas las categorías de bebidas alcohólicas. Este impuesto se pagaría en el primer punto de la cadena. La primera venta sería al salir la mercancía de la casa productora o en la importación definitiva, teniendo como ventajas la eliminación de la evasión fiscal al no depender el cálculo del IEPS del valor de la factura.

Los financieros consideraron que toda la información está ya en la etiqueta o en el certificado de análisis por la Secretaría de Salud, Cofepris, Conadic y Profeco. Se evitarían fugas en la cadena de comercialización. El SAT pasaría de

fiscalizar más de 900 000 puntos de venta a solo 3000, y fiscalizando menos de cien empresas podría cubrir el 90% de la recaudación.

Estimados lectores, del total recaudado en el año 2020, el 52.7% provino del Impuesto sobre la Renta, 29.6% del IVA, 8.9% del IEPS petrolero, 4.8% del IEPS no petrolero y el 3.9% de otros impuestos.

Del IEPS no petrolero en 2019 se recaudaron 57 361 mdp y por el IVA 39 326 mdp, dando un total de 96 687 millones de pesos. Del vino fueron 1509.3 mdp de IEPS (*Ad Valorem*) y 1341.2 mdp de IVA. Al aplicar el *Ad Quantum* de \$140.00 pesos por litro de alcohol se recaudaría un 17% más. En el caso del Aguardiente (Tonayán) aumentaría de 27.84 a 52.30 pesos y la cerveza estándar de 10.50 a 10.89 pesos.

Se habló de cómo fortalecer la industria y el campo mexicano y dónde invertir para lograrlo. Me declaré absolutamente interesado en continuar la vía legislativa para hacerla realidad. La legislación comparada de la OCDE muestra que solo tres países lo seguimos haciendo *Ad Valorem*. Los beneficios en términos de recaudación y los efectos positivos en la salud están a la vista. De ahí mi señalamiento para en que parlamento abierto escuchemos a todas las voces y tomar las mejores decisiones. Veremos el 8 de septiembre próximo si la Secretaría de Hacienda acepta esta modernización.

Sin señas particulares

Estos días, estimados lectores, hemos recibido malas y buenas noticias que quiero compartirles “sin señas particulares”.

La primera —mala noticia— de un post en Facebook y el trágico final para Aranza y su desgracia que nos debe hacer reaccionar como sociedad: “Familia y amigos, me pueden ayudar a compartir una vez más la imagen de Brayan, así como también les pido que lo mantengan en sus oraciones, se los agradezco con el corazón. Muchas Gracias”. “Te vamos a encontrar mi amor, espérame un poco más. Por favor, si tú sabes dónde está, házmelo saber, solo quiero poder tener un poco de paz. Ya son siete meses 8 días sin saber de él y ya no creo poder continuar más. Ayúdame, Dios mío”. Esto fue lo último que escribió Aranza Ramos antes de ser asesinada en su domicilio de Guaymas quien se sumara al colectivo Madres y Guerreras en Sonora. Aunque no hay un registro oficial de los colectivos de madres buscadoras y familiares de miles de desaparecidos en el país, al menos se cuentan 120, reveló Karla Quintana Osuna, Titular de la Comisión Nacional de Búsqueda.

La segunda —buena noticia— de la publicación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (páginas 13 y 25), donde informa de la estructura programática a emplear en el proyecto de Presupuesto de Egresos 2022 remitida a la Cámara de Diputados donde aparece el alta en el Ramo 48 “Cultura” del Pp U282 Estímulos a la creación artística, reconocimientos a las trayectorias y apoyo al desarrollo de proyectos culturales, en sustitución del Fondo Nacional para la Cultura y las Artes (FONCA) y el Pp U283 Fomento al Cine Mexicano, con el fin de ejecutar las labores de apoyo a la cinematografía nacional anteriormente realizadas a través del Fondo de Inversión y Estímulos al Cine (FIDECINE) y Fondo para la Producción Cinematográfica de Calidad (FOPROCINE). Corregir algunos errores cometidos es buena señal.

La tercera —buena noticia— es que *Sin señas particulares*, la ópera prima de Fernanda Valadez Rodríguez y Astrid Rondero Martínez ya se encuentra en las carteleras mexicanas y los invito a verla estimados lectores, pues podrán visibilizar por un lado, la utilidad de los programas ahora llamados U282 y U283 que sirvieron en su nominación anterior para que Fernanda y Astrid pudieran hacer posible este proyecto cinematográfico, y por el otro, la tragedia que viven miles de familias o personas que como Aranza y Brayan aparecen ocasionalmente en los medios de comunicación y no hay una reacción del estado mexicano y social del tamaño del problema que los desaparecidos representan.

Sin señas particulares fue la mejor película mexicana del año 2020, habiendo recibido galardones en todo el mundo. En San Sebastián se le entregó el Premio de Cooperación Española porque “visibiliza a través de la mirada de una madre la fuerza de las mujeres para defender el derecho a saber frente a la impunidad y la desmemoria de la violencia; y por transmitir esperanza en la capacidad de las personas para construir un mundo más humano a través de la solidaridad y la empatía”. En Horizontes Latinos al ser homenajeadas se dijo que las elegían porque “nos hemos dejado llevar por un viaje físico y emocional, propuesto por un personaje femenino, que va cargando a pie con el peso de la violencia estructural fuera de campo que recae sobre sus espaldas”.

María Fernanda Valadez, filósofa, estudiosa de las letras latinoamericanas, egresada en Dirección del Centro de Capacitación Cinematográfica y Astrid Rondero son miembros del Sistema Nacional de Creación de Arte, y han hecho una gran pareja con la sensibilidad para escribir y producir esta película intrépida, mágica, enérgica y demasiado real que comienza como un viaje recto y luego lleva al espectador a un mundo cinematográfico donde los monstruos son reales. La película se centra en una crisis humanitaria —la migración— que dejó pueblos vacíos y ejércitos de personas, y es un retrato completo de una tragedia. Es un acercamiento impresionante a una fabulosa guerra, y se conecta a muchos lugares de todo el mundo en guerra interna.

Sin señas particulares, cuyo nombre viene del término que describe que muchos migrantes se pierden sin tener “ninguna seña particular que los identifique”, recibió en 2020 los premios Sundance (EUA), World Dramatic Competition, Premio de la Audiencia y Premio del Jurado a Mejor Guion; Festival de Cine de Zúrich, Ojo de Oro a Mejor Película; Festival de Lima, Perú, premios a Mejor Ópera Prima y Mejor Fotografía; Mooov Film Festival (Bélgica), premio del Jurado Joven; PyeongChang International Peace Film Festival (Corea), premio Mejor Película; Andrey Tarkovsky International Film Festival Zerkalo (Rusia), premio a Mejor dirección y Molodist International Film Festival-Kiev (Ucrania), premio a Mejor Película; Gotham Award for Best International Feature; Mejor Directora y Mejor Película en el Stockholm International Film Festival (Suecia) y Mejor Película en el Festival Internacional de Cine de Morelia, entre otros.

Concluyo enfocando lo dicho por Fernanda al recibir el Premio Gotham: “en estos tiempos locos, difíciles y oscuros para todo el mundo, para México, para Estados Unidos, creo que el cine es una herramienta increíble para ayudarnos a entretenernos unos a otros, porque nos da la oportunidad de vivir un poco en los zapatos de otra persona”.

Estamos obligados como legisladores a la aprobación de recursos para el cine y las artes, así como para la búsqueda de desaparecidos y sus causas raíz de cara al 2022. Hay que verla.

Cuánto valen los niños para AMLO

AMLO y el imperdonable López-Gatell volvieron a las andadas esta semana, ratificando que la vida de los niños no tiene valor para ellos, lo hicieron al negar que había franca escasez de medicamentos oncológicos, diciendo que no habían desaparecido el programa Seguro Médico Siglo XXI nueva generación cuando ya ni en la estructura presupuestal aparece y ahora quizá vuelvan a imaginar una confabulación entre los niños y las farmacéuticas para “Obligar al Gobierno a Comprar” las vacunas para prevenir la COVID-19.

Vamos por partes, en la evaluación económica para comparar el costo beneficio de cualquier inversión, debe al menos haber dos alternativas, y colocar tanto en el numerador como en el denominador la moneda en que se cuantifica el costo y el beneficio. Por ejemplo, pongamos en pesos, en un lado de la ecuación el costo de construir el tren maya y del otro lado el costo de las vacunas para los 40 millones de mexicanos entre 0 y 18 años en el numerador, y en el denominador, los beneficios que traerán ambas inversiones. ¿Cuál proporción cree usted estimado lector que dará más dividendos a valor presente si extendiéramos el análisis durante los años próximos ajustando a la esperanza de vida por cada cohorte?

Sin duda que la vacunación, sin embargo, para el gobierno de la cuarta trastornación, cuyo sistema de planeación ha sido un fracaso, quizá considere que la vida de los niños casi no le ha costado nada al estado: cuidados prenatales baratos, atención primaria a la salud y educación económicas y en muchos casos sin costo para el estado, por tanto, el valor de su vida en términos económicos sería casi cero, lo que explicaría su desprecio e insensibilidad ante la preocupación que tenemos todas y todos de nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos.

El discurso de AMLO en su mañanera reconoce de manera fáctica lo que el imperdonable López-Gatell asume como cierto o bien se somete al pensamiento enfermo de su “mesías”: “tenemos que priorizar y no estar sometidos como sujetos, subordinados a que las farmacéuticas sean las que nos digan: falta una tercera dosis, falta una cuarta dosis, falta que se vacunen los niños; hay que ver lo que dicen los organismos internacionales y ver que opinan los científicos”.

Luego, para satisfacer a su jefe ante los regaños recibidos por él en el gabinete como se ha filtrado, López-Gatell dice verdades de perogrullo: “los menores de edad tienen muy bajo riesgo de enfermar y de morir por COVID-19, enunciando que hasta el 25 de julio pasado se habían contagiado 57 490 menores de entre 0 y 17 años y habían fallecido 595, enfatizando otra verdad a medias “no hay evidencias suficientes para vacunar a este segmento de población”.

En el fondo, están desesperados pues sigue sin control la pandemia, a pesar de “haber hecho una inversión sin precedentes” en vacunación extraordinaria, que por cierto no se ve reflejada en el avance nacional conforme a lo dicho por ellos en su famoso “plan rector” que servirá solo para contrastar que casi nada de lo planeado se ha realizado así, y que no importa lo que pase, AMLO ya dio la orden del regreso a clases y a no disminuir la actividad, pensando quizá que, si mueren otros 450 000 mexicanos en los próximos meses, habrá todavía 128 millones de compatriotas.

Hagamos ahora una lista de cotejo simple para contrastar lo dicho por los ominosos personajes multicitados supra líneas:

- 1.- ¿Los niños y adolescentes (0 a 18 años) tienen memoria inmunológica contra el SARS-CoV-2? La respuesta es contundente: ¡No! De forma que los 10.05 millones de niñas y niños de 0 a 4 años; 10.76 millones de 5 a 9 años; 10.94 millones de 10 a 14 años y 10.80 millones de 15 a 19 años por el hecho de “no enfermarse de gravedad” como sostiene el Imperdonable, si tienen todo el derecho de ser inmunizados para una enfermedad que ya sabemos es prevenible por vacunación como lo establece nuestra Constitución, más aún cuando son una población vulnerable y que de ellos además, el 34% no tienen servicios de salud según el censo del INEGI 2020. Bastante daño se ha hecho al descuidar de manera grosera el paquete básico de vacunación, hecho que la propia OMS y la Unicef han denunciado: México entre los peores países de vacunación infantil. Hay evidencia suficiente en la literatura para saber que un niño, con todas sus inmunizaciones, responde mucho mejor a la infección por el SARS-CoV-2 y disminuye la probabilidad de morir por COVID-19, aunque ellos digan que han muerto “poquitos”, claro, como no son sus hijos.
- 2.- ¿El número de casos confirmados (57 490) por el Instituto Yo Tengo Otros Datos será cercano a la realidad?, la respuesta: No. Si nos dijeran, por ejemplo, cuántas pruebas se hicieron en esa población, sabríamos que nuestro país estaría quizá más abajo del lugar obtenido de pruebas en adultos, —el último lugar por millón de habitantes, 2.8 pruebas por cada caso confirmado—. Sé bien que, si ya es último, no hay lugar debajo, sin embargo, comparado con países donde si se hacen pruebas en menores de 18 años, el número de casos positivos es inmensamente superior a lo informado por las autoridades federales. Así que no debe minimizarse el número de niños contagiados. De la mortalidad,

los datos del exceso de mortalidad muestran 1983 fallecimientos en este grupo etario.

- 3.- ¿Las farmacéuticas solo quieren vender? Las inversiones hechas por gobiernos, empresas y universidades tuvieron como objeto primordial desarrollar vacunas eficaces (superior al 50% fue la meta) y algunas de ellas, después de cumplir su cometido, han tenido ganancias sin duda, pero ¿quién está peleado con ello? Si el gobierno mexicano permitiera que la vacunación no fuera su monopolio para manejo electoral —y de esto hay mucha evidencia— ¿cuántos mexicanos estarían dispuestos a pagar los 1000 pesos que costaría vacunar y prevenir con ello una potencial muerte de sus hijos?

Creo sin dudar que habría mucha más demanda, ya oficial con gobiernos estatales y municipales, como empresas y sociedad civil. Que liberen el monopolio de estado y los niños sufrirán menos.

