

EL TÚNEL SIN FINAL

La política sanitaria contra el SARS-CoV-2 en México

Juan José Ramírez Bonilla

Universidad Autónoma
del Estado de México

Doctor en Ciencias e Ingeniería Ambientales
Carlos Eduardo Barrera Díaz
Rector

Doctor en Ciencias Computacionales
José Raymundo Marcial Romero
Secretario de Docencia

Doctora en Ciencias Sociales
Martha Patricia Zarza Delgado
Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados

Doctor en Ciencias de la Educación
Marco Aurelio Cienfuegos Terrón
Secretario de Rectoría

Doctora en Humanidades
María de las Mercedes Portilla Luja
Secretaria de Difusión Cultural

Doctor en Ciencias del Agua
Francisco Zepeda Mondragón
Secretario de Extensión y Vinculación

Doctor en Educación
Octavio Crisóforo Bernal Ramos
Secretario de Finanzas

Doctora en Ciencias Económico Administrativas
Eréndira Fierro Moreno
Secretaria de Administración

Doctora en Ciencias Administrativas
María Esther Aurora Contreras Lara Vega
Secretaria de Planeación y Desarrollo Institucional

Doctora en Derecho
Luz María Consuelo Jaimes Legorreta
Abogada General

Doctora en Ciencias de la Educación
Yolanda Eugenia Ballesteros Sentíes
Secretaria Técnica de la Rectoría

Licenciada en Comunicación
Ginarely Valencia Alcántara
Directora General de Comunicación Universitaria

Doctor en Ciencias Sociales
Luis Raúl Ortiz Ramírez
Director de Centros Universitarios y Unidades Académicas Profesionales Región A

Doctora en Ciencias de la Educación
Sandra Chávez Marín
Directora de Centros Universitarios y Unidades Académicas Profesionales Región B

EL TÚNEL SIN FINAL
La política sanitaria contra el SARS-CoV-2 en México

Dirección de Publicaciones Universitarias
Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México

Doctor en Ciencias e Ingeniería Ambientales
Carlos Eduardo Barrera Díaz
Rector

Doctora en Humanidades
María de las Mercedes Portilla Luja
Secretaria de Difusión Cultural

Doctor en Administración
Jorge Eduardo Robles Alvarez
Director de Publicaciones Universitarias

EL TÚNEL SIN FINAL
La política sanitaria contra el SARS-CoV-2 en México

Juan José Ramírez Bonilla

Universidad Autónoma del Estado de México

"2023, Conmemoración de los 195 Años de la Fundación del Instituto Literario del Estado de México"

Ramírez Bonilla, Juan José.
El túnel sin final : la política sanitaria contra el SARS-CoV-2 en México / Juan José Ramírez Bonilla.
1ª ed.
Toluca, Estado de México : Universidad Autónoma del Estado de México, 2023.
226 p. : il. ; 23 cm.

Incluye referencias bibliográficas (p. 184-204).

ISBN: 978-607-633-626-7

1. COVID-19 – México -- Asuntos sanitarios.
2. Infecciones por coronavirus – Prevención -- México.

RA644.C67 R36 2023

Este libro fue positivamente dictaminado con el aval de dos revisores externos, conforme al Reglamento de la Función Editorial de la UAEMÉX, y fue sometido a un proceso de identificación de duplicidad de la información mediante un *software* especializado.

Primera edición, junio 2023

EL TÚNEL SIN FINAL
La política sanitaria contra el SARS-CoV-2 en México
Juan José Ramírez Bonilla

Universidad Autónoma del Estado de México
Av. Instituto Literario 100 Ote., Col. Centro
Toluca, Estado de México
C.P. 50000
Tel: 722 481 1800
http://www.uaemex.mx

Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (Reniecyt): 1800233

Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Los usuarios pueden descargar esta publicación y compartirla con otros, pero no están autorizados a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. Disponible para su descarga en acceso abierto en: http://ri.uaemex.mx

ISBN: 978-607-633-626-7

Hecho en México

El contenido de esta publicación es responsabilidad de las personas autoras.

Director del equipo editorial: Jorge Eduardo Robles Alvarez
Coordinación editorial: Ixchel Díaz Porras
Gestión de diseño: Liliana Hernández Vilchis
Corrección de estilo: María del Rosario Arias Reyes
Diseño y formación: Ángel Esquivel López
Diseño de portada: Martha Eugenia Díaz Cuenca

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I
El carácter multidimensional de la crisis sanitaria derivada de COVID-19 29

CAPÍTULO II
El fracaso de la política sanitaria contra SARS-CoV-2 60

CAPÍTULO III
De la austeridad a la reconversión hospitalaria: 82
los claroscuros de la adquisición de respiradores

CAPÍTULO IV
La reconversión hospitalaria y los intríngulis de la Jornada Nacional 110
de Reclutamiento y Distribución de Recursos Humanos en Salud: México
contra COVID-19

CAPÍTULO V
El funcionamiento del sistema hospitalario nacional: 141
la movilidad de los enfermos y el riesgo sanitario

REFLEXIONES FINALES 169

REFERENCIAS 184

ANEXO ESTADÍSTICO 205

INTRODUCCIÓN

Definiciones[1]

El presente trabajo tiene una cobertura temporal precisa, la cual debe ser tomada en cuenta por los lectores, para comprender el alcance de los juicios formulados por el autor de la obra. El 12 de junio de 2020, los editores de la revista *Quarterlly Bulletin of Third World Studies*, publicada por el Afro-Asian Institute of Japan, extendieron una invitación personal para escribir un artículo sobre el tema "The capacities of Mexican government to manage health and economic crisis"; el resultado fue enviado el 3 de agosto del mismo año y fue publicado en japonés, con el título: "メキシコ―― 新型コロナウイルス感染抑止政策の失敗" (México, fracaso de la nueva política disuasoria de infecciones por coronavirus; Ramírez, 2021; pp. 28-36). La elaboración de ese primer artículo despertó el interés para explorar otras dimensiones de la política sanitaria del gobierno mexicano y, poco a poco, la presente obra fue adquiriendo forma, terminando la versión inicial de esta introducción el 23 de enero de 2021.

Más allá de las coberturas temporales de los temas específicos analizados en cada uno de los capítulos, el lapso general del estudio abarca del 27 de febrero hasta la tercera semana de septiembre de 2020. Ese espacio temporal constituye, *grosso modo*, el primer ciclo de la pandemia en México; la evolución posterior de las infecciones, por necesidad, debe ser analizada teniendo en cuenta las decisiones políticas puestas en práctica durante ese primer ciclo. Todavía más, los juicios y las conclusiones formulados a lo largo de nuestro texto deben ser evaluados a la luz de los resultados *ex post*.