- 4.- ¿Cuánto ha invertido el gobierno mexicano en el desarrollo de las vacunas o tratamientos para el COVID? Ha sido patético el saber la destrucción del sistema de investigación mexicanos, la famosa “vacuna Patria” y la inversión irrisoria de supuestos cien millones de pesos. Eso sí, los ineficientes y sobresaturados de Laboratorios Birmex serán maquiladores de la vacuna Sputnik-V, Liomont de AstraZeneca y DrugMex de Cansino. Harona conocemos proyectos de inversión de universidades mexicanas con empresas farmacéuticas para buscar vacunas, ¿cuánto habrá de impuestos públicos? Hasta ahora cero pesos. De tener éxito, ¿serán señalados como “aspiracionistas” y no la utilizarán para hacer el derecho a la protección de la salud una realidad a los niños mexicanos?
- 5.- Para generar la “evidencia” requerida para la toma de decisiones del Imperdonable y sus secuaces, ¿cuántos protocolos de investigación se están desarrollando en México? Ninguno, es la respuesta. En la base de datos de la OMS y de registros clínicos del NIH aparecen dieciocho estudios con la conjunción “child y COVID” y solo en uno de ellos México participa en un ensayo multicéntrico para evaluar la eficacia, la respuesta inmunitaria y la seguridad de una vacuna COVID-19 en adultos ≥ 18 años con una expansión pediátrica en adolescentes (de 12 a <18 años) con riesgo de contraer SARS-CoV-2. Los centros participantes son PanAmerican Clinical Research Mexico en Querétaro; la Unidad de Atención Médica e Investigación en Salud en Yucatán; el Instituto Nacional de Salud Pública en Morelos, el CAIMED Investigación en Salud S.A de C.V en CDMX; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nu-

trición Salvador Zubirán en CDMX y, FAICIC S. DE R.L. DE C.V. en Veracruz, pero ojo, solo participan con adultos, ninguno con niños. No podrá haber evidencia nacional sin estudios orientados a niños y esa es una tarea por hacer.

- 6.- Por último, ¿no hay evidencia en la literatura médica para apoyar la vacunación en menores de 18 años? En la base de datos indizada Pub-Med con los descriptores “*child*”, “*vaccination*” y “*COVID*” hay suficiente evidencia en dos líneas: la primera, los cuidados que hay que tener con las mujeres embarazadas y las reticencias de los padres para inscribir a sus hijos en ensayos clínicos porque les preocupan las vacunas, la tendencia es clara, ya se ha demostrado y estamos vacunando a las mujeres arriba de 12 semanas de embarazo, y hay más ensayos clínicos en niños. La segunda es que ya hay reportes de beneficios en menores de 18 años con la vacuna Pfizer-BioNTech, estudio que contempla terminar en 2023. Así las cosas y por los tiempos presupuestales 2022, debiéramos iniciar ya la vacunación en menores de edad, la seguridad y eficacia están probadas en un escenario donde la variante delta nos pone en jaque otra vez. Lucha aparte deben tener los científicos para no excluir de manera tajante a niños y embarazadas de los proyectos de investigación, el desarrollo de vacunas contra el SARS-CoV-2 nos puso en otro horizonte y hay que aprovechar la experiencia.

Para mí, la vida de las niñas, niños y adolescentes es sumamente valiosa, seguiré luchando para que sus derechos se hagan realidad y tengan una vida larga y saludable.



Porque fue así

“La cuarta Transformación”

Congreso

Paridad, ¿hacia el 2030?

“La verdad es lo que es, y sigue siendo verdad, aunque se piense al revés”, dijo el célebre poeta español Antonio Machado. ¿Cuál será la verdad en el tema de paridad? Iniciemos por el vocablo “paridad” que en español tiene tres acepciones, una de ellas señala que es “igualdad de las cosas entre sí”.

En términos de género, nuestra carta magna, en su título primero, artículo cuarto y párrafo primero, reconoce como una de las manifestaciones concretas de una democracia justa la igualdad formal y material entre hombres y mujeres, cuya finalidad aspira a erradicar la desigualdad histórica que éstas últimas han padecido mediante la creación de leyes, políticas públicas e incluso decisiones judiciales con perspectivas de igualdad de género, que fomenten y hagan efectivo el ejercicio de los derechos humanos que tienen a su favor.

Así que la paridad como principio en la integración de los órganos de representación popular, a diferencia de las cuotas de género, constituye una norma, con doble naturaleza como regla y principio, de carácter general y permanente cuyo objetivo es garantizar la representación de la pluralidad de la sociedad mexicana en todos los niveles y órdenes de gobierno, previéndose así en el artículo 41 de nuestra Constitución Federal.

En Guanajuato, estamos proponiendo una reforma constitucional al artículo 17 para garantizar la paridad entre los géneros, en las candidaturas al Congreso del Estado e integrantes de los ayuntamientos; además, las fórmulas de propietario y suplente deberán ser del mismo género. Para la elección de julio de 2018, todos los partidos políticos deberán presentar sus propuestas con igual número de mujeres y hombres.

Sin embargo, la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres como meta de desarrollo sostenible hacia el 2030 está lejos de alcanzarse con tan solo esta medida. En la recién publicada Constitución Política de la Ciudad de México, se prevén otras medidas tendientes a fortalecer la paridad, por ejemplo, en el artículo 32 mandata que la o el Jefe de Gobierno deberá garantizar la paridad de género en su gabinete; en el artículo 35 establece que en la integración del poder judicial se garantizará en todo momento el principio de paridad de género

En el artículo 53 constitucional de la CDMX se ordena garantizar la igualdad sustantiva y la paridad entre mujeres y hombres en los altos mandos de la alcaldía; y en el artículo 60 señala que los entes públicos establecerán políticas de profesionalización y un servicio de carrera fundado en el mérito, la igualdad de oportunidades y la paridad de género.

En otro vértice, hace dos días se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el acuerdo del Consejo General del Instituto Nacional Electoral, por el que en ejercicio de su capacidad de atracción, se emiten los criterios generales a efecto de garantizar el cumplimiento al principio de equidad de género en la postulación de candidaturas para todos los cargos de elección popular a nivel local; así como el acuerdo por el que aprueban en su interior la política de igualdad de género y no discriminación 2016-2023.

De la materialización al derecho de votar y ser votada por las mujeres mexicanas publicado en el DOF el sábado 15 de octubre de 1953, a lo observado en nuestros días hay avances significativos, pero aún lejanos del ideal de paridad para el desarrollo humano.

Cierto estoy que debiéramos hacer mayores esfuerzos como sociedad. ¿Estarían las y los actores políticos del estado dispuestos a garantizar en la Constitución estatal la paridad de género en los demás poderes, ayuntamientos y organismos públicos? Por mi parte, soy materia dispuesta. Y ¿usted qué opina?

XXIII Aniversario procurando derechos

El pasado Jueves Santo, el procurador de los Derechos Humanos de nuestro estado, Lic. José Raúl Montero de Alba, cumplió con una de las obligaciones que le mandata el artículo 16 fracción XIII de la Ley para la Protección de los Derechos Humanos en Guanajuato, consistente en enviar por escrito al Congreso del Estado, el segundo jueves del mes de abril, el informe anual de actividades de la Procuraduría.

El XXIII Informe de Actividades enero a diciembre de 2016 consta de 312 páginas y está disponible para su estudio y consulta de los interesados en formato electrónico, tanto en la página web del Congreso como en la propia de la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Debo señalar primero, lo ocurrido con este órgano autónomo constitucional y lo que ha cambiado la Ley a fin de que los representantes populares conozcan lo informado. En 2006, el mismo artículo y fracción señalaban que el Defensor del Pueblo debería “presentar al Pleno” del Congreso del Estado, en la segunda quincena de mayo, un informe anual sobre las actividades de la Procuraduría.

Para mayo de 2010, los diputados cambiaron la Ley antes citada que obligaba al Ombudsman a enviar al Congreso del estado, el “primer jueves del segundo periodo ordinario de sesiones”, un informe anual por escrito sobre las actividades de la Procuraduría. El 14 de septiembre de 2012 otra vez los diputados modificaron para presentar dicho informe el “segundo jueves del mes de abril”.

Acoto lo anterior, debido a que algunos editorialistas de medios prestigiosos de comunicación criticaron al Procurador por presentar dicho informe en pleno Jueves Santo. En su defensa diré que lo hizo para cumplir con la obligación que le marca la Ley, y los legisladores estaban también obligados a recibirlo, y ahí estuvo, a nombre de los 36, el Dip. Mario Alejandro Navarro Saldaña, presidente de la Mesa Directiva actual, acompañado por otros diputados, entre ellos el que escribe esta columna.

Del multicitado informe y que ustedes estimados lectores pueden consultar más a profundidad, resalto dos secciones, la primera llamada “Defensa y protección” y la segunda intitulada “Estado de guardan los derechos humanos en la entidad”.

De la primera, es fácil reconocer que, con una experiencia acumulada de 23 años, la Procuraduría de los Derechos Humanos, se ha convertido en un pilar y referente en la sociedad.

Que sus titulares y funcionarios que la integran se han consolidado como legítimos interlocutores entre la población y las autoridades, tanto en la solución de conflictos como en la emisión de recomendaciones que buscan reparar integralmente el daño ocasionado a quien haya sido víctima del abuso del poder.

Algunos datos 2016: mil veintidós expedientes de investigación integrados por presuntas violaciones en materia de derechos humanos. Seguridad Pública municipal 208; Ejercicio indebido de la Función Pública 144 y Lesiones 141. Clave es que se emitieron 427 recomendaciones a las autoridades, habiendo aceptado el 98%. Solo los municipios de San Felipe (2), San Diego de la Unión (1) y San José Iturbide (2) no aceptaron las recomendaciones emitidas. Aquí hay materia para que el Congreso solicite a comparecer a los presidentes municipales y conocer sus razones para no haber atendido dichas recomendaciones.

Las 69 páginas que relatan el estado de guardan los derechos humanos en la entidad, son ricas en los detalles para reconocer los avances significativos que se han logrado en Guanajuato. También sirven para interpretar como dice el procurador Raúl Montero que hay mucho camino ya recorrido, pero que falta aún mucho por hacer y es inminente dar pasos firmes y certeros.

Felicito desde este espacio a todos los funcionarios de la Procuraduría por su voluntad, empeño y las acciones responsables durante el año informado. Juntos ciudadanía y gobierno daremos pasos más firmes.

Belisario Domínguez y periodismo

El año 2013 fue declarado “Año de Belisario Domínguez, de la Libertad y de la República” por el Congreso de la Unión; reconocimiento merecido al hombre, al personaje, al Senador con mayor aprecio en la historia de nuestro país: su legado y su congruencia crecen y se valoran con los años. México era en 1913 un país convulso debido a la revuelta armada. Victoriano Huerta había usurpado la Presidencia de la República, asesinando a Francisco I. Madero y a José María Pino Suárez, presidente y vicepresidente electos democráticamente.

Don Belisario denunció desde la tribuna las atrocidades del traicionero, asesino y desalmado usurpador. Le parecía inconcebible un régimen que acallaba a las voces disidentes y que, fiel a su origen golpista, sembraba terror en la población. El Senador valiente alzó la voz en contra de la usurpación y con la ofrenda de su vida, sembró la semilla de la libertad de expresión para el fortalecimiento de la democracia.

Todo ser humano tiene del derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

La libertad de expresión es, además, un pilar de la democracia. José Woldenberg relató un episodio del pasado reciente.

Era 1974, con el ascenso del sindicalismo universitario, cuando el Sindicato del Personal Académico de la UNAM quería publicar algún comunicado, invariablemente acudían al *Excelsior*, único diario que los aceptaba, previo pago. En una ocasión, llegaron, lo entregaron, les dijeron que esperaran unos minutos, luego de los cuales volvió el responsable y les dijo que con gusto publicarían el texto siempre y cuando modificarán unas cuantas líneas. El diario más abierto y profesional de entonces, por miedo o precaución, ejercía una especie de censura previa incluso sobre los textos que eran inserciones pagadas.

En 1993, en medio de la discusión de una nueva reforma política, se abrió el paso una idea: que, al inicio de los procesos electorales, el IFE—hoy INE— solicitara a los radiodifusores y televisoras la entrega de un catálogo de los tiempos y tarifas que tenían disponibles a la venta para que fueran conocidas por los partidos políticos. Esto se debió a que a los partidos opositores denunciaban sistemáticamente que ni pagando, los concesionarios aceptaban venderles espacios para hacer sus campañas. O los concesionarios temían a la posible reacción del gobierno o lo hacían convencidos de que la única voz autorizada para explotar dichos espacios era el PRI.

De ahí venimos y vale la pena no olvidarlo. Sobre todo, porque la libertad de expresión es una construcción, un producto histórico, sujeto a vaivenes de la vida pública y siempre sujeta a relaciones de poder y tramas institucionales y normativas que pueden modificarse.

Hoy en día, la libertad de expresión se ha abierto paso en los medios y venturosamente dice Woldenberg, se ha convertido en parte de nuestro paisaje, apareciendo un lenguaje más desenfadado, más suelto e ingenioso, emancipado de los usos y costumbres del añejo autoritarismo solemne y cuadrado. Sin embargo, también ha costado vidas a los periodistas y las fuentes de trabajo de muchos medios de comunicación cuando este derecho humano pone a la luz los actos de poderes fácticos, como ha sido evidenciado en esta última semana.

Para seguir avanzando en la democracia, se debe promover, proteger y defender la vida, libertad y seguridad de las personas defensoras de los derechos humanos, periodistas y colaboradores periodísticos, así como salvaguardar su integridad física, psicológica y económica cuando se encuentren en riesgo con motivo del ejercicio de su actividad.

La próxima semana en el Congreso de Guanajuato saldrá a la luz una ley con tales propósitos, que aplique medidas de prevención, protección y de urgente protección. La Democracia debe verse como algo natural, sencillo y rutinario: el ejercicio de las libertades y la coexistencia de la diversidad política. Debemos perpetuar el legado del Dr. Belisario Domínguez y muchos otros periodistas como Javier Valdez, que han ofrendado su vida para fortalecer la Democracia.

Disciplina partidista en Guanajuato

El estudio del papel que desempeñan los partidos políticos y ahora también los candidatos independientes como entidades de agregación y promoción de preferencias e intereses de los ciudadanos es un tema toral de la democracia representativa que se vive en nuestro país.

La disciplina partidista en el Congreso es una arista que permite contrastar si los legisladores actúan con base en el programa de su partido político; de la plataforma electoral o incluso, si las dos anteriores promueven los deseos e intereses de sus representados. Se da por sentado que los ciudadanos al emitir su voto por algún partido político y representante, les confieren el derecho para tomar decisiones.

También es reconocido que existe en ocasiones una potencial tensión entre los intereses de los partidos políticos y las preferencias del electorado y que, como consecuencia, la representación efectiva requiere de cierto grado de indisciplina partidista por parte de los legisladores.

La disciplina partidista es el resultado de las relaciones de poder al interior de los partidos políticos, impuesta desde arriba y enmarcada por la distribución de sanciones e incentivos; es decir, un legislador acata la decisión tomada por el régimen de toma de decisiones, sin importar si apoyó esta decisión.

La cohesión partidista refleja el grado de coordinación entre los legisladores. El voto dividido es cuando los legisladores de una misma fracción votan en sentidos diferentes, ya sea para aprobar o rechazar un asunto, con independencia de su motivación, esto es, el voto dividido comprende tanto la indisciplina como la falta de cohesión.

En Guanajuato la LXIII Legislatura del Congreso quedó integrada por 36 diputados. 19 del PAN, 8 del PRI, 3 del PVEM, 3 del PRD, 1 del PANAL, 1 de Morena (hoy diputado sin partido) y 1 de Movimiento Ciudadano. Todos los del PAN y 3 del PRI son representantes de Mayoría Relativa; el resto (39%) de Representación Proporcional —Plurinominales—. La información de las Plataformas Políticas de cada Partido y la específica de cada Legislador y su desempeño en los términos de disciplina y cohesión partidista está disponible en la página web del Congreso.

La Junta de Gobierno y Coordinación Política es el órgano de gobierno encargado de la dirección de los asuntos relativos al régimen interno del Poder Legislativo, con el fin de optimizar sus funciones legislativas, políticas y administrativas, conforme a lo dispuesto en la Ley. Veamos lo ocurrido en este órgano integrado por todos coordinadores de los partidos políticos en lo que va de esta legislatura. Ha sesionado 73 ocasiones, habiéndose puesto 765 iniciativas,

puntos acuerdos, proposiciones o asuntos a votación. El 98% (753) fueron aprobados por unanimidad y 2% (12) por mayoría. En 7 de las 12 ocasiones la mayoría fue superior al 80%. La votación mínima fue de 21 votos en tres ocasiones: para no crear una Comisión Especial para el Estudio de la Contaminación en Salamanca; en la propuesta de terna para elegir el Contralor Interno del Poder y; para realizar una auditoría específica a las obras del Estadio Domingo Santana.

Ahora analicemos lo ocurrido en la Comisión de Administración integrada por el Dip. Santiago García (PRI), la Dip. Beatriz Manrique (PVEM) y las Dip. Elvia Paniagua y Libia García (PAN), y el que esto escribe. Ha sesionado en 30 ocasiones y se han votado 320 asuntos. Aprobados por unanimidad 319, y solo en un caso fue mayoría de 4 a 1 para la adquisición de la plataforma de votación electrónica.

Por último, en las sesiones del Pleno que integran a los 36 legisladores, se han puesto a estudio y votación 756 dictámenes, aprobándose por unanimidad 615 (81%) y 141 (19%) por mayoría, y de ésta, superior al 80% en más de ocho de cada diez veces.

Con estos tres indicadores se puede concluir que se atiende a los temas de las plataformas políticas ofertadas a los ciudadanos, con disciplina y cohesión, sin visualizar bloques antagónicos del partido en el gobierno y los partidos de oposición, pues su visión ha estado centrada en el bienestar y prosperidad de Guanajuato.

Especie singular

El pasado miércoles se llevó a cabo la sesión extraordinaria en la Cámara de Diputados para la discusión y aprobación de la reforma constitucional a fin de dar cabida a la denominada Guardia Nacional. La semana anterior se llevaron audiencias públicas bajo el pretendido modelo de “Parlamento Abierto” en donde se oyó, pero no se escuchó a las voces de organizaciones de la sociedad civil, defensores de derechos humanos, gobernadores, presidentes municipales y legisladores, entre otros muchos actores.

El dictamen como hoy ya es conocido se aprobó con el voto en contra del PAN, Movimiento Ciudadano y la mitad de los legisladores del PRD. Las casi 80 reservas presentadas en el Pleno para lograr lo que la mayoría de los defensores de los derechos humanos, entre ellos la Corte Interamericana habían señalado, no militarizar al país, fueron desechadas el 100%, no importando quién las presentara ni el mérito de cada una.

En lo particular, presenté una reserva para modificar el artículo 13 que decía así: “Los delitos cometidos por elementos de la Guardia Nacional en el ejercicio de las funciones de esta serán conocidos por la autoridad civil competente, en tanto que las faltas y delitos contra la disciplina militar serán conocidas por las autoridades y tribunales militares que correspondan”. La propuesta que presenté decía así: “Las faltas y delitos cometidos por los integrantes de la Guardia Nacional en el ejercicio de sus funciones serán conocidos por la autoridad civil correspondiente”.

Lo anterior sustentado en que la Seguridad Ciudadana (Pública) tiene como esfera jurídica el ámbito civil; y si la Guardia Nacional es referida como que sus integrantes —civiles o militares— habrán de desempeñarse exclusivamente en materia del ámbito civil, no hay razón para que sean procesados por sus faltas en el ámbito militar.

Para ejemplificar mi argumentación en la tribuna, recurrí a la descripción de la Clase *Mammalia* (mamíferos) mencionando que somos vertebrados, amniotas (placentarios), homeotermos (de sangre caliente), vivíparos (dentro del seno materno) y con glándulas mamarias para alimentar a las crías con la leche. Aunque los *Homo sapiens* (humanos) nos sentimos únicos, somos una de las 5846 especies aún existentes en el planeta; de las cuales 272 son marsupiales y cinco monotrematas.

Luego enuncié, al mismo tiempo que pegaba en el pódium una figura impresa, de una especie singular encontrada apenas 12 años antes que el Cura Hidalgo convocara a la lucha libertaria en Dolores Hidalgo.

El hallazgo fue de John Hunter en Australia, y su sorpresa fue tal que pensó que era una falsificación muy elaborada, pues tenía patas de nutria, cola de castor, hocico de pato y era ovíparo (ponía huevos), especie ahora conocida como *Ornithorhynchus Anatinus* (ornitorrinco), que junto con cuatro especies Equidna, llamados así en honor a la ninfa mitológica madre de todos los legendarios monstruos de la Grecia Clásica, son una excepción perteneciente de la familia *Mammalia*.

La minuta de reforma constitucional aprobada en la Cámara baja, deberá ahora estudiarse en el Senado y en su caso de ser aprobada en sus términos, pasaría a los congresos estatales y si la mitad más uno la aprueban, será a mi juicio una Guardia Nacional no civil como se dice, sino una Guardia Nacional tipo ornitorrinco, con cabeza civil y cuerpo de militares, con todo lo grave que significa la militarización del país en el ámbito civil, que no es de su naturaleza.

La diputada Lorena Villavicencio, del partido Morena, presentó la misma reserva en el pleno ante sus compañeros que tuvo la misma suerte: fue desechada. Ojalá que el ejemplo empleado, sirva para visibilizar y en su caso movilizar aún más a la sociedad civil para que se manifiesten a favor de fortalecer las policías locales y una Guardia Nacional que sea civil. ¿Usted qué piensa?

Voto en contra de la Prisión Oficiosa

México tiene urgencia de combatir grandes males, entre ellos la corrupción, la inseguridad y la impunidad. Nadie tiene duda de ello. Si ellos fueran una enfermedad, cierto estoy que cada uno de los mexicanos podríamos prescribirle un tratamiento, el cual, sin duda, tendrá grandes variaciones dependiendo de su experiencia personal, su profesión y su formación.

Uno de los tratamientos de “urgencia” sugeridos por el Senado de la República, fue incorporar un catálogo de delitos al artículo 19 constitucional, para que los jueces dictarán sin ninguna duda, la prisión preventiva oficiosa, y que los presuntos delincuentes, enfrenten el proceso para ser declarados, en su caso culpables, dentro de los recintos carcelarios. Lo ocurrido en el Senado de la República revela una de las peores prácticas parlamentarias para alcanzar una mayoría calificada, en donde grupos parlamentarios de oposición, para adherirse al grupo mayoritario, agregaron más delitos en específico y así aumentar este catálogo.

El grupo mayoritario en la H. Cámara de Diputados y a petición de muchos de los que integramos la oposición, accedió a conocer las opiniones y experiencias de múltiples personajes de diferentes campos del conocimiento, para que nos permitirá a nosotros los legisladores tomar la mejor decisión. Se prepararon cuatro mesas de discusión y análisis, participaron decenas de personajes y, lamento profundamente la poca participación de los legisladores en ellas.

El pasado martes se discutió primero una minuta con solo tres de nueve delitos que venían de la concertación del Senado, para, a renglón seguido, aprobar sin decoro alguno, el catálogo completo de la misma, sin cambiar ni siquiera una coma. Una primera reflexión de lo ocurrido es la utilización de la figura del “Parlamento Abierto” como mero pretexto para decirles a los mexicanos que se les está tomando en cuenta. Por fortuna, el material y ponencias de cada uno de los expertos está en sistema digital, para hacerle saber a ciudadanía que están siendo engañados, que no se tomó ninguna recomendación por ellos propuesta.

En las audiencias públicas, los especialistas señalaron que la figura de Prisión preventiva oficiosa es una medida cautelar, que no resuelve ni soluciona el problema, debiendo desaparecer de la Carta Magna, y no por el contrario — como ocurrió— robustecer su catálogo.

Quiero decirlo con claridad: la prisión preventiva no es una sentencia condenatoria y tampoco garantiza que los presuntos culpables reciban sentencia condenatoria. Por ello, presentamos una reserva para otorgar prisión preventiva justificada con el catálogo completo propuesto desde el Senado, fortaleciendo

y obligando al Ministerio Público a realizar su función con eficacia y eficiencia. Esta reserva fue desechada por la Morena y sus aliados, revelando su ignorancia y negligencia ante un tratamiento y que como decía mi abuela, “saldrá más caro el caldo que las albóndigas”.

Las evidencias son contundentes: el 86 por ciento de las personas detenidas son liberadas por el Ministerio Público, y si preguntan ustedes en dónde debe radicar la verdadera reforma al artículo 19, es justamente en fortalecer la actividad de investigación que es concedida al Ministerio Público —que fue nuestra propuesta—, ahí es donde radica el gran reto y no en incrementar esta figura de delitos al catálogo del artículo 19. Aquí es donde tendríamos que ponernos de acuerdo con sensatez de lo que necesita el país, no de lo que creemos, no del temor a ser sancionados políticamente por los integrantes de un distrito electoral como ciudadanos, porque en realidad lo que estamos haciendo es engañarlos, porque esta medida no va a resolver la problemática de fondo que existe hoy en México.

Lo aprobado y que estará siendo estudiado y en su caso aprobado, al menos por la mitad más uno de los Congresos Estatales, para que se materialice la reforma Constitucional, que, por cierto, va en contra de lo aprobado en 2008, conocido como sistema acusatorio adversarial, que llevó casi una década para implementarse y que aún presenta fallas, pues por los recursos humanos, estructurales y financieros, han sido insuficientes y su instrumentación muy lenta. La reforma aprobada es regresiva hacia el sistema inquisitivo previo.

Los legisladores de Morena, al no aprobar nuestra reserva, votaron en contra de los objetivos plasmados incluso en una Tesis Jurisprudencial emitida por la Primera Sala en 2007, que prohíbe de manera expresa a los legisladores de México aprobar cualquier tipo de norma jurídica regresiva a los logros vigentes en materia de derechos humanos, tampoco eso les importó.

Por último, al preguntarles desde la tribuna cuántos espacios carcelarios había, cuántas detenciones calculaban por mes y año, cuánto dinero habría que tener para procesar a los presuntos culpables, respondieron: Ni idea; por ello creo que esta reforma tendrá “buenas intenciones” y “malos resultados”.

Yo vote en contra, es una postura que buscaba reducir la posibilidad de encarcelar a personas inocentes, asegurar los derechos de las víctimas y cumplir con los tratados en materia de derechos humanos.

Ciencia y Tecnología constitucional

Sigue la calma chica en la Cámara de Diputados al no someter al pleno la discusión y aprobación en su caso del dictamen de la llamada Reforma Educativa ante las inconformidades de un grupo de la CNTE, grupo minúsculo por cierto ante el número de profesoras y maestros de este país; pero Morena al parecer ha incumplido las promesas que les hicieron durante la campaña.