Por otra parte, una de las dificultades de la comunicación (común, técnica o científica) es el desajuste entre el significado otorgado por el emisor a su discurso y la manera de comprender dicho significado por el receptor. El desajuste, en gran medida, es resultante de los antecedentes científicos, técnicos, culturales e, inclusive, políticos, tanto del emisor como del receptor. En todo caso, de acuerdo con los

[1] Las opiniones formuladas en este texto son personales y para nada conciernen a la institución de adscripción del autor.

principios del racionalismo, el receptor tiene la obligación intelectual de poner en duda los juicios formulados por el emisor y someterlos a la criba de su propio entendimiento, sobre la base de su propia experiencia cultural, política, técnica y/o científica. Dicho de otra manera, pensar por sí mismo es un ejercicio fundamental no solo para hacer progresar el pensamiento, sino también para reafirmar el principio del individualismo, sustento de la sociedad moderna, democrática e igualitaria, pero consciente de las diferencias sociales.

El ejercicio de interpretación de la lógica y de las consecuencias sociales de la política sanitaria contra el SARS-CoV-2 del gobierno mexicano descansa sobre este principio racional; por lo tanto, consideramos necesario interpretar las principales definiciones de la política gubernamental, para establecer nuestros propios axiomas sobre el tema; se trata, en el sentido polisémico, de someter al análisis las definiciones del discurso político y, a la vez, definir una actitud racional propia, para contribuir a la comprensión de las finalidades, de los medios y de los alcances de la política gubernamental.

En este marco, nuestro primer propósito consiste en discutir la función de la cultura en el comportamiento de los actores sociales para explicar una característica común a todos los grupos sociales del país: el desapego por la vida, propia y del otro; un principio que constituye el trasfondo cultural de nuestro estudio. El segundo cometido es definir un hilo que permita estructurar lógicamente los diferentes capítulos que constituyen nuestro texto; proponemos como hilo conductor la laxitud de la política sanitaria del gobierno mexicano, justificada mediante un respeto formal de los derechos humanos y de las libertades civiles, pero violando el principal de los derechos humanos: el derecho a la vida; violación cuyo costo se eleva, hasta el momento de escribir las presentes líneas, a 75 493 decesos, causados por la manera errática de combatir el SARS-CoV-2.

Una definición estructural: el papel de la cultura en el comportamiento de los actores sociales

La primera definición que nos interesa destacar se refiere a las idiosincrasias mexicanas; en aras de la exactitud, sobre ese tema, necesitamos expresarnos en plural; pues la característica fundamental de la sociedad mexicana es, en opinión nuestra, la

diversidad expresada en múltiples dimensiones: étnico-cultural, económica, género, etc. En consecuencia, es imposible esperar un comportamiento homogéneo de los individuos integrantes de una sociedad heterogénea. Es este rasgo de la sociedad mexicana el que, de entrada, nos obliga a cuestionar el juicio de Andrés Manuel López Obrador (AMLO) sobre la función de la cultura en la superación de las dificultades derivadas de la pandemia. En efecto, el 15 de marzo, el presidente de los Estados Unidos Mexicanos afirmaba: "[…] resistimos y salimos adelante, y podemos enfrentar cualquier adversidad; la cultura siempre nos salva ante terremotos, inundaciones, epidemias, malos gobiernos, corrupción" (Villa y Caña, 2020a).

El lector notará el uso del singular para referirse a la cultura y la suposición de la unicidad de la sociedad mexicana; disentimos de esa percepción y preferimos definir la sociedad como un todo, integrado por diversas esferas, entre las cuales destacan la social, la económica y la política; entendemos estas esferas constituidas por conjuntos de individuos; estos conjuntos no son necesariamente cerrados y auto contenidos; más bien, se traslapan con los conjuntos de una misma esfera o con los de las otras; así, las pautas culturales y los modos de comportamiento social se modifican permanentemente bajo la influencia de los intercambios entre individuos pertenecientes a conjuntos sociales diferentes; en esos trueques culturales el grupo receptor no se limita a adoptar las influencias externas tal cuales, más bien las transforma y las adapta a su modo de ser; se trata, en esencia, de un proceso dinámico que reproduce de forma permanente la heterogeneidad social y cultural y que determina el comportamiento de cada individuo, diferenciándolo de las conductas de los otros.

Más allá de esa diversidad dinámica, la pandemia ha demostrado que existen normas culturales comunes a todos los grupos sociales; por supuesto, ellas se expresan de manera diferente en el comportamiento de los individuos pertenecientes a grupos sociales distintos. La más lacerante de esas pautas es el desapego a la vida de sí mismo y, por ende, la ausencia de respeto de la vida del otro; se trata de la inexistencia del principio elemental garante no solo de la vida individual, sino también de la vida en sociedad. Los ejemplos develados por la pandemia son múltiples, pero todos ellos tienen como sustrato común el predominio de una visión mágico-religiosa del mundo, en general, y de la sociedad, en particular.

Así, pese al progreso de la escolaridad de la población (de acuerdo con el INEGI, en 2020, la escolaridad media de la población es de 10.1 años), nos atrevemos a formular una hipótesis de trabajo: la escuela, tanto pública como privada, no forma

los estudiantes en el racionalismo y, a través de la educación inculcada por la familia u ofrecida por el sistema institucional, siguen pesando grandemente las concepciones ahora mágicas, luego religiosas, sobre el mundo. Las cuatro gráficas siguientes proporcionan elementos para sostener esta hipótesis que, por supuesto, debe ser trabajada ulteriormente.

La gráfica 1 presenta la estructura de la población de 15 años y más, acorde con el nivel de escolaridad alcanzado en 2015. De acuerdo con la fuente, en ese año, el nivel de escolaridad media era de 9.2 años; para principios de 2020, la escolaridad media había aumentado a 10.1 años y, en consecuencia, también debió provocar cambios en la estructura de la población; pero esos cambios debieron ser marginales; teniendo en cuenta esto, de la información presentada en la gráfica 1 nos interesa destacar los tres puntos siguientes:

Primero, la población sin educación o con un máximo de educación primaria representa 31.25% de la población total. Nos atrevemos a suponer que en este grupo predominan las concepciones mágico-religiosas del mundo.

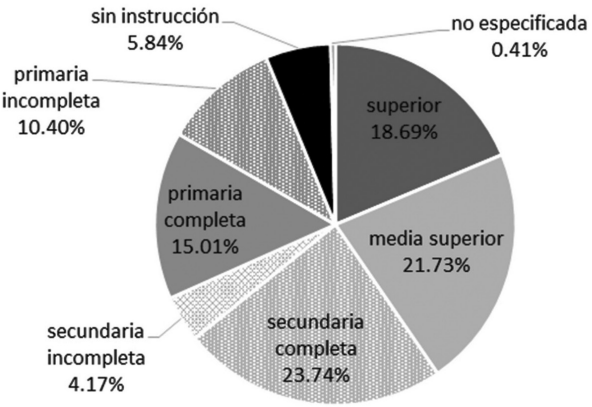
Segundo, el grupo con educación media, completa o incompleta es el más importante, pues representa 49.64% de la población total. Con una formación básica en ciencias naturales y humanas, suponemos que este grupo tiende a superar las concepciones mágicas, pero mantiene las religiosas profundamente ancladas.

Tercero, el sector de la población con educación superior es el minoritario, con una proporción de 18.69%. En este caso, dependiendo del área de formación académica, esta pone énfasis en las ciencias exactas o en las ciencias sociales; en principio, sería de esperar que, habiendo sido formados en el uso de las metodologías racionalistas, este grupo de la población sería el más propenso al racionalismo y a pensar por sí mismo; sin embargo, la hipótesis es muy arriesgada como veremos a continuación.

En efecto, las gráficas 2, 3 y 4 nos ofrecen resultados de una encuesta realizada en la escala nacional sobre las creencias y prácticas religiosas de la población mexicana (RIFREM, 2016); nos interesa destacar algunos aspectos útiles para los fines de nuestro trabajo. Primero, la gráfica 2 muestra las principales filiaciones religiosas, destacando la importancia de las diferentes corrientes cristianas, las cuales, en conjunto, acumulan 95% de la población-muestra. En contraparte, solo 5% de los encuestados afirmaron

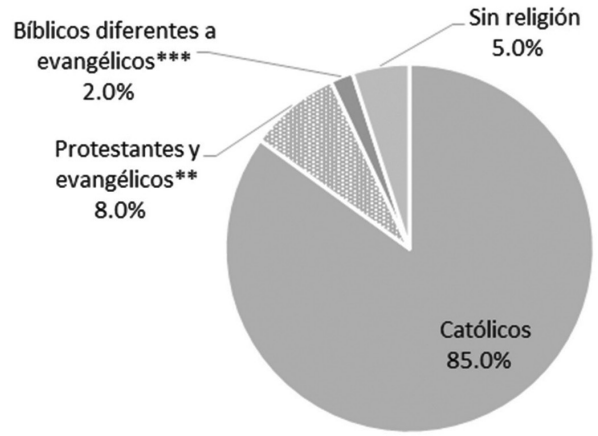
no profesar ninguna religión; si cruzamos esta información con la de la gráfica 1, podríamos concluir que la mayor parte de las personas sin religión han pasado por una formación académica científica que les ha permitido dejar de lado las concepciones religiosas predominantes en la sociedad mexicana.

Gráfica 1. Estructura de la población de 15 años y más, por nivel de escolaridad, 2015



Fuente: Elaboración propia con información de INEGI, 2015.

Gráfica 2. México, filiación religiosa* de la población mayor de 18 años (2016)

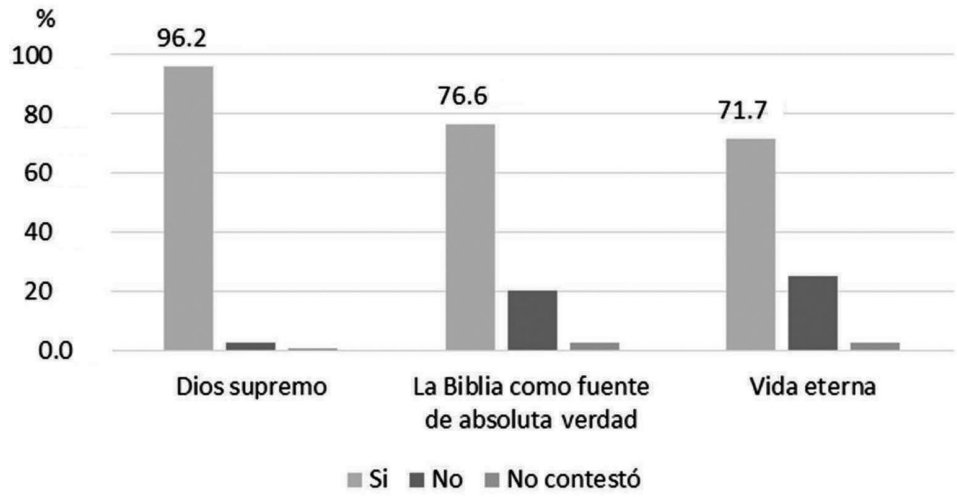


* No incluye judíos
** Protestantes y evangélicos
*** Testigos de Jehová, adventistas y mormones

Fuente: Elaboración propia con información de RIFREM, 2016.

La gráfica 3 presenta tres tópicos, denominados por los diseñadores de la encuesta "creencias trascendentales": el primero de ellos implica que 96.20% de los encuestados cree en un dios supremo. Nótese, la gráfica 2 indica que 5% del universo de la encuesta declaró que no profesa ninguna religión; sin embargo, una parte de ellos (1.20%) también cree en un ente superior; con lo cual, queda únicamente 3.80% de la población, el cual podría ser considerado como ateo. El segundo tópico contenido en la gráfica 3 es la creencia en la Biblia "como fuente de absoluta verdad" y 76.6% de los encuestados la reconocen como tal; la pregunta en el aire consiste en saber si 23.4% acepta la razón como principio de las interpretaciones sobre el mundo y si, en consecuencia, aceptan el principio racional que hace del entendimiento individual el criterio de verdad de los procesos mundanos. En todo caso, recordemos que poco más de tres cuartas partes de la población se refieren a la Biblia para interpretar el mundo y, en consecuencia, en mayor o menor grado, puede poner en tela de juicio los argumentos científicos o técnicos sobre los fenómenos sociales.

Gráfica 3. Causa de la estabilidad, del éxito o del fracaso personal

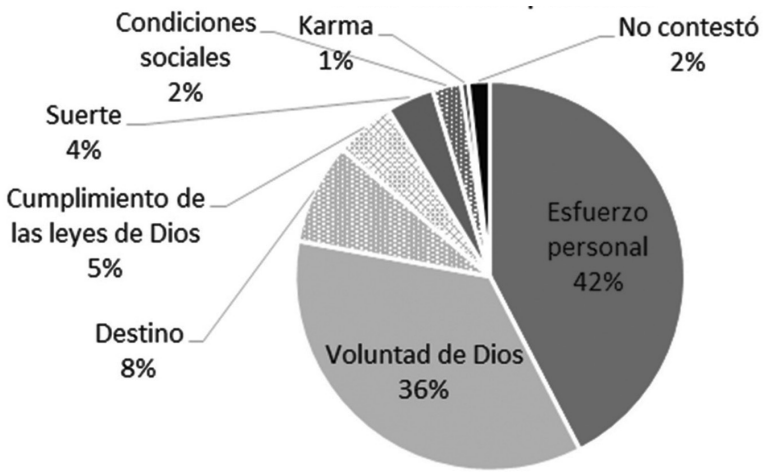


Fuente: Elaboración propia con información de RIFREM, 2016.

El tercer tema es la vida eterna y 71.70% del universo encuestado acepta creer en ella; si recordamos que 85% de los encuestados profesa el catolicismo, podemos comprender el desapego por la vida terrenal, propia y ajena, de un gran número de mexicanos; pues, en la versión mexicana del catolicismo, el sufrimiento en la vida terrenal será recompensado en el más allá. Ese desapego explica y es explicado por la renuncia de los individuos a influir directamente en el desarrollo de los procesos del mundo y por su disposición para sufrirlos como algo necesario e ineluctable, en la medida en que dependen de la voluntad divina.