Quiero referirme hoy a un tema que ha recibido muy poca atención y que viene en el dictamen de reforma de nuestra Constitución de gran importancia para el país. Me refiero a la materia de Ciencia y Tecnología. Iniciaré comentando que la fracción V del artículo 3 de la Constitución es el sustento de la actual Ley de Ciencia y Tecnología, que en su artículo 1 dice “la presente Ley es reglamentaria de la fracción V del artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”.

El dictamen que por ahora duerme el sueño de los justos, mientras negocian en lo oscurito la CNTE y la SEP-Morena, modifica dicha fracción V, proponiéndose su reforma en los siguientes términos: “V. Toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica. El Estado apoyará la investigación e innovación científica, humanística y tecnológica, y garantizará el acceso abierto a la información que derive de ella para lo cual deberá proveer recursos y estímulos suficientes, conforme a las bases de coordinación, vinculación y participación que establezcan las leyes en la materia; además alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura”.

Cinco aspectos me parecen relevantes del cambio propuesto: 1. El reconocimiento en la Constitución del derecho humano a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones. 2. La preservación de la disposición constitucional del compromiso del Estado para apoyar la investigación e innovación científica y tecnológica. 3. Incorporación de las humanidades al compromiso constitucional de apoyo. 4. La creación de una garantía de acceso abierto a la investigación e innovación que resulte de estos apoyos. 5. Recursos y estímulos suficientes para el acceso abierto a la información.

Otra modificación constitucional propuesta es la relativa a la atribución del Congreso de la Unión para legislar en los aspectos de Ciencia y Tecnología, referidos en la fracción XXIX-F del artículo 73, quedando en el proyecto de la siguiente manera: “para expedir leyes tendientes a la promoción de la inversión mexicana, la regulación de la inversión extranjera, la transferencia de tecnología y la generación, difusión y aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos que requiere el desarrollo nacional. Asimismo, para legislar en materia de

ciencia, tecnología e innovación, estableciendo bases generales de coordinación entre la Federación, las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, así como la participación de los sectores social y privado con el objeto de consolidar el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación”.

Cinco aspectos relevantes quiero destacar de lo anterior: 1. El objeto de la reforma legislativa será el consolidar el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. 2. Conserva sin modificación la atribución del Congreso para legislar sobre la transferencia de tecnología y la generación, difusión y aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos. 3. Establece una nueva atribución para legislar en materia de ciencia, tecnología e innovación, como materia en sí misma. 4. La determinación que será la legislación general la que establezca las bases generales de coordinación entre la Federación, las entidades federativas, los municipios y demarcaciones de la Ciudad de México. 5. La Ley también regulará la participación de los sectores social y privado.

En los artículos transitorio de la reforma educativa, se relacionan el artículo sexto, que obliga al Congreso de la Unión a expedir las Leyes Generales en materia de Educación y de Ciencia, Tecnología e Innovación a más tardar en el año 2020. El artículo séptimo, para obligar al Congreso de la Unión para realizar las reformas a la legislación secundaria en un plazo de 120 días a partir de que se publique el decreto. Y el artículo octavo, que mandata a las legislaturas de los Estados, en el ámbito de su competencia, para armonizar el marco jurídico de la materia en el plazo de un año.

Visibilizar y materializar los apoyos a la Ciencia, Tecnología, Innovación desde la Constitución me parece estupendo. ¿Usted qué opina?

Uveítis en el ojo legislativo

La actividad legislativa en el Congreso de la Unión tiene gran variedad de temas que llegan en ocasiones por inquietudes propias del legislador, por necesidades detectadas durante sus recorridos en su jurisdicción, por pláticas o visitas con organismos de la sociedad civil entre otras muchas vertientes de identificación de un problema que puede requerir presupuesto, cambio en la ley o auditar el servicio o la obra prestada por el poder.

Les platico que posterior a una conversación y luego una visita al hospital de la Asociación para evitar la ceguera (APEC) en México se nos presentó un padecimiento que, a juzgar de los oftalmólogos, requería de mejora en las políticas públicas del ejecutivo, dicho problema estimados lectores es la uveítis.

El globo ocular tiene tres capas, la primera es la externa, formada por la esclera de color blanco y el lente transparente o córnea en la parte anterior. La segunda es la úvea, capa intermedia compuesta por el iris que da el color a los ojos, el cuerpo ciliar que produce el humor acuoso requerido para mantener la presión ocular, un músculo para que se enfoque la visión con el cristalino, y la coroides, que es la parte vascular cuya función es nutrir la tercera capa o interna del ojo llamada retina, formada por neuronas que recibe la imagen y la transporta al cerebro.

La uveítis es la inflamación de la capa intermedia del ojo, causada en ocasiones por el sistema de defensa de uno mismo, llamado inmunitario, que por error ataca y destruye el tejido corporal sano. Por ejemplo, ocurre con artritis reumatoide, psoriasis y espondilitis anquilosante.

También la inflamación de la úvea puede ser causa por infecciones como el SIDA, la sífilis, la tuberculosis e infección por citomegalovirus. La exposición a toxinas o las lesiones también pueden causar uveítis. Y como ocurre en la medicina, en muchas ocasiones se desconoce la causa.

El sufijo “-itis” significa inflamación. La iritis es la inflamación del iris y es la forma más común de uveítis, que puede presentarse en personas sanas, jóvenes y de mediana edad. Otra forma de uveítis es la pars planitis ubicada entre el iris y la coroides, se presenta con frecuencia en jóvenes. La uveítis posterior se llama coroiditis afectando la capa de vasos sanguíneos, cuando la retina también esta inflamada se denomina coriorretinitis.

La uveítis puede afectar uno o ambos ojos. Los síntomas se pueden desarrollar rápidamente e incluyen visión borrosa, enrojecimiento del ojo, sensibilidad a la luz y dolor ocular. Si tiene usted estos síntomas, acuda a sus servicios de salud o al servicio de oftalmología de su confianza.

El tratamiento de la uveítis puede incluir lentes oscuros, gotas oftálmicas con antiinflamatorios o que dilatan la pupila para aliviar el dolor. En ocasiones se requerirá de esteroides o inmunosupresores orales, y el tratamiento específico según la causa que sospeche tu médico.

La uveítis por fortuna no es común, pero pueden requerir de medicamentos biológicos o de segunda línea que implican un costo mensual de 1000 a 5000 pesos. En el APEC y en otros hospitales públicos se atienden la mayoría de los pacientes sin seguridad social, que tienen que pagar además el transporte que los lleve a la Ciudad de México.

La diputada Ana Patricia Peralta de la Peña del Partido Morena y este escritor, del partido Acción Nacional, le pusimos el ojo a la uveítis, preparamos un punto de acuerdo exponiendo lo dicho por los especialistas, exhortando a las autoridades de salud de los tres niveles de gobierno a que de forma coordinada diseñen, implementen y evalúen campañas de diagnóstico oportuno de la uveítis y se generen las acciones necesarias para evitar la ceguera por sus complicaciones. El exhorto incluyó también a la Secretaría de Salud, para que garantice el acceso de tratamientos biológicos a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con uveítis, así como equipos médicos para realizar su diagnóstico oportuno y garantizar el derecho a la protección de la salud.

La subcomisión que recibió el punto de acuerdo lo dictaminó por unanimidad a favor y el próximo miércoles en el pleno de la Comisión Permanente seguramente tendrá la misma suerte. Esperemos que surta el efecto esperado en el Ejecutivo Federal.

Estamos conscientes que la carga de la enfermedad por disminución de la visión o ceguera incluso por uveítis está muy por debajo de otras como la retinopatía diabética, glaucoma o cataratas. Sin embargo, lo traje como ejemplo a esta columna por la obligación que tenemos los legisladores de ser una caja de resonancia ante los problemas que expresa nuestra sociedad, por irrelevante que le pueda parecer a otros miembros de nuestra comunidad.

Las mujeres de la LXIV Legislatura

Estimados lectores, el Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 presentado por el presidente no reflejó en hechos sus dichos, no hay los 40 mil millones adicionales que dijo, es más, en términos reales, disminuyó el presupuesto en salud. La Salud de los mexicanos no le importa y lo que dice cuando anda de gira visitando hospitales, son falsedades. Los detalles serán motivo de otra columna.

El género femenino representa hoy en México un poco más del 50% de la población mexicana, y la lucha para eliminar la discriminación de su participación en el ámbito público y el político ha sido intensa en los últimos años. Las acciones afirmativas al principio y ahora las legales garantizan su participación igualitaria en los procesos político-electorales.

Quienes integramos la LXIV Legislatura en la Cámara de Diputados podemos sentirnos orgullosos de que, gracias a la implementación de medidas legislativas efectivas, este periodo se caracteriza por una paridad de género consolidada al contar con 241 mujeres que representan el 48.3% del pleno cameral, en reconocimiento al esfuerzo y compromiso de formar parte de los asuntos de interés público.

Se debe visibilizar que la representación descriptiva de este grupo de legisladoras, de manera particular, serían voz de las mujeres mexicanas y de manera sustantiva debieran, por tanto, generar acciones y propuestas benéficas para el género femenino en consciencia de la diversidad y distintas realidades sociales existentes entre las regiones y mujeres de nuestro país.

Cabe resaltar que las mujeres económica y psicológicamente independientes de los hombres tienen mayor probabilidad de expresar preferencia política a la mujer. La labor desarrollada por ellas de manera sustantiva ha sido en aras de satisfacer las necesidades del género representado en temas como del cuidado de los hijos, la lactancia materna, la igualdad salarial y la protección contra la violencia.

Hemos hecho un primer acercamiento exploratorio, seleccionado al azar una representante de cada fuerza política, que representen en promedio, el mismo número de iniciativas presentadas.

La Diputada seleccionada de Morena para la muestra presenta una producción de 26 iniciativas: dos como iniciante, nueve que solicitó adherirse y quince firmando con grupo parlamentario. Las propias fueron referidas a las medidas de protección especial a favor de las niñas niños y adolescentes conforme a su interés superior; la retiro dos meses después. La segunda fue para

solicitar el cambio del periodo ordinario de sesiones del Congreso. Del resto de iniciativas, solo una tuvo que ver tema de interés para el género femenino.

En el caso del PAN, la mayoría de las legisladoras cuentan con una numerosa producción de iniciativas que excede a los estándares de los demás grupos parlamentarios. La diputada elegida presentó 8 como iniciante, 3 con otros grupos parlamentarios, 72 como adherente y 25 firmadas junto con su grupo. El 49% del total de iniciativas atendieron al género en temas de derechos humanos, derechos de la infancia y político electorales; desarrollo social, apoyo a víctimas, alertas de género y justicia entre otros.

Del PRI la legisladora seleccionada cuenta con 7 iniciativas como iniciante; 20 como adherente y 1 firmada con su grupo parlamentario. El 50% de ellas atendieron a los intereses de las mujeres.

Del Partido del Trabajo la diputada ha presentado 16 iniciativas propias, 4 como adherente y 4 con su grupo. El 54% de ellas acreditan que ha representado sustantivamente a las mujeres en los temas citados supra líneas.

De Movimiento Ciudadano la legisladora presentó 11 iniciativas propias, 10 como adherente y 8 con diversos grupos parlamentarios. Diecinueve de ellas versan sobre guarderías, violencia política y de género, salud, educación y tutela de derechos humanos. 34% de ellas son de representación sustantiva.

Del Partido Encuentro Social, la diputada cuenta con 9 iniciativas propias, 10 como adherente y 5 con su grupo. El 39% de ellas orientadas a temas de familia, violencia sexual y política entre otras.

Del PVEM la legisladora presentó 1 propia, 7 como adherente, 29 con su grupo y 24 con otros grupos. 54% de las iniciativas fueron en materias identificadas con la representación sustantiva, destacando la violencia sexual y política.

Del PRD la diputada selecta presentó 5 iniciativas como proponente, 6 como adherente, 39 con su grupo y 1 con otros grupos parlamentarios. El 45% de ellas fueron en materia de representación sustantiva.

Sin partido. La única diputada sin partido, de nuestro Guanajuato por cierto al dejar las filas del PRD, cuenta con 1 iniciativa propia, 6 como adherente y 6 con diversos grupos parlamentarios. El 46% de ellas tienen temas de representación sustantiva a favor de las mujeres.

El primer acercamiento hasta ahora revela que, la diputada perteneciente al partido Morena presentó iniciativas inclinadas hacia la estructuración del Estado, mientras que las de los partidos de oposición legislaron con mayor tendencia en materia sustantiva, revelando el sentimiento social primordialmente en violencia sexual, violencia política, paridad de género, salud, tutela efectiva de derechos humanos y educación de niñas, niños y jóvenes.

En los próximos meses sabremos el éxito de las iniciativas presentadas y el apoyo que las legisladoras le dan con su voto a las iniciativas con perspectiva de género. Yo creo que hay una gran área de oportunidad entre nuestras legisladoras. Al tiempo...

Águila Canacintra 2020

Hace ocho días recibí una llamada de la Ciudad de México que me enlazó con J. Enoch Castellanos Férez, presidente nacional de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (Canacintra), comentándome que por sexta ocasión harían entrega del premio “Águila Canacintra al Mérito Legislativo 2020”, el cual tiene como objetivo valorar y reconocer la labor de los integrantes del Poder Legislativo, así como su aportación al desarrollo económico, político y social del país, acentuando especialmente el compromiso de los legisladores de ambas Cámaras del Congreso de la Unión con el desarrollo de la industria nacional.