Este último tema es confirmado por la información de la gráfica 4: para 36% de los encuestados, Dios u otra fuerza sobrenatural son los determinantes de los éxitos o de los fracasos individuales, mas, para 42%, la vida individual es el resultado del esfuerzo personal; aquí encontramos una resonancia weberiana, en la medida en que, a diferencia del catolicismo, la ética protestante suele poner en relieve el esfuerzo individual como causa explicativa del desempeño social del individuo y detrás de esa proporción de 42% podemos encontrar tanto los resultados del cambio del catolicismo al protestantismo experimentado por una parte creciente de la población mexicana, como la explicación de que una parte importante (76.6%) de la población que cree en la Biblia como verdad absoluta, privilegia el libre albedrío sobre la voluntad divina al momento de tomar decisiones prácticas.

Gráfica 4. México, creencias trascendentales de la población mayor de 18 años (2016)



Fuente: Elaboración propia con información de RIFREM, 2016.

En resumen, las concepciones mágicas y religiosas siguen teniendo un peso enorme en los sistemas de creencias y en las formas de comportamiento de los individuos; estos elementos entran en juego para explicar conductas de los actores sociales que ponen en riesgo la vida propia y la de los otros. En una situación de crisis sanitaria como la generada por la pandemia, la indisciplina individual tiene como consecuencia inmediata la creación de una situación de riesgo para la salud y, en caso extremo, para la vida de los otros. Así, durante la Jornada Nacional de Sana Distancia JNSD, hemos tenido ejemplo de ese desprecio por la vida del otro. Tres ejemplos en tres órdenes sociales diferentes: el mágico-religioso, el gubernamental y el empresarial.

De algo nos tenemos que morir

Durante abril de 2020, la prensa de todo el país difundió informaciones sobre los métodos "esotéricos" para combatir el coronavirus; uno de los primeros informes provino de un mercado en Villahermosa, Tabasco: los vendedores señalaron la demanda que empezaba a tener una veladora presentada como protección contra el coronavirus; también indicaban "otros productos contra el temido virus", como la "legítima loción" o el "bálsamo poderoso"; con lujo de detalles, mencionaban el modo de empleo, el cual siempre incluía oraciones para pedir "a Nuestro Señor, a Dios que nos proteja y ayude". Una vendedora perspicaz aconsejaba a sus clientes "reforzar las oraciones con medidas de higiene" (Infobae, 2020).

El efecto mediático fue inmediato; los periódicos locales comenzaron a publicar artículos sobre el fenómeno y a rendir cuentas sobre el desarrollo de los mercados locales de ese tipo de productos; como ejemplo, citamos el informe sobre la situación en Cuernavaca:

> Están agotadas las veladoras contra el coronavirus en el mercado Adolfo López Mateos.
> En solo dos semanas, se vendieron hasta 300 piezas en un solo puesto.
> La veladora se usa como una medida de "protección espiritual" para evitar ser contagiado.
> Raymundo comerciante dice que son alrededor de 30 personas que llegan al día, en promedio, a comprar veladoras "abre caminos", para la salud y "el regreso de su trabajo", las cuales tienen un costo de 50 pesos.
> (Cárdenas, 2020).

En reacción, los vendedores de "productos esotéricos" de Coatzacoalcos "decidieron no vender la veladora contra el coronavirus con el objetivo de no desinformar a la población, hicieron un llamado a seguir acatando las medidas sanitarias para evitar el contagio" y en un afán por reivindicar la religión afirmaban que "con las enfermedades no se puede confiar en este tipo de veladoras, y recomendaron encomendarse a las creencias de santos" (Burgos, 2020).

La gente se volcó a venerar los santos, pidiendo protección. Tal es el caso del culto reciente a la santa muerte, iniciado en la CDMX y propagado hacia los estados de la República. La celadora del lugar de culto en el centro de la CDMX sintetizaba el sistema de creencias en pocas palabras:

> Hay que temer más a los vivos que al virus. Dios es perfecto, es único, nos ama. Después mi niña hermosa [es decir, la santa muerte].
> A la Santa Muerte "la gente viene a ofrecerle veladoras. No hay que vivir con miedo, si nos va a tocar, nos va a tocar" […]
> Debajo de la banqueta se apilan los arreglos de flores que llevan los creyentes. Muchos, además de orar hincados o de pie ante la vitrina de la Santa Muerte, charlan con Queta, quien los alienta: "Mal le va a los pendejos. Si nos va a tocar, es la voluntad de Dios"
> "Yo no sé qué es la muerte. Ya cuando uno se muere, ya chingó a su madre. El chiste es vivir, pero yo no voy a vivir con miedo" […] (Arvizu, 2020).

Si bien la santa muerte es un culto popular no reconocido por la Iglesia católica mexicana, los creyentes tienen otras opciones en el santoral oficial, para refugio espiritual. San Judas Tadeo es quizás el santo más venerado por reconocérsele como "el patrono de las causas difíciles"; su culto es de alcance nacional, pero es especialmente venerado en la iglesia de san Hipólito en la CDMX; ahí, pese al cierre del acceso a la iglesia durante la pandemia, los días 28 de cada mes, sus fieles se reúnen para pedir o pagar sus favores. El 28 de julio, un feligrés apuntaba: "este martes 'vino muy poca gente a ver a san Judas Tadeo por el miedo al contagio de COVID-19' y comentó que aun con la Iglesia cerrada seguirá viniendo cada día 28" (Piña, 2020).

El culto a san Caralampio, mártir griego de comienzos del siglo III, es regional: centrado en Chiapas, se extiende por los estados vecinos y no hay población que no tenga una iglesia y un barrio dedicado al santo; pues se le atribuye haber salvado un rancho del área de Comitán, de una epidemia que azotó la región. Debido a ello,

sus fieles acuden a él, para pedirle que "no haya hambre, ni peste, ni aire alguno contagioso" (México desconocido, 2020, párr. 5).

En sintonía con estas creencias populares, el 18 de marzo, para finalizar la conferencia matutina, López Obrador a través de un diálogo con los asistentes, estableció un paralelo entre lo que denominó "el escudo protector" contra los efectos negativos de la pandemia sobre la economía y la función de sus amuletos protectores:

> AMLO: […] vamos a estar más tranquilos porque ya vamos a tener hecho todo lo que se va a aplicar en el caso del agravamiento de la crisis; pero les digo, el escudo protector es como el detente, saben lo que es el detente, ¿verdad?
> El escudo protector es la honestidad eso es lo que protege, el no permitir la corrupción. Miren, este es el detente. Esto me lo da la gente (muestra una estampa del Sagrado Corazón de Jesús).
> Pregunta: ¿Es el Sagrado Corazón?
> AMLO: Ya ustedes averígüenlo. Aquí está otro (muestra una segunda estampa del Sagrado Corazón de Jesús). Miren, es que me dan; entonces, son mis guardaespaldas.
> Igual, esto es muy común en la gente. Y tengo otras cosas porque no sólo es catolicismo, también religión evangélica y librepensadores, que me entregan de todo, y todo lo guardo porque no está demás.
> Miren, aquí hay otro detente. 'Detente, enemigo, que el corazón de Jesús está conmigo' (muestra una tercera estampa del Sagrado Corazón de Jesús).
> Pero no hay ni siquiera enemigos, son adversarios, yo no tengo enemigos ni quiero tenerlos. Pero les quiero mostrar algo que le va a dar mucho gusto al señor que me lo dio si lo muestro aquí. Yo creo que no lo traje, no lo tengo, es un trébol.
> Pregunta: ¿Dónde se lo dieron?
> AMLO: En Tampico, el señor del restaurante 'El Porvenir', que es muy importante porque está enfrente del panteón y hay un letrero.
> Pregunta: ¿Siempre lo tiene?
> AMLO: Sí, pero ahorita no lo encuentro. Y miren este, este me lo dio un migrante (muestra un billete de dos dólares).
> (El universal, 2020).

Por supuesto, las preguntas inmediatas consisten en saber si López Obrador es un creyente honesto del blindaje brindado por los amuletos o si es una pose política para congraciarse con las amplias capas populares que creen en la protección de potencias sobrenaturales. Cualquiera que sea la respuesta, el efecto político es mantener esas capas sociales en el atraso intelectual y proyectar a López Obrador como un par que está en el lugar que ocupa, gracias a la protección de los "detentes".

En ese marco, la pandemia es considerada como una plaga con resonancias bíblicas, contra la cual los individuos nada pueden y deben sufrir pacientemente sus estragos; la consecuencia necesaria es la exoneración de los responsables de la política sanitaria de los costos materiales y humanos de un problema biológico determinado socialmente, que no han sabido enfrentar. Esta apreciación es popular en la medida en que es compartida de manera vertical por individuos con nada, poca o mucha escolaridad.

Yo les voy a decir cuando no salgan

El 28 de febrero, tras la confirmación del primer contagio reconocido oficialmente por el gobierno, en la conferencia mañanera, ante López Obrador y para limitar la propagación del SARS-CoV-2, el vocero para la pandemia recomendó seis medidas sanitarias de responsabilidad individual: lavarse las manos con jabón y agua, utilizar gel antibacterial, cubrir la boca con el ángulo interno del codo al estornudar, no saludar de mano, no dar besos y no dar abrazos (*Milenio* Digital, 2020). El día siguiente, mediante el boletín de prensa 106/2020, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) recuperó las recomendaciones, precisando:

> […] la importancia de evitar saludar de mano o beso, así como el lavado frecuente de manos responde a que el virus está presente en las gotas de saliva y en las secreciones respiratorias de los enfermos, por lo que tocarnos la cara, boca, nariz y ojos o al estornudar y toser, sin utilizar la técnica correcta se contaminan las manos, superficies y objetos, lo que se convierte en un modo de transmisión (IMSS, 2020).

A partir de entonces, la prensa difundió reiteradamente estas recomendaciones; pese a todo, López Obrador fue y, durante mucho tiempo, siguió siendo renuente a respetarlas y solo se le vio usando el cubrebocas durante traslados aéreos; así, el 14 de marzo, los medios de comunicación difundieron una fotografía icónica: López Obrador besaba una niña en la comisura de los labios, durante una gira por el estado de Guerrero (Villa y Caña, 2020b). El 23 de marzo, la víspera del inicio de la JNSD, en la gira por Oaxaca, López Obrador indicaba:

> Yo les voy a decir cuándo no salgan, pero si pueden hacerlo y tienen posibilidad económica sigan llevando a la familia a comer, a los restaurantes, a las fondas, esto es fortalecer la economía familiar y popular.
>
> No hacemos nada bueno, no ayudamos si nos paralizamos […] de manera exagerada. Vamos a seguir haciendo la vida normal y en su momento el presidente les va a decir cuando hay que guardarnos y ahora todavía con sana distancia podemos seguir conviviendo (*ContraRéplica,* 2020).

El tercer ejemplo de la conducta permisiva y riesgosa del conductor del país es la polémica que mantuvo, secundado por el vocero para la pandemia, con las autoridades de las entidades federativas y municipales sobre el uso del cubrebocas. Pese a que desde el inicio el IMSS fue enfático en los mecanismos de transmisión del virus SARS-CoV-2, el subsecretario de salud también lo ha sido para señalar la ausencia de evidencia científica sobre la función del cubrebocas para limitar los contagios; en ese marco, el ciudadano común debía usar obligatoriamente ese objeto sanitario para acceder a lugares públicos, mientras el presidente de los Estados Unidos Mexicanos seguía asistiendo a actos colectivos con el rostro descubierto; parecería que el viaje por tierra de la CDMX a Yucatán para realizar la primera gira política en el marco de la "nueva normalidad", influyó para que López Obrador volviese a usar los aviones comerciales y para sujetarse excepcionalmente al uso del cubrebocas; pero, aun así, siguió siendo renuente a usarlo.

En todo caso, la conducta del jefe del Estado mexicano fue utilizada por ciudadanos comunes para justificar su comportamiento individual violatorio de las recomendaciones sanitarias, tanto de responsabilidad individual, como colectiva. Con ello, salió a relucir el desprecio por la vida de los otros.

Mis negocios valen más que sus vidas

Los medios señalaron reiteradamente la cadena de tiendas Elektra y a su principal accionista, por negarse a respetar la cuarentena; en respuesta, el 4 de mayo, en plena fase 3 de la política sanitaria anti-COVID-19, el Grupo Elektra difundió un comunicado, indicando que:

> La mayoría de los mexicanos viven (sic) al día y no cuentan (sic) con el privilegio de acceder a las compras por internet ni a la facilidad que brindan las tarjetas de crédito; Elektra está para quienes requieren productos y servicios necesarios durante la emergencia (Forbes, 2020a).

La declaración del Grupo Elektra parecía un desafío a la autoridad gubernamental al afirmar: "por ellos [la mayoría de los mexicanos antes indicada] mantendremos nuestras puertas abiertas; con responsabilidad, continuaremos reforzando y atendiendo las disposiciones de las autoridades" (Forbes, 2020a). Sin embargo, la actitud del grupo empresarial se ajustaba plenamente a las expectativas gubernamentales, como muestran las respuestas del 5 de mayo, de la titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y del presidente de los Estados Unidos Mexicanos. En efecto, aquella indicó que durante el transcurso de la semana anterior la proporción de empresas "no esenciales" que no respetaban la cuarentena se había reducido de 13 a 6%; pese a esa reducción, la responsable de la STPS presentó un cuadro indicando el estado de las "Empresas no esenciales que se negaron al cierre"; dicho cuadro incluía 11 rubros económicos y las proporciones de empresas violadoras de la cuarentena iban de 2% (en la industria de la celulosa y del papel, la manufactura de productos electrónicos no esenciales, la industria metalúrgica no esencial y las tiendas departamentales) hasta 27% en la industria automotriz y el comercio de productos no esenciales (Machorro, 2020). Más importante aún, de acuerdo con los informes periodísticos, López Obrador habría señalado que ninguna empresa sería obligada a cerrar sus puertas y lo citaban textualmente:

> Nosotros hemos optado por convencer, no por imponer. Cuando ustedes sugirieron que se diera a conocer quiénes estaban cumpliendo con las medidas sanitarias, dijimos que

> íbamos a hacer un quién es quién en el cumplimiento de las normas para enfrentar la pandemia y se cumplió (Machorro, 2020).