Luego en el oficio que me envió, decía que dicho premio es el símbolo que representa el reconocimiento al compromiso, la entrega y la visión de un México capaz de adaptarse a los tiempos actuales y complejos en donde la constante permanente es el cambio.

En el mismo texto me invitaba a asistir a la ceremonia de entrega en calidad de Legislador Premiado el pasado miércoles 25 de noviembre y de lo que allí expresé al recibir dicha distinción quiero comentarles.

El presidium lo componían cuatro directivos y una mujer jurado, así como 26 legisladores galardonados, senadores y diputados de diferentes partidos políticos, entre ellos nuestro coordinador y exgobernador Juan Carlos Romero Hicks, quien recibió también el galardón.

Después de recibir de manos del presidente Enoch Castellanos el Águila Canacintra, dije al presidium y al auditorio que al tenor de un guanajuatense distinguido don Pedro Vargas, expresaba mis sentimientos, que me encontraba “muy agradecido, muy agradecido y muy agradecido”.

Mencioné que compartía el reconocimiento con mi esposa Elvia, familia y amigos de la bolita, con mi Partido Acción Nacional, con mi Distrito 05 en León, con mis colaboradores en Guanajuato, en el Congreso, en la Fundación Miguel Estrada Iturbide, y sentidamente, muy sentidamente, con mis colegas médicos y otros profesionales de la salud, que día a día están dando la cara por nuestro país y por nuestra sociedad, solicitando y obteniendo de toda la comunidad allí presente, un caluroso aplauso para ellos.

Recordé que en la etapa electoral me propuse promover leyes orientadas al bien común, para una sociedad más ordenada, equitativa, con justicia y participación social. Canacintra es un ejemplo de la participación entre empresas, pueblo y gobierno, es un punto de encuentro, enhorabuena y agradecí de nueva cuenta.

Comenté que recibía el galardón inmerso en una sociedad del conocimiento, que no significa que sepamos mucho, sino que estamos cada vez más conscientes de nuestro no saber y que debemos aprender a progresar gestionando el desconocimiento en sus diversas aristas: la inseguridad, el riesgo, la verosimilitud y la incertidumbre.

Dije que vivimos confrontaciones políticas por valoraciones distintas del no saber o de la inseguridad del saber —a medias—: en nuestro México hoy están compitiendo diferentes valoraciones del miedo, la esperanza, la ilusión, las expectativas, la confianza y las crisis como la pandemia, la económica y la de inseguridad.

Señale que como demócrata tenía la convicción de que solo desde la libertad podremos asegurar la libertad. Como partidario de una institucionalidad republicana cierto estaba que solo dentro de un Estado de derecho que coloque al ser humano en el centro, que garantice la separación de los poderes, que garantice la libre expresión de las ideas sin considerarlos sus enemigos, y que respete los derechos fundamentales es que nos desarrollaríamos como ciudadanos libres y responsables.

Sostuve que la pasión por servir es mi divisa y que creía que debiera ser de todos los políticos. Concluí citando el lema de mi alma mater, la Universidad de Guanajuato, que dice estimados lectores que, ¡La Verdad Os Hará Libres!

Hasta pronto

Esta semana estimados lectores presenté ante el INE, el PAN, la Secretaría General y la Junta de Coordinación Política de la H. Cámara de Diputados, una carta manifestando en forma libre y voluntaria mi intención de optar por la elección consecutiva en el Proceso Electoral Federal 2020-2021 para los efectos señalados en el artículo 59 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por ello, digo ¡hasta pronto! a esta columna, agradeciendo a ustedes que nos leen y al Ing. Enrique Gómez Orozco, director general y al equipo que integra el periódico AM la generosidad de este espacio.

Sin duda el rescate del sistema de salud y de la seguridad social será una agenda de los siguientes años, a fin de asegurar la atención en salud a toda la población mexicana. Prioritario será asegurar en los tres niveles de gobierno la salud ante los retos que nos presenten las contingencias sanitarias, ahora la provocada por el SARS-CoV-2 y su enfermedad COVID-19, como las próximas que puedan llegar.

Buscar un fondo de seguro catastrófico en la Ley General de Salud, la de Ciencia y Tecnología y su correlativos en el Presupuesto de Egresos de la Federación; con clara concurrencia y coordinación —que no subordinación— con las entidades federativas, para asegurar que nuestro país tenga la capacidad de innovar, desarrollar las pruebas y demás tecnologías diagnósticas y genéticas, medicamentos —incluyendo vacunas—, tratamientos y demás insumos para una población mexicana de casi 130 millones de personas distribuidas en 2457 municipios, ante toda clase de contingencias y las enfermedades que requieren manejo de alta especialidad será un punto de encuentro de la actividad legislativa.

Rescatar la salud preventiva con el diseño desde lo local de la atención primaria y los determinantes de la salud como la calidad del agua y del ambiente, será clave para garantizar el máximo de salud y bienestar posible en las personas, familias y comunidades. Que haya un expediente digital único, desde el nacimiento hasta la muerte, con acceso irrestricto de sus titulares al mismo, permitirá conocer en la línea de vida qué acciones preventivas y de diagnóstico habría que hacer para diagnosticar y prevenir las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas, la diabetes o el cáncer.

Dicho expediente electrónico, por su portabilidad, permitiría, por ejemplo, programar exámenes clínicos al menos una vez —lo deseable es dos— al año, acudir con puntualidad a los programas de vacunación y revisión como por ejemplo los exámenes de mama, útero y próstata, independientemente si están

a filiados al Insabi, al Sistema Estatal de Salud o a las Instituciones de Seguridad Social, aunque cambien de institución durante el año, incluso si se atienden a nivel privado.

A este expediente electrónico podría fácilmente integrarse una cartilla de salud preventiva con perspectiva de género, que incluya servicios integrales que la población requiere y que hoy están macrodesintegrados como: oftalmología, odontología, reumatología, nutrición, podología, psicología, traumatología, ginecología, cuidados paliativos y tanatología.

Atención especial seguirá requiriendo en la legislación la atención de personas con autismo y otras discapacidades; personas con enfermedades llamadas “raras” que las padecen menos de cinco por cada 10 000 habitantes y que son menospreciadas por el sistema; haciendo extensivo un enfoque integral de sus derechos humanos a otros subconjuntos de población donde la biotecnología y la genética están teniendo grandes avances como la Diabetes Mellitus tipo 1 y cánceres que pueden ser pronosticados antes que se desarrollen.

Por último, garantizar la universalidad en la prestación de los servicios de salud, para que la totalidad de los mexicanos, por el simple hecho de serlo —sin ningún tipo de condicionamiento—, gocen de acceso pleno a la salud, en todos sus niveles, seguirá siendo todo un reto. Más aún, su gratuidad y acceso efectivo, desde las zonas rurales hasta los servicios, insumos y medicamentos asociados a la alta especialidad. Dar fin al monopolio del Estado en los servicios de atención a la salud, y permitir en cambio, que los hospitales y clínicas privadas o de asistencia social, con la debida supervisión y fiscalización, puedan prestar servicios de seguridad social, pagados por el Estado es una vía que ha estado funcionando en esta época de pandemia y que debemos aprovechar para lograr el acceso efectivo a la salud.

¡Hasta pronto!

Una habitación propia

El pasado 12 de diciembre les decía un hasta pronto, pues iría en la búsqueda de ser reelecto como Diputado Federal del Distrito 05 de León abanderado por el PAN. Regreso a este espacio comentándoles que el pasado miércoles 9 de junio, los consejeros distritales del INE nos entregaron a mi compañero de fórmula, Antonio Eduardo Rocha Bravo, y a mí, la Constancia de Mayoría y Validez de diputaciones al H. Congreso de la Unión del proceso electoral federal 2020-2021.

Obtuvimos el voto de 72 693 personas, que representó el 56% de los sufragios emitidos, seguidos de Morena con 29 057 (22%), PRI 11 010 (8%) y 14 352 votos de los restantes ocho partidos. Anularon su voto 2882 ciudadanos y 169 261 leoneses (57%) se abstuvieron de ir a las urnas, optaron que otros decidieran por ellos, es decir, se quedaron en su hogar, fueron a trabajar o realizaron cualquier otra actividad. De la abstención platicaremos en otras columnas.

Reiteramos, Antonio Eduardo y yo, nuestro agradecimiento a los miles de ciudadanos que de manera voluntaria aceptaron participar en la elección organizada por el INE y sus funcionarios. Igualmente, a todos los que nos brindaron su confianza para seguir representándolos en la H. Cámara de Diputados. Nos comprometemos a cumplir lo ofrecido en la plataforma electoral para tener un mejor país y estar cercanos desde nuestra oficina de enlace ciudadano.

Titulé esta columna para visibilizar estimadas y estimados lectores un tema crucial que nuestra sociedad debe atender con mucho mayor impulso: la igualdad entre las mujeres y los hombres. Pues si bien, por ejemplo, la LXIV Legislatura fue etiquetada como la “Legislatura de la Paridad de Género”, los únicos avances han sido en materia político electoral, obligando a que haya “igualdad” en las posiciones políticas —ayuntamientos y congresos—, pero fuera de ello, la desigualdad de oportunidades persiste como en la última centuria.

Tomé el título de un ensayo escrito en 1929 por la escritora británica Virginia Woolf, quien ha sido considerada una de las más destacadas figuras del feminismo internacional. La idea central de Virginia es que “una mujer debe tener dinero y una habitación propia para poder escribir novelas” y relata las dificultades de la época para que las mujeres tuvieran educación y libertad económica, exhibiendo a lo largo del ensayo, con claridad meridiana, la precariedad en que vivían —y viven creo yo— la mayoría de las mujeres, con raras excepciones, como las logradas en la vida política y partidista de nuestro país.

Tenemos evidencia clara de que en Guanajuato pasaba lo mismo que en la Europa de Woolf en la Constitución Política del Estado en 1917. Los derechos del ciudadano guanajuatense se relatan en el artículo 20, uno de ellos era

el “Votar en las elecciones populares” (fracción II). Sin embargo, el artículo 21, reducía este derecho a “las mujeres profesionistas y las que vivan de sus rentas o propiedades inmuebles o que tengan establecimientos mercantiles o industriales abiertos, pueden votar en las elecciones para nombrar funcionarios municipales. Estas últimas, siempre que sepan leer y escribir”. Solo las hijas de familias adineradas o “nobles” —menos del 1%— o que supieran leer o escribir —menos del 2%— podían hacer efectivo ese derecho o a “tener una habitación propia”.

La pandemia transparentó más esta desigualdad. El INEGI en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, Nueva edición (ENOE N) informó que 1.6 millones de personas de la población económicamente activa perdió su empleo, pero ojo, el 84% de ellas fueron mujeres. Debemos fomentar acciones positivas para igualar el desarrollo humano de las mujeres en educación, salud y economía, más aún cuando las jefas de familia son ahora casi un tercio de los hogares mexicanos. Impulsaremos desde el Congreso políticas públicas para ir avanzando. Hombres y mujeres que me leen que ya tienen “una habitación propia” ¿se suman a esta causa?

Libertad de prensa bajo asedio

La libertad de prensa, la confianza pública y el derecho de las personas a saber son pilares de toda sociedad que se precie de moderna y democrática. Ciertamente, los Estados —así con mayúscula— que defienden y garantizan estos principios asumen un alto compromiso de construcción con una ciudadanía participativa, informada, capaz de evaluar a sus gobiernos y con ello la obtención de una vida mejor y más digna para todos.

La próxima semana participaré como representante de México y del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que en su agenda legislativa presenta un proyecto de resolución realizado por Roberto Rampi, miembro del Partido Democrático Italiano para que el Consejo de Europa se enfoque en la preservación de los pilares arriba mencionados.

Se establece que no hay democracia sin una posibilidad real de tomar decisiones conscientes. Esto solo puede garantizarse si los ciudadanos están debidamente informados y pueden informarse libremente; si puede tener lugar un verdadero debate de ideas y una amplia gama de cuestiones sobre la base de un conocimiento exacto, preciso y completo de las evidencias; y si todos tienen la capacidad y la cultura necesarias para analizar críticamente los distintos puntos de vista y pueden expresarse sin miedo.

Hoy, señala Rampi, nuestros valores democráticos y el funcionamiento de nuestras instituciones se ven desafiados por la desinformación y los intentos recurrentes de manipular la opinión pública. Los acontecimientos recientes a menudo han erosionado las prerrogativas parlamentarias y su papel fundamental de mediación en una sociedad democrática. Una creciente sensación de división entre las instituciones gubernamentales y el público en general ha aumentado la desconfianza del público.

Concluye el ponente que es necesario establecer un amplio derecho a saber, definido como el derecho civil y político del ciudadano a estar activamente informado de todos los aspectos relacionados con todas las etapas de los procesos de formulación de políticas y administración o reglamentación, a fin de permitir plena participación democrática, y exigir responsabilidades a los administradores de bienes públicos de acuerdo con las normas de derechos humanos y el estado de derecho.

Las evidencias en nuestro país y entidades federativas muestran que estamos en franco retroceso en el ejercicio de la libertad de prensa y del derecho a saber asistido por la verdad, la razón, las ideas y el diálogo, por lo que la LXV

Legislatura debe orientarse en preservar lo logrado y avanzar en la transparencia y rendición de cuentas garantizando los canales y espacios en los que los ciudadanos, la sociedad civil y otros actores puedan informarse y expresarse.