Las actitudes del Grupo Elektra y de López Obrador apuntaban al talón de Aquiles de la cuarentena y de toda la política sanitaria: la fragilidad de las economías familiares de una amplia proporción de los hogares mexicanos; en ese marco, estamos obligados a conceder razón al Grupo Elektra; pero de inmediato surge la alternativa en torno a que hubiera sido mejor para esos grupos sociales que viven al día: una cuarentena estricta, pero limitada en el tiempo para reducir y, sobre todo, controlar los contagios o una cuarentena laxa y larga con un saldo de restricciones de movilidad permanentes que se extiende ya por más de seis meses, sin haber logrado una rápida reducción de los contagios y, sobre todo, sin haber establecido ningún control sobre ellos. En todo caso, para empresas y responsables gubernamentales sus intereses económicos y políticos pesaron más que la salud y la vida de los individuos.

En resumen, el desapego por la vida es el sustrato común de las culturas de los múltiples conjuntos de individuos que integran la sociedad mexicana. Nuestro trabajo tiene como trasfondo ese rasgo fatalista de las culturas de los diferentes grupos sociales mexicanos y, como hilo conductor, el laxismo de la política sanitaria, justificado mediante un respeto discursivo de los derechos humanos y de las libertades civiles.

La definición sanitaria básica: contención y/o mitigación

El 27 de febrero, la víspera del anuncio del primer contagio registrado por la Secretaría de Salud (SS), el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, explicó públicamente la diferencia entre las dos estrategias básicas para enfrentar una pandemia:

1. La *contención* supone el control y la supresión de las enfermedades infecciosas, mediante el tamizaje total de individuos infectados o sospechosos de infección; la prohibición de entrar a un área sin infecciones para los individuos provenientes de zonas infectadas; la cuarentena estricta de los contagiados o de sus contactos (Gobierno de México, 2020). Otras definiciones coinciden, en términos generales, pero añaden elementos complementarios: "la supresión [o contención]

tiene como objetivo mantener los casos en un mínimo absoluto, durante el máximo de tiempo"; "las estrategias de supresión pueden tener éxito retrasando un brote, pero solo durante el tiempo en que tales medidas de control pueden ser mantenidas. Una vez que los controles son relajados o restringidos, una epidemia probablemente seguirá desarrollándose, pues la inmunidad de rebaño no habrá sido adquirida" (James *et al.*, 2020, párr. 2).

2. La *mitigación*, de acuerdo con López-Gatell, estaría basada en "la reducción de daños y de la velocidad [de la propagación] de la infección" (Gobierno de México, 2020). James y coautores indican que "la mitigación tiene como objetivo permitir que ocurra un brote controlado, para prevenir sobrecargas significativas en los sistemas de salud y permitir gradualmente que la población desarrolle la inmunidad colectiva" (James et al., 2020).

De manera categórica, López-Gatell señaló que la contención "en ningún caso se ha podido ejecutar con éxito", en la medida en que es determinada por el grado de dispersión de las infecciones. En las circunstancias prevalecientes en México, hacia finales de febrero, el funcionario indicaba que el gobierno mexicano, como otros, había optado por la mitigación, debido al grado alcanzado por la dispersión de las infecciones.

El juicio tajante del vocero oficial sobre la ausencia de éxitos al aplicar la estrategia de contención pecaba de apresuramiento; como indicó la Organización Mundial de la Salud (OMS): el gobierno chino, desde el inicio de la pandemia, apostó por la contención y, el 6 de abril de 2020, la OMS anunció que el gobierno chino transitaba hacia una política de mitigación: "[…] China ha transitado al "estado de mitigación", después de dos meses de trabajo epidémico para contener la difusión de la pandemia de COVID-19".[2] La nota informativa publicada por la OMS indicaba que "[…] China gradualmente levanta sus medidas temporales de contención, incluidos los cierres de escuelas, la prohibición de los traslados y el cierre de lugares de trabajo; […] durante la fase siguiente de la respuesta gubernamental sanitaria del país será focalizada sobre la mitigación, en el largo plazo, de los riesgos de COVID-19 para la población". Además, señalaba la importancia de apegarse al contexto local, en el nivel de las comunidades, para enfrentar con efectividad y eficiencia la propagación del virus:

[2] A lo largo del presente trabajo, las traducciones al español son libres.

"una lección importante para todos de la experiencia China es que las respuestas a la pandemia deben ser diseñadas a la medida del contexto local [de las comunidades]" (Gao y Liu, 2020).

En el largo plazo, ha sido más que redituable la apuesta del gobierno chino sobre una estrategia flexible que permite usar la contención cuando las circunstancias obligan y la mitigación cuando el contexto es favorable; en el momento de escribir la presente introducción, la OMS registra 30.370 millones de contagios y 948 795 decesos. Por países:

1. El total de contagios acumulados afecta principalmente a Estados Unidos (6.614 millones (m), India (5.308 m), Brasil (4.455 m), Rusia (1.097 m), Perú (750 000), Colombia (743 000) y México (684 000). China, el origen de la pandemia, registra poco más de 85 000 contagios.
2. El total de decesos acumulados define un segundo *ranking*: Estados Unidos (196 000), Brasil (135 000), España (126 000), Francia (119 000), India (86 000), Rusia (77 000) y México (72 000). China aparece muy abajo en la escala, con un total de 4 634 decesos.
3. La proporción de decesos con respecto de los contagios muestra una situación completamente diferente: Francia (27.88%), España (19.66%), México (10.55%), Turquía (7.76%), Rusia (7.01%), Irán (5.76%), China (5.43%).

Las autoridades sanitarias mexicanas insisten en que las comparaciones no son posibles debido a los diferentes métodos de medición y a las diferencias existentes entre los países; sin embargo, considerando únicamente los valores absolutos de los tres indicadores cuantitativos citados, constatamos que el gobierno chino ha logrado mejores resultados que el mexicano; el juicio tajante del vocero gubernamental sobre las desventajas de la contención con respecto a la mitigación es rebatido por las experiencias no solo del gobierno chino, sino también las del japonés, el singapurense, el australiano, el coreano, el taiwanés y el neozelandés; pues, en un inicio, apostaron a la contención y se encuentran hoy con registros mínimos de contagios y de decesos.

La decisión del gobierno mexicano de adoptar una política de mitigación, además, entrañaba una doble contradicción; pues si bien es cierto que, desde el 30 de enero, el director general de la OMS había declarado el brote de coronavirus "una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)", debido a la existencia de

7 818 casos en todo el mundo; de ellos, 7 736 correspondían a China y 82, a otros 18 países (OMS, 2020a); también es verdad que, entonces, en México todavía no existía ningún caso registrado.

Ahora bien, el 26 de febrero, un día antes del registro del primer contagio, la dispersión del virus se había extendido: el gobierno chino notificó a la OMS, 78 190 casos y 2 718 decesos; fuera de China, existían ya 2 790 casos y 44 decesos, en 37 países; el informe de la OMS de ese día llamaba la atención sobre "el aumento del número de casos en Italia, la República Islámica de Irán y la República de Corea"; señalaba a los dos primeros países como focos de propagación de la infección hacia Alemania, Argelia, Austria, Croacia, España y Suiza, de un lado, y, del otro, a Bahrein, Irak, Kuwait y Omán (OMS, 2020b).

Pese a todo, el director general de la OMS indicaba: "el mensaje fundamental que debería aportar esperanza, ánimo y confianza a todos los países es que la propagación del virus puede contenerse", pero iba todavía más lejos al señalar:

> El aumento del número de casos fuera de China ha llevado a algunos medios de comunicación y políticos a presionar para que se declare una pandemia. No deberíamos precipitarnos a declarar una pandemia sin un análisis cuidadoso y claro de los hechos.
>
> La OMS ya ha declarado que la epidemia constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, es decir, nuestro mayor nivel de alarma.
>
> Utilizar el término "pandemia" de forma negligente no tiene ningún beneficio real y sí un riesgo importante de que aumenten el miedo y el estigma de manera innecesaria e injustificada y de que se paralice el sistema.
>
> Declarar una pandemia podría entenderse además como que hemos llegado al punto en que no podemos contener la propagación del virus, lo cual no es cierto. Estamos en medio de un combate que podemos ganar si hacemos lo que es debido.
>
> (OMS, 2020b).

La decisión del gobierno mexicano de optar por la estrategia de mitigación, en consecuencia, entraba en contradicción con la consideración de la OMS sobre la posibilidad de contener la difusión del virus, en ese momento. La segunda contradicción se estableció entre la adopción de la mitigación como instrumento sanitario y la situación de hecho en México: la difusión de los contagios se había ampliado en el ámbito internacional; pero, en México, todavía no había ningún caso

registrado oficialmente; en consecuencia, las condiciones eran propicias para poner en marcha un plan de contención, con la flexibilidad necesaria para transitar hacia otro de mitigación, cuando las condiciones llegaran a exigirlo.

Le pregunta en el aire gira en torno a las motivaciones del gobierno mexicano para optar por la mitigación, cuando las condiciones del país eran propicias para emprender un programa de contención. *A posteriori*, todo indica que, desde el inicio, las autoridades mexicanas apostaron por la mitigación debido a que no implicaba el cierre estricto de las actividades económicas y a que la inmunización colectiva, o de rebaño, es mucho menos costosa que la inmunización alcanzada con la vacunación de la mayor parte de la población; en esto, trasluce la política de austeridad como principal directiva de una estrategia sanitaria poco costosa en términos económicos, pero muy cara en términos de vidas perdidas. La respuesta última deben tenerla los responsables de las decisiones políticas en el primer círculo de López Obrador y solo nos queda formular una hipótesis interpretativa, sobre la base de los siguientes argumentos:

Primero, el gobierno mexicano se adelantó a la declaración de la epidemia como una pandemia, por parte de la OMS, teniendo en cuenta que los gobiernos, tanto los más como los menos afectados, estarían obligados a cerrar sus fronteras para limitar la difusión del virus, con la consecuencia anunciada por el director general de la OMS: la parálisis del sistema internacional.

Segundo, la parálisis del sistema internacional implicaba en ese momento la suspensión de las importaciones provenientes de China, en particular, y de Asia, en general, con fuertes repercusiones sobre una economía mexicana crecientemente dependiente de insumos provenientes de Asia. En el futuro inmediato, la progresión de la epidemia en Estados Unidos llevaría al cierre de las fronteras con México y con Canadá, clausurando el principal mercado de destino de las exportaciones mexicanas.

Tercero, para finales de febrero, la economía mexicana estaba instalada en la recesión, luego de tres trimestres continuos con tasas negativas de crecimiento real del PIB (sobre este tema, véase el capítulo I del presente trabajo); además, los responsables de las decisiones políticas ya sabían que la recesión se acentuaría durante el primer trimestre de 2020, poniendo en entredicho la política de "austeridad republicana" practicada por la administración de López Obrador.

En ese marco, el gobierno mexicano optó por la política de mitigación, más laxa que la de contención, dándole un cariz de respeto de las normas internacionales, de los derechos humanos y de las libertades civiles:

> Mexico va a seguir apegado a los procedimientos universalmente reconocidos y que tienen una base científica; además, los que son congruentes con el reglamento sanitario internacional al cual México está formalmente adherido; y, además, va a ser respetuoso de los derechos humanos y de las libertades civiles (Gobierno de México 2020).

Cierto, el vocero para la pandemia prevenía contra la laxitud, pero, como veremos en los capítulos I y II de la presente obra, la renuncia del gobierno a la aplicación estricta de las reglas sanitarias se combinó con la indisciplina de la población, primero, y, luego, con la limitación de los recursos económicos al alcance de una parte considerable de ella, para propiciar una cuarentena laxa y la propagación del virus; en esas condiciones, la política de mitigación fracasó. Todavía más, la renuencia a aplicar medidas sanitarias restrictivas de la libertad de circulación permitió el flujo de enfermos entre las entidades de la federación, contribuyendo a la propagación del virus, como mostramos en el capítulo V.

La intención de preservar los derechos humanos y las libertades civiles, no obstante, fue insuficiente para preservar la seguridad física del personal de salud; como veremos en el capítulo IV, los trabajadores de la salud se vieron confrontados a condiciones deplorables en el lugar de trabajo que propiciaron la mayor mortalidad del personal médico en la escala mundial y las agresiones frecuentes, dentro y fuera del lugar de trabajo, sin que hubiera pronunciamientos sobre la responsabilidad de las autoridades hospitalarias ni sobre los castigos para los agresores del personal médico.

Cuando México todavía no agotaba la primera ola de contagios, el mundo ya era arrasado por la segunda; ese hubiera sido un momento favorable para hacer un balance de la política de mitigación, reajustarla a las nuevas condiciones y evitar la multiplicación de contagios y, sobre todo, de decesos. La laxitud gubernamental en la aplicación de las medidas sanitarias de responsabilidad colectiva constituye el hilo conductor de los cinco capítulos que constituyen la presente obra:

En el primer capítulo esbozamos las condiciones económicas y sociales generales que, en nuestra opinión, determinaron permitir la libre circulación durante la JNSD.