Es notorio, por ejemplo, que desde la Presidencia de la República se ataca la libertad de prensa y se persigue el trabajo periodístico de investigación que está documentando los abusos del gobierno y los casos de corrupción pública. El ejecutivo federal y otros órdenes de gobierno, han emprendido una lucha en contra de los medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil, principalmente de la prensa de diarios locales, nacionales e incluso las internacionales acusándolos de mentir, de desestabilizar a su gobierno, de recibir sobornos, de ser sus opositores políticos, y muchas otras afirmaciones que carecen de sustento y tiene la tendencia, como lo hacen los dictadores, de avanzar en el camino a callar la libertad de prensa y limitar el derecho a la información pública de los ciudadanos. El asedio, la intimidación, las amenazas e incluso la pérdida de la vida por la función del periodismo y la investigación por parte del crimen organizado están a la vista también.

Se tiene bajo asedio al INAI, organismo autónomo constitucional que debe garantizar nuestro derecho a saber, por ejemplo, por qué no hay medicamentos para atender a los niños con cáncer o por qué fracasó la atención y vacunación contra la COVID-19 dejando miles de hogares en la pobreza y en la orfandad.

En la plenaria europea expondré las evidencias del retroceso y nuestra firme determinación como legisladores del Congreso de la Unión de preservar la libertad de prensa y del derecho a saber para desde la confianza ciudadana construir un mejor país.

Lo que no se mide, no se puede mejorar

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) certifica lo que he estado advirtiendo desde que inició el sexenio del presidente López Obrador y se comenzaron a dismantelar las instituciones sanitarias: los mexicanos están perdiendo se haga efectivo su derecho a la salud, y si el gobierno morenista analiza lo medido, podría sin duda recomponer el rumbo y mejorar el sistema nacional de salud.

El CONEVAL estimados lectores es un organismo autónomo constitucional al igual que el Banco de México o el INE, y fue atacado por el gobierno de AMLO al inicio de esta administración y despedido su director Gonzalo Hernández Licona por considerar los datos medidos “incómodos al sistema”. Pusieron su director a modo y he aquí lo relevante: acaban de publicar sus datos 2020, y con pena, revelan que la realidad se impuso a la imaginación mágica presidencial: hoy millones de mexicanos hoy no tienen acceso a la salud, y de ellos, los más pobres han sido los más afectados.

El *Top Ten* de las causas raíz a mi juicio son: 1) Tres años consecutivos disminuyendo, —el ya de por sí bajo— presupuesto de la función salud. 2) Eliminación en 2019 del Seguro Popular perdiéndose la garantía explícita de atención médica para sus 55 millones de afiliados. 3) Sustracción de más de 70 000 millones de pesos del Fondo de Gastos Catastróficos para destinarlos al gasto corriente; 4) Eliminación del Programa Siglo XXI para la atención de menores de cinco años; 5) Centralización en la oficialía mayor de Hacienda y luego en la UNOPS la compra de medicamentos e insumos para la salud, fracasando en los tres años causando gran desabasto de los mismos, más visible, gracias a los padres que lo han denunciado, en los niños con cáncer; 6) Manejo criminal de la pandemia y político de la vacunación, causando gastos por familia que rebasaron sus ingresos; 7) Falta de apoyos para fortalecer la economía causando el cierre de empresas y con ello, los servicios de seguridad social; 8) Falla gerencial en la salubridad general y la guarda cuidadosa de la infraestructura en salud, tanto para reconvertir unidades y atender la pandemia como para atender los padecimientos ordinarios, que al dejar de hacerse, han causado gastos y mortalidad en exceso en miles de hogares; 9) Eliminación fáctica del Consejo de Salubridad General y del Consejo Nacional de Salud, causando asincronía entre los tres niveles gubernamentales de salubridad local y general; por último, 10) Incompetencia para el ejercicio del gasto en salud, asignaciones directas opacas y tardías, con subejercicios en todas las instituciones públicas, desatiendo sus obligaciones hacia sus derechohabientes.

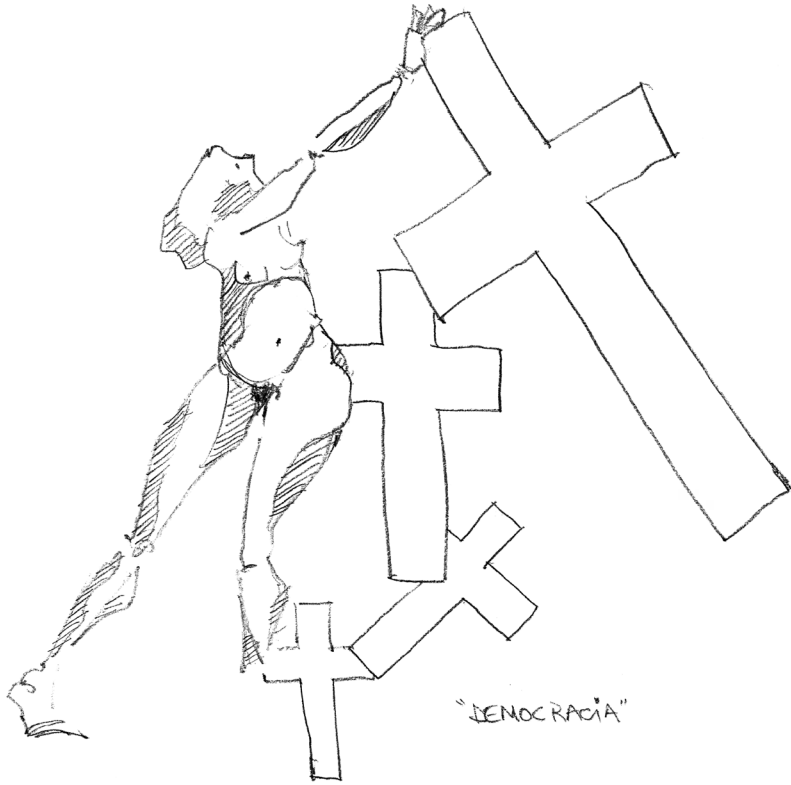
Lo medido en el informe de CONEVAL 2020, señala que, de las carencias sociales, el mayor cambio entre 2018 y 2020 fue un aumento de 12.0% en la carencia por acceso a los servicios de salud, que pasó de 16.2% a 28.2%.

Por las causas raíz antes mencionadas, 15.6 millones de personas perdieron el acceso a la atención médica, y ahora, en la tercera ola de la pandemia y con la vacunación a paso de tortuga, 35.7 millones de mexicanos están sin cobertura gastando el ingreso de sus familias ante la enfermedad y cayendo en mayor pobreza, pese a la promesa mágica que se hizo: desde el 1 de enero de 2020, con el Insabi, todos los mexicanos tendrían atención garantizada y medicamentos gratuitos. De 2018 a 2020 los Estados más afectados por la pérdida del derecho a la salud son los más pobres, en Oaxaca la carencia aumentó en 20.7%, en Guerrero en 19.7% y en Chiapas 19.5%, muy por encima del 12% de promedio nacional.

Otros datos que corroboran lo anterior provienen de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares 2020 informados por otro órgano autónomo, el INEGI, donde el gasto monetario en cuidados de salud de los mexicanos en el mismo período, 2018-2020, aumentó ¡el 45%! y parafraseando a AMLO, queda claro que el Insabi “ni fue seguro ni fue popular” y hay que atender las causas raíz para cambiar esta ominosa tendencia.

Ya está medido, ahora a mejorar, hacer efectivo el derecho a la salud y proteger financieramente a las familias más pobres deben ser la brújula del trabajo legislativo que iniciaremos el primero de septiembre.

Democracy



"DEMOCRACIA"

"Democracia"

Guanajuato

No hay quinto malo

Quienes están al tanto de las minucias de la fiesta brava, explican que el origen de este refrán tan enigmático —no hay quinto malo—, sobre todo en el plano estadístico, es fácil de explicar. Hubo un tiempo en el cual los ganaderos diseñaban el orden de la lidia, eligiendo el lugar en que cada una de las reses debía enfrentarse con el diestro de turno. El ganadero, entonces, teórico conocedor del previsible juego de sus toros reservaba el de mejor nota y presumiblemente mejor comportamiento para ser lidiado en quinto lugar.

Hace dos días, el gobernador Miguel Márquez Márquez, presentó su Quinto Informe de Gobierno, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política del Estado de Guanajuato, que establece como una obligación del gobernante, rendir ante el Congreso del Estado, el primer jueves de marzo, un informe por escrito en el cual exponga la situación que guarda la administración pública estatal.

Los 36 integrantes del Congreso que conforman los grupos y representaciones parlamentarias de los siete partidos políticos que lo conforman, durante el análisis del informe, fijarán su postura en los términos que acuerde la Junta de Gobierno y Coordinación Política. Adicionalmente, para saber si no hay quinto malo, el Congreso del Estado, a efecto de ampliar la información, podrá solicitar la comparecencia de los secretarios de estado, así como del Procurador General de Justicia y los directores de las entidades paraestatales.

El informe que se presentó se compone de tres volúmenes: el primero con 475 páginas donde se muestran los avances en los temas de impulso a la calidad de vida, la educación, al empleo y la prosperidad, al estado de derecho, a los territorios de innovación y, por último, al buen gobierno.

El segundo volumen que consta de 396 páginas muestra los anexos estadísticos de los cuatro ejes de gobierno: calidad de vida, economía para las personas, Guanajuato educado y Guanajuato Seguro. Aquí cada dependencia gubernamental presenta a nivel municipal y por programa autorizado, las familias o personas beneficiadas y el monto económico utilizado entre otras métricas.

El tercer tomo con 344 páginas contiene la inversión ejercida por eje de gobierno y la fuente de financiamiento. Se desglosa además la inversión por dependencia, programa, municipio y fuente de financiamiento.

Toca ahora el turno a los legisladores el estudio y análisis de lo presentado. ¿Cómo saber si fue buena la faena? ¿Se confirma el refrán de que no fue quinto malo? A diferencia de la fiesta brava, la métrica de la administración pública tiene reglas claras para contrastar los resultados observados contra los resultados esperados.

El “Estándar de Oro” sobre el cual deben compararse los resultados se llama “Programa de Gobierno 2012-2018” que fue publicado en el Periódico Oficial el 12 de marzo de 2013 y actualizado el 14 de diciembre de 2015. En ellos se plasman los compromisos de un gobierno con rostro humano y sentido social, con la brújula orientada hacia lo planeado para el año 2035. Estos planes, programas y estadísticas pueden ser consultados y descargados para su estudio en la página web del Instituto de Planeación, Estadística y Geografía del Estado de Guanajuato.

Otro mecanismo obligado para el cuerpo legislativo es la verificación de que el presupuesto autorizado para el año fiscal 2016 en cada dependencia o entidad, fue utilizado de manera correcta y que los resultados comprometidos —evaluación al desempeño— se hayan cumplido.

En lo que a mí respecta, he hecho un análisis preliminar de lo informado, concluyendo que se confirmó el adagio de que no hay quinto malo. Hoy Guanajuato tiene una administración pública sana. Los resultados hasta ahora alcanzados exceden en muchos programas los comprometidos y que, sin duda, en otros, como la seguridad, fenómeno tan complejo en nuestros días, requerirá más atención aún de los tres niveles de gobierno.

Casimiro Liceaga: guanajuatense, médico y patriota

Los médicos Liceaga, Casimiro y Eduardo, tío y sobrino, fueron guanajuatenses y médicos que brillaron con luz propia en los siglos XIX y XX. El reconocido Hospital General de México lleva ahora el nombre de Eduardo Liceaga en reconocimiento a su trayectoria y sobre quien comentaré en alguna columna futura.

Hoy quiero hablarles de Casimiro Liceaga, cuyo nombre salió durante una reunión con el presidente municipal de Irapuato, Ricardo Ortiz, al presentarnos el proyecto de rehabilitación del boulevard que lleva el nombre del revolucionario médico. León y Salamanca también tienen calles que homenajean al galeno cuevanense.

Jaime Gallardo, hace poco, presentó los personajes que son homenajeados en la ciudad de León, pues con frecuencia, como ocurrió en la reunión antes citada, conocemos el nombre de la vía, pero desconocemos el personaje. Así que, con igual mérito de los constituyentes, me pareció importante compartirles algunos rasgos de Casimiro Liceaga, quien formó parte de las páginas celebres de la historia de la Medicina en México.

Nació el 4 de marzo de 1792 en la ciudad de Santa Fe de Guanajuato, en el seno de una familia antigua y distinguida venida a menos, con apuros económicos. Inició sus estudios en el Colegio de la Purísima Concepción (hoy Universidad de Guanajuato) destacando como discípulo aventajado y enviado con beca a la ciudad de Valladolid (hoy Morelia) y en 1808 incorporado en la Real y Pontificia Universidad para estudiar Medicina.

Alcanzo el grado de Bachiller en Artes en 1812, requisito establecido en los estatutos universitarios para estudiar medicina. Se inscribió en el Real Colegio de Cirugía, destinado a preparar médicos militares concluyendo en 1815 y tres años más tarde se graduó de Licenciado en Medicina y de doctorado en 1819.

Como docente, obtuvo por oposición la titularidad en la cátedra encargada del estudio del cuerpo sano en 1819, perdiéndola un año después por “motivos políticos”. Luego obtuvo la titularidad de cátedra dedicada al estudio del cuerpo enfermo de 1824 a 1833, año que fundó y dirigió el Establecimiento de Ciencias Médicas con gran ejemplo de liderazgo y compromiso social.

De linaje liberal con raíces guanajuatenses, el joven Casimiro Liceaga, mientras estudiaba medicina, sostenía correspondencia con los caudillos liberales, por lo que, en 1820, recién recibido de doctor, fue arrestado y hecho prisionero por las fuerzas realistas, acusado de infidencia y de asociación delictuosa con connotados insurgentes como Guadalupe Victoria. Escapó de la cárcel de la Corte de la Nueva España seis meses después con fuga novelesca.

Regresó a México en 1821 entre las filas del ejército Trigarante de Agustín de Iturbide, de cuya esposa era ya su médico personal. También en 1847, a los 55 años, Casimiro participó como médico militar contra la invasión del ejército norteamericano.

Incursionó como político en esta época independiente, ocupando el cargo de diputado al Congreso Constituyente de 1822, al lado de ilustres personajes como Valentín Gómez Farías. También desempeñó el cargo de senador en 1825; el de diputado por Guanajuato en 1828 y 1833, repitiendo el cargo también en 1841, siendo entonces ya director del Establecimiento de Ciencias Médicas — hoy Facultad de Medicina—.

Gozó de gran prestigio y de buena situación social, formando parte del Tribunal del Protomedicato, que era la máxima autoridad tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina y disciplinas afines. Casimiro Liceaga y Quezada fue sin duda un médico, político y patriota como lo describió el Dr. Ignacio Chávez: “su obra monumental fue la Facultad de Medicina, que le fue confiada al nacer y cuyos pasos guio y cuyos desfallecimientos él sostuvo, con una fe inquebrantable en sus destinos”. Qué bueno que sea rehabilitado el boulevard que lleva su nombre.

Congreso abierto a la historia

El Congreso de Guanajuato aprobó antier un punto de acuerdo propuesto por los tres poderes, los organismos autónomos y los 46 ayuntamientos, para declarar este año “2017, Centenario de la Constitución de Guanajuato”. En la página se aprecia un Congreso abierto a la historia a propósito de este centenario y su memoria documental. Nuestra Constitución Política Local fue promulgada por la XXVI Legislatura Constitucional, erigida en Congreso Constituyente, y publicada en Bando solemne el 16 de septiembre de 1917 y en el *Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Guanajuato*, el 18 de octubre del mismo año.

Una vez definido el triunfo de la llamada Revolución Constitucionalista, encabezada por el general Venustiano Carranza, convocó a elecciones para la integración del constituyente que redactaría la constitución que sustituiría a las Leyes de Reforma en el plano federal, era menester hacer lo propio en las entidades federativas y Guanajuato no fue la excepción. Fernando Dávila, General de brigada, gobernador y comandante militar del estado, hizo saber el 20 de marzo de 1917 que a fin de que se efectuaran con las mayores garantías de legalidad y justicia, las elecciones extraordinarias para Gobernador y Congreso Constitucionales del estado, expidió por orden del encargado del Poder Ejecutivo de la Unión y jefe del Ejército Constitucionalista, la Ley Electoral del Estado de Guanajuato, que derogaba la expedida el 8 de mayo de 1861. El estado quedó dividido en quince secciones, donde León ocupó la sexta.

Dos días después, el domingo primero de abril de 1917, el General Dávila expidió la convocatoria para elecciones extraordinarias con base en la ley expedida, los ciudadanos votarían para quienes ocuparían los puestos en los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial el domingo seis de mayo, convocando a que los diputados propietarios electos se reunieran sin previa cita 11 días después de las elecciones en el salón de sesiones del Palacio Legislativo, refiriendo que si no acudían desde luego dos terceras partes por lo menos, se llamaría a los suplentes de todos los que faltaran.

El 21 de mayo se reunieron los presuntos diputados de la XXVI Legislatura: Jesús García, José J. Franco, José J. López, Dr. Felipe Ortiz, José Trinidad Covarrubias, Dr. Luis P. Bustamante y el Lic. José H. Ortega. Al no estar completos se mandó llamar al Lic. Enrique Colunga y al Dr. A. López Escobedo, electos por Celaya e Irapuato para que pudiera celebrarse la Junta Preparatoria conforme al artículo cuarto de la Ley Electoral.

El 24 de junio se publicó en el Periódico Oficial, el listado del H. Congreso electo, 14 propietarios y suplentes, teniendo ellos la encomienda de reformar la Constitución Política expedida en 1861, labor que hicieron entre julio y septiembre de 1917, habiendo diferentes planteamientos por parte de los integrantes de la Cámara, algunos artículos fueron aprobados de manera conjunta y otros tuvieron un análisis exhaustivo, tratando de dejar en claro que no se quería una copia fiel de la Constitución vigente en el país.

El 3 de septiembre de 1917, terminado el debate y considerados suficientemente discutidos los puntos en torno a la Constitución Política del estado libre y soberano de Guanajuato, ésta fue firmada por los integrantes de la Legislatura, publicada en bando solemne el 16 de septiembre por el recién electo gobernador, Agustín Alcocer.

Cabe destacar que nuestra Constitución reconoció el derecho político activo a las mujeres —antes que nuestra Carta Magna— al permitirles “votar en las elecciones para nombrar funcionarios municipales”, bajo la condición de que fueran “profesionistas y las que vivan de sus rentas o propiedades inmuebles o que tengan establecimientos mercantiles o industriales abiertos. Estas últimas, siempre que sepan leer y escribir”. Concluyo invitándolos a que visiten el sitio web, donde se tiene toda la historia digitalizada y donde pueden aportar fotografías y documentos que ustedes tengan para enriquecer nuestra historia.

Reincidencia, ya es hora

En 2016 Guanajuato modificó el Código Penal en materia del delito de robo, reincidencia y habitualidad. El artículo transitorio de la reforma dispone que se realice la revisión de los resultados obtenidos en un término de cinco años contados a partir de la entrada en vigor. Dicha evaluación es un elemento esencial para llevar a cabo una legislación de alta calidad, dado que en muchas ocasiones no es, sino hasta su puesta en escena en la realidad, cuando se puede apreciar a plenitud el impacto de la ley modificada o reformada.

La nueva Ley Orgánica del Congreso Estatal ya prevé en el artículo 209, que las iniciativas de ley o modificaciones deban contener al menos una evaluación de los impactos jurídico, administrativo, presupuestario y social. En el artículo 210 mandata que toda iniciativa de ley, decreto o acuerdo aprobado por el Congreso del Estado deberá pasar por un proceso de evaluación de impacto *ex post*, el que dotará elementos suficientes a los Diputados para en su caso modificarlo o derogarlo. En el caso de iniciativas ya aprobadas o publicadas, la Unidad de Seguimiento y Análisis de Impacto Legislativo implementará un mecanismo de evaluación y seguimiento de las leyes vigentes y sus continuas reformas, a efecto de realizar un análisis *ex post*. Los lineamientos de la evaluación *ex post* ya están en proceso de revisión.

Los ciudadanos y el gobierno están esperando que con la creación de leyes o reformas y su desarrollo en políticas públicas resuelvan los problemas asociados a la inseguridad, al menor costo y con mayor efectividad. En el ámbito de la seguridad ciudadana y la política criminal, la situación no es distinta.

En nuestro país se ha invertido en políticas y programas de prevención del delito y la violencia; asimismo hay prevención terciaria, dirigida al tratamiento y rehabilitación de quien ha delinquido. Un indicador bastante utilizado en el ámbito criminal para evaluar los programas de reinserción y rehabilitación es la reincidencia, de hecho, se considera un indicador de excelencia en tanto arroja valores claros sobre las personas que tienen nuevos contactos con el sistema de justicia criminal, ya sea por detención, condena o encarcelamiento.

La reincidencia es un concepto que alude a la comisión reiterada de conductas delictivas, sin embargo, los límites de su definición dependerán de la naturaleza, intereses y objetivos de las instituciones que lo utilizan. Así se podrá encontrar modelos de medición de reincidencia basados en historias de vida, auto reporte de delitos, registro de detenciones, antecedentes de condenas o en los registros de nuevos ingresos en las cárceles.

La reincidencia también puede ser interpretada desde una perspectiva jurídica, en relación con las nuevas condenas; de seguridad pública, haciendo referencia a la reiteración del comportamiento delictivo; o bien al ámbito penitenciario con el re-encarcelamiento. Con esta taxonomía, se quiere evidenciar que la postura que se tome frente al fenómeno de la reincidencia guardará estricta relación con las necesidades de la institución que emprenda esta tarea. De esta forma, instituciones orientadas a la seguridad pública usarán una definición distinta a la empleada por las instituciones penitenciarias, o a la de organismos interesados en evaluar la efectividad de programas de reinserción, o a la de entidades académicas.

Otro elemento que es necesario considerar es el tipo de valor que se otorga a la reincidencia. Por ejemplo, según la perspectiva jurídica, la reincidencia constituye un antecedente que considera el juez en la apreciación de la responsabilidad penal, que tiene gran influencia y eficacia para aumentar el rigor de las penas o imponer privación de la libertad, pero no para prevenir la reiteración del delito.

A un año de distancia y construido en Guanajuato por los tres poderes, el concepto de reincidencia como antecedente para aumentar el rigor de las penas, debemos conocer si ha sido útil, abriendo además la oportunidad para investigarla con otros enfoques. ¡Ya es hora!

La Peregrina y el Presidente

Esta semana fui invitado a participar en dos eventos que unen el destino a una pareja de leoneses con dos causas que tienen de fondo el servir. El primero fue el lunes, donde una mujer presentó los avances de una institución que tiene una cartera específica para fomentar la participación política de la mujer; el segundo fue ayer, al consumarse el relevo del Capítulo León de los Notarios Públicos. Al primer personaje debido a su amplia labor en las comunidades se le conoce como la Peregrina; y el segundo asumió —otra vez— la Presidencia del Colegio leonés.

La Peregrina hace su labor social realizando en las comunidades y otros sectores de los 46 municipios talleres, cursos, diplomados y diversas capacitaciones para fomentar la formación y el empoderamiento de la mujer. Presentó su informe anual acompañada de otras mujeres que hacen similar función desde el ámbito de lo local. Esta labor la viene desempeñando desde hace muchos años y toma ahora mucha más vigencia dados los cambios que en la Ley electoral, obligarán a todos los partidos políticos a postular el 50% de las candidaturas a mujeres en todos los puestos de elección popular.

Si un partido político decide presentar planillas para todos los puestos que estarán en disputa el primer domingo de julio de 2018, requerirá 23 candidatas a alcaldesas; 26 candidatas a síndicas propietarias y el mismo número de suplentes; 209 candidatas a regidoras propietarias y el mismo número de suplentes. Además, 11 candidatas a diputadas locales propietarias y el mismo número de suplentes; 8 candidatas a diputadas federales propietarias y el mismo número de suplentes; y por último, una candidata a senadora propietaria y una suplente; haciendo un gran total de 533 candidatas.

Quizá solo el PRI y el PAN presenten candidatos para todos los puestos de elección; tenemos otros partidos políticos como PRD, PVEM, PANAL, Morena, Movimiento Ciudadano, PES entre otros que participarán solo en algunos municipios o distritos federales y locales. Sumemos los independientes que también deben en el caso de los ayuntamientos respetar las reglas de paridad. La conclusión es que todos los esfuerzos que se hagan para que haya una mayor participación política de la mujer serán bienvenidos.

Por ello, toma relevancia la trayectoria de vida de la Peregrina apoyada por su pareja, donde además de haber participado incluso como Legisladora, ha dedicado muchas horas de su vida a la formación de tantas mujeres. Reconocimiento que también tiene en la institución política donde ha militado toda su vida.

Su pareja, quien asumió el cargo de Presidente tiene también el reconocimiento de sus compañeros notarios, pues no ha sido la primera vez que ha sido distinguido para representarlos por el periodo bianual. El maneja el concepto de que lo hace convencido de estar pagando su “Hipoteca Social”, reconociendo que tiene la formación profesional gracias al apoyo que recibió de la sociedad y de su familia.

Durante su discurso habló de la gran responsabilidad que tienen con la fe pública que les ha sido delegada, y que no basta con dar seguridad y certeza jurídica en los actos que ellos dan fe, sino de la obligación que deben tener para dar servicio a las personas menos favorecidas, asociaciones y organismos altruistas, así como instituciones de prestación de servicios sociales en la regularización de la vivienda entre otros.

También dio datos duros como, por ejemplo, que la edad promedio de los notarios es de 68 años, solicitando al secretario de Gobierno se hagan ya los exámenes que señala la Ley para que jóvenes abogados con especialización en la materia e incluso con varios posgrados, puedan ser incorporados como notarios auxiliares y renovar el ímpetu que dicha profesión requiere, además de cubrir las vacantes ya existentes. Dio gusto la respuesta del secretario Gustavo Rodríguez Junquera al decir que les toma la palabra y que iniciarán las mesas de trabajo correspondientes.

Concluyó felicitando ampliamente al matrimonio integrado por Luxana Padilla Vega “La Peregrina” y Jorge Arturo Zepeda Orozco “El Presidente” por la gran familia que han formado y por su labor social que me consta hacen a favor de nuestra ciudad y estado.

Criminalidad y libertad

Concurren estos días hechos y dichos en temas que tienen un común denominador: la criminalidad y la libertad. Miguel de Cervantes a través de Don Quijote, le expreso a Sancho Panza su visión acerca del valor de la Libertad diciéndole: “La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra ni el mar encubre; por la libertad, así como por la honra se puede y debe aventurar la vida, y, por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres”.

La criminalidad es la cualidad o circunstancia que hace que una acción sea criminal, entendiendo por crimen una acción voluntaria o reprobable que puede ser grave como el hecho de matar o herir gravemente a alguien.

La libertad en el México actual solo puede perderse cuando una persona afecta aquellos intereses que son estimados esenciales para nuestra sociedad y que permiten mantener la paz.

El Código Penal es el instrumento de Ley que utilizan los juzgadores para valorar si el acto criminal merece una pena y en su caso, la privación de libertad y por cuanto tiempo.

Un hecho irrefutable es que la criminalidad va en aumento y que la sociedad está esperando medidas de parte del Estado y sus Poderes (Legislativo, Ejecutivo y Judicial) que establezcan las condiciones necesarias para disminuirla, pasando casi siempre en la mente de la sociedad, que privando de la libertad a los delincuentes pudiera ser una vía para inhibir la criminalidad según los dichos que escuchamos.

Apenas el 14 de julio pasado en Guanajuato se publicó en el Periódico Oficial una modificación en el Código Penal —una excluyente de delito conocida erróneamente como Legítima Defensa— que adiciona una fracción XI al artículo 33, que dice “El Delito se excluye cuando: [...] Fracción XI: se obre en defensa de bienes jurídicos propios o ajenos, contra agresión ilegítima por intrusión actual a casa habitación” que en términos llanos significa que un ciudadano puede proteger dentro de su casa a su familia y sus bienes de intrusos —criminales—. Tal reforma fue aprobada por unanimidad después de mesas de trabajo donde aportaron sus ideas y sugerencias actores profesionales en sus ramos.

Cuando se conoce la noticia de lo aprobado, la sociedad ve con agrado que no se considere un acto criminal cuando algún miembro de la familia vulnerada en el seno de su hogar, la defiende del agresor y que quizá éste último pueda ser lesionado durante el acto de repulsa.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CDNH) interpuso una acción de inconstitucionalidad —por cierto, la número 97 de este año—, ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Estaremos aportando los elementos necesarios ante la Corte a efecto de justificar la constitucionalidad de éste y esperamos la decisión. Hoy estoy cierto que puede haber colisión de Derechos, más aún ahora que son tan garantistas, pero también estamos seguros de que el derecho de una familia a tener paz en el seno de su hogar es superior al del intruso que puede poner la vida en peligro de sus seres más queridos.

También es conocido por la sociedad que algunos criminales han privado de la vida a las personas encargadas de cuidarnos, me refiero a funcionarios de las fuerzas de seguridad pública, de aquellos que investigan los delitos e incluso de aquellos que procuran y administran la justicia y que ejecutan las penas. Hemos suscrito una iniciativa de Ley para que los criminales que hagan esto sean privados de su libertad con sanciones más severas, imponiéndoles de 30 a 60 años de prisión y de 300 a 600 días de multa.

El mensaje que se desea enviar desde los representantes de la sociedad es de temeridad a los criminales y de solidaridad con los guardianes de nuestra seguridad. Esta medida no es excluyente de las demás que también son requeridas para los funcionarios que velan por el estado de derecho y la seguridad: empleos bien remunerados; seguridad social; capacitación; equipamiento y mayor reconocimiento ciudadano a su labor. Convencido estoy que a grandes males grandes remedios y estamos trabajando para hacer del reclamo ciudadano leyes y políticas públicas que nos permitan mayor seguridad y paz social.

La montaña y la llanura

“La montaña se aprecia mejor desde la llanura” dice un refrán popular, y por ello voy a comentarles cómo veo al Gobierno de Guanajuato y a sus Servicios Estatales de Salud desde la llanura del Congreso de la Unión a propósito de la aprobación de dos Presupuestos de Egresos de la Federación y haber conocido el resto de los sistemas estatales con motivo de la derogación del Seguro Popular.

Guanajuato tiene uno de los mejores sistemas de salud del país, más loable es aún, cuando la inversión en salud en nuestro país y estado es de las más bajas respecto a los países con los que nos comparamos, como los integrantes de la OCDE.

Ante la pregunta ¿cuánto tiempo viven las personas en Guanajuato? Les comento que los hombres tienen una esperanza de vida de 73.3 años (4.7 años más que lo esperado) y las mujeres 79.0 (5.5 años más que lo esperado).

¿Cuál es la tendencia de la mortalidad en los grupos de edad menores de 1 año y menores de 5 años en Guanajuato? Lo observado para menores de un año fue de 11.0 muertes por cada 1000 nacimientos vivos (12.6 muertes menos que lo esperado). Para menores de 5 años fue de 12.9 muertes por cada mil nacimientos vivos (16.3 muertes menos de lo esperado).

Al último año registrado en esta serie de comparabilidad mundial, ¿qué causó la mayoría de las muertes en Guanajuato?: 1) Cardiopatía isquémica, 2) Enfermedad renal crónica, 3) Diabetes, 4) Violencia interpersonal, 5) Alzheimer, 6) Enfermedad vascular cerebral, 7) Cirrosis, 8) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 9) Accidentes de tráfico y, 10) Infecciones respiratorias bajas.

Por último, ¿qué causó la mayoría de las muertes y discapacidades combinadas en Guanajuato? 1) Diabetes, 2) Violencia interpersonal, 3) Enfermedad renal crónica, 4) Cardiopatías isquémicas, 5) Desórdenes del periodo neonatal, 6) Accidentes de tránsito, 7) Cirrosis, 8) Anomalías congénitas, 9) Cefalea y, 10) Enfermedad vascular cerebral.

El patrón descrito de la carga de la enfermedad marca un avance muy relevante del éxito logrado en las enfermedades infecciosas, parasitarias y del embarazo; los daños emergentes de la violencia interpersonal que causa muertes prematuras y, por último, el reto que implica el avance no contenido aún de las enfermedades crónico-degenerativas, que implicará más fineza en las políticas públicas y mayor involucramiento de todos los actores sociales.

De la información que recibimos como representantes populares y que se encuentra al alcance de la población, les puedo referir que el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, conocido por el acrónimo de ISAPEG o sim-

plemente como Secretaría de Salud, ha sido ejemplo para el resto del país en el manejo de las finanzas que se mantienen sanas y sin deudas; en transparencia y rendición de cuentas; sin señalamientos de corrupción y con niveles de surtimiento de medicamentos e insumos para la salud superiores al 95% según las encuestas externas hechas al ISAPEG.

En el tema de la Calidad, vista a través del mecanismo ideado por la máxima autoridad sanitaria del país que es el Consejo de Salubridad General, el ISAPEG cuenta con tres unidades médicas con el grado máximo de Certificación, y continúa con el proceso del resto de los hospitales como el nuevo Hospital Universitario, los Hospitales Materno-Infantiles de Celaya y León, así como el Hospital Pediátrico de esta ciudad entre otras más unidades médicas.

Esto último, marca la visión del gobernador Diego Sinhue Rodríguez y del secretario de Salud Daniel Díaz en tener la Seguridad y la Calidad de la Atención Médica como el sustento del crecimiento y desarrollo de las más de 625 unidades médicas y sus redes de atención integrada en los diferentes niveles.

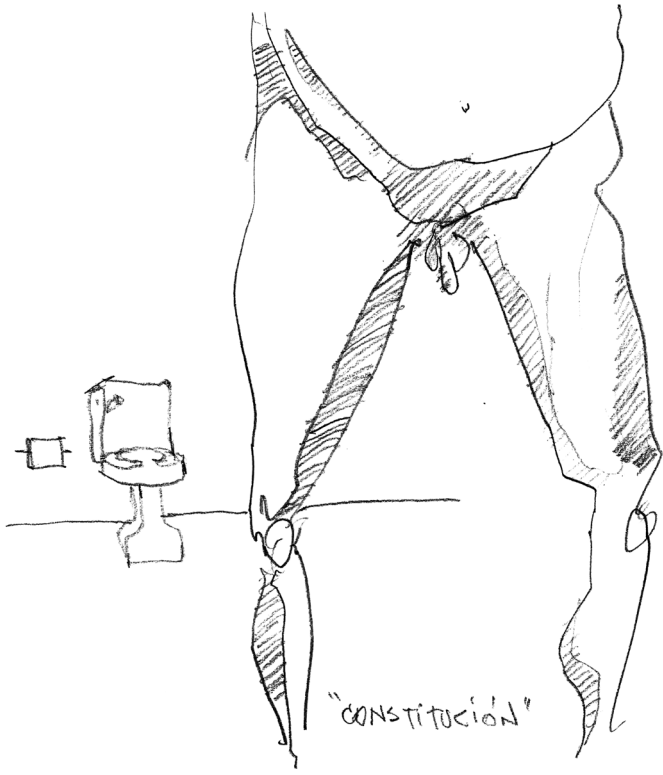
Cabe señalar que el Dr. Daniel Díaz, además de ser especialista en Cirugía General, se tituló en la Maestría en Salud Pública con el tema de Certificación Hospitalaria en la cual es un conocedor a fondo, y en comunión con todas y todos los trabajadores del ISAPEG han tenido y sostenido estos logros.

En la formación de recursos humanos también se ha distinguido el ISAPEG y todos los profesionales que allí laboran. En la cancha clínica en unión con diferentes universidades y centros de estudio, se forman nuevos profesionistas de la enfermería, odontología, trabajo social, nutrición, psicología, técnicos en diferentes ramas, médicos y una gran variedad de especialistas, que junto con sus profesores atienden más de seis millones de consultas; 140 000 cirugías, muchas de ellas de alta especialidad; más de 60 000 nacimientos y miles de servicios auxiliares de diagnóstico.

No alcanzaría esta columna para describir todos los reconocimientos que en este año ha recibido el Instituto, resalto solo para concluir el Sistema Estatal de Trasplantes, el Sistema de Urgencias y la atención a pacientes con quemaduras entre muchos más.

Qué orgulloso me siento de nuestro Sistema Estatal de Salud. El reto, sin embargo, sigue siendo mayúsculo. Uno que se asoma es el financiamiento para continuar con la mejora de la infraestructura y la implementación de los sistemas de calidad en curso.

Hago votos por que el Congreso del Estado siga apoyando en materia de salud y me comprometo a seguir con mis compañeras y compañeros legisladores en la búsqueda del apoyo federal. ¡Enhorabuena!



Expresión y forma

"Constitución"

Agradecimientos

Tener el espacio para escribir y compartir con la comunidad las vivencias ha sido muy gratificante, pudiendo expresar sin cortapisas, a modo de ser contestatario, diferentes tópicos acerca de las leyes, la medicina y la política. Por ello agradezco cumplidamente al Ing. Enrique Gómez Orozco y al periódico *AM* que cada ocho días se abriera esta oportunidad y con ello, la posibilidad de interactuar con los lectores y sus comentarios, críticas y palabras de aliento.

A mi esposa, la Dra. Elvia Rodríguez Villalobos, por sus revisiones, sugerencias y visiones compartidas entre las palabras aladas y las letras impresas.

A mi maestro, el Dr. Francisco Javier Domínguez Garibaldi, cirujano, padre, abuelo y artista, por sus diseños, bocetos y luego dibujos que, ilustran y enriquecen esta compilación, con su sensibilidad y crítica, a manera de contestatario gráfico, pues sin duda, una imagen dice más que mil palabras.

A Arcelia Becerra Quiroz por su invaluable apoyo para iniciar y continuar esta labor de divulgador, pues siempre he recibido solo palabras de aliento.

A mis amigos Héctor González Aguirre, Leopoldo Medina Delgado, Antonio Lascuráin Huerta, Cutberto Jiménez Mayagoitia y Shayra Albañil Reyes por su apoyo con sus lecturas a los textos, ideas y comentarios vertidos a lo largo de estos últimos años.

A Rafael Lozano Ascencio, Maribel Ramírez Coronel, Erandi Zepeda Sandoval y Sergio Arias Franco por la ayuda brindada con evidencias para sustentar lo aquí dicho y por su apoyo para las editoriales en *El Economista* y *Expansión Política*.

A Carlos Arias Guzmán y Asyareli Elizabeth Ortiz Díaz, por la revisión, formato y comentarios.

A mis amigos y amables lectores, a quienes en mi imaginario me dirijo, habiendo recibido de ellos el impulso para seguir escribiendo.

A mi *alma mater*, la Universidad de Guanajuato, a su rector general el Dr. Luis Felipe Guerrero Agripino, al rector del Campus León, el Dr. Carlos Hidalgo Valadez, por su amistad y apoyo durante mi labor académica.



“Éctor Jaime Ramírez Barba, economía”

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

Dr. Luis Felipe Guerrero Agripino
Rector General

Dra. Cecilia Ramos Estrada
Secretaria General

Dr. Sergio Antonio Silva Muñoz
Secretario Académico

Dr. Salvador Hernández Castro
Secretario de Gestión y Desarrollo

Dra. Elba Margarita Sánchez Rolón
Titular del Programa Editorial Universitario

Contestatorio.

Crítica, debate y propuestas sobre nuestra salud y las políticas públicas

de Éctor Jaime Ramírez Barba

con ilustraciones de Francisco Javier Domínguez Garibaldi

terminó su tratamiento editorial en el mes de noviembre de 2022.

En su composición se utilizó la fuente tipográfica

Crimson Text 18, 14, 11.5 y 9 puntos.

El cuidado de la edición estuvo a cargo

de Fabiola Correa Rico y Jaime Romero Baltazar.