En el segundo capítulo analizamos el juego de fuerzas establecido entre instituciones proclives a emprender de manera temprana y preventiva la cuarentena (instituciones de educación superior, las cámaras del congreso y, hasta cierto punto, el gobierno de la CDMX) y la voluntad de los responsables gubernamentales federales a posponerla; asimismo, analizamos tanto algunas modalidades de la conducta de grupos populares, como la necesidad impostergable de amplias capas sociales de seguir trabajando durante la cuarentena, limitando necesariamente el alcance de la JNSD.

En el capítulo tercero, reflexionamos sobre el recurso gubernamental a las prácticas neoliberales para dotarse de los instrumentos hospitalarios necesarios para enfrentar la crisis sanitaria; además, señalamos la permanencia de los mecanismos de la corrupción propios del periodo neoliberal: tráfico de influencias, comisiones y encubrimiento.

En el capítulo cuarto estudiamos los mecanismos de incorporación de personal de salud a la reconversión hospitalaria y mostramos las lagunas judiciales que pusieron en riesgo la seguridad del personal de salud.

Finalmente, en el capítulo quinto detallamos el funcionamiento del sistema hospitalario en la escala geográfica, para mostrar cómo la ausencia de controles sobre la movilidad de los enfermos de la COVID-19 constituyó un factor dinámico de la propagación de contagios.

Esperamos que la lectura del texto despierte el interés por dilucidar las causas políticas y sociales que han provocado la hecatombe de COVID-19; no está por demás indicar que los juicios y las conclusiones son responsabilidad nuestra, sin que ellos comprometan a El Colegio de México ni a la Universidad Autónoma del Estado de México. Antes bien, agradecemos a esta última la apertura de su programa editorial para publicar nuestra obra.

CAPÍTULO I

EL CARÁCTER MULTIDIMENSIONAL DE LA CRISIS SANITARIA DERIVADA DE COVID-19

[…] resistimos y salimos adelante,
y podemos enfrentar cualquier adversidad;
la cultura siempre nos salva ante terremotos,
inundaciones, epidemias, malos gobiernos, corrupción.

Andrés Manuel López Obrador

Partimos de una situación de hecho: el gobierno mexicano ha fracasado en administrar la crisis sanitaria provocada por la difusión del virus SARS-CoV-2; el desastre sanitario ha cristalizado en 75 439 decesos y 715 457 contagiados contabilizados oficialmente, el 24 de septiembre de 2020. La catástrofe sanitaria puede ser considerada una hecatombe humanitaria: si consideramos que, en este momento, todavía prevalecen las condiciones existentes al 1 de agosto, cuando por cada deceso provocado por la COVID-19 e incluido en el registro oficial de la pandemia, las estadísticas del Registro Nacional de Población permitían estimar en 3.25 los decesos no esperados, para el periodo 15 de marzo-1 de agosto (ver capítulo V del presente trabajo); *ceteris paribus*, la estimación de los decesos no esperados, para el 24 de septiembre, sería alrededor de 245 177 muertes en el contexto generado por la pandemia de COVID-19; se trata de cifras que no parecen conmover ni a la población ni a los responsables de la política sanitaria; pues aquélla parece considerarla como una plaga bíblica, dependiente de un poder sobrenatural, y estos se autocomplacen de manera acrítica, afirmando que han "actuado con responsabilidad, con profesionalismo" (Damián, 2020) y transitado de una mitigación de contagios ineficaz a una inmunización de rebaño costosa en términos humanos.

La crisis sanitaria y la hecatombe humanitaria se conjugan con múltiples problemas sociales no resueltos, pero sí agravados desde el inicio de la administración gubernamental de Andrés Manuel López Obrador; entre esos problemas destacan temas estructurales como la desigualdad social que sirve de trasfondo a la violencia

general, la violencia contra las mujeres, las condiciones de vida y de muerte de la población. Por si eso no fuera suficiente, el contexto económico es absolutamente desfavorable para una pronta recuperación económica: en el plano doméstico, no hay indicios de un cambio en la política económica gubernamental que provocó la recesión en que se encuentra el país desde el segundo trimestre de 2019; en el espacio global, la suspensión de actividades económicas durante la primera fase de la pandemia ha provocado una contracción económica sin precedentes que puede ser agravada por la segunda ola inminente de contagios.

Para nuestro análisis, consideramos tres factores causales tanto del desastre sanitario como de la muy probable agravación de la recesión económica doméstica y de sus consecuencias sociales. El primer factor causal es evocado en el epígrafe; pues López Obrador se refiere a una cultura singular mexicana como medio para afrontar y resolver las dificultades de la sociedad mexicana; nosotros preferimos añadir el adjetivo "política" al sustantivo "cultura" y utilizar el plural, para diferenciar las culturas políticas de diferentes grupos sociales; esto, con el fin de entender cómo la cultura política de los responsables gubernamentales ha contribuido al fracaso de la estrategia para administrar la pandemia de la COVID-19; a este tema dedicaremos la primera parte de este capítulo.

El segundo factor causal son las condiciones de vida de la mayoría de la población mexicana; el fundamento socio-económico de esas condiciones es una inserción laboral precaria, reflejada en la amplitud de las actividades informales en las estructuras productiva en general, y en particular, laboral. En esas condiciones, es comprensible la actitud ambigua del gobierno mexicano ante la pandemia: en un primer momento, mediante un confinamiento social laxo, se propuso administrar la crisis sanitaria para incidir sobre la difusión de los contagios; sin embargo, los patrones culturales y la imposibilidad de sobrevivir aislados durante un largo período empujaron a la población con bajos ingresos y con baja capacidad de ahorro a romper el confinamiento, tornando imposible la consecución de los objetivos sanitarios del gobierno. En ese tenor de ideas, la segunda parte de nuestro texto es dedicada al análisis del contexto socio-económico de México.

En la tercera parte del capítulo, analizamos el tercer factor del desastre sanitario: las condiciones de muerte de la población, determinadas por la calidad de vida analizada en la segunda parte; los bajos salarios pagados repercuten en las pautas de consumo de la población y este en la salud y en las causas de muerte; como veremos, algunas

de las principales de estas funcionan como factores de comorbilidad con COVID-19 y complican los efectos del SARS-CoV-2 sobre los individuos; esos factores de comorbilidad tienen como causa eficiente pautas de consumo basadas en alimentos ricos en azúcares, grasas y sales.

En esas condiciones, podemos concluir que el país se encuentra en una crisis sanitaria multidimensional; pues no solo se trata del efecto biológico del coronavirus sobre los individuos, sino también de los mecanismos sociales de transmisión de la infección, de los medios utilizados por las autoridades sanitarias para mitigar los contagios y de las pautas culturales de los actores sociales.

Las pautas de la cultura política en México

En términos generales, los patrones culturales políticos de la población mexicana son la cristalización de las prácticas políticas del sistema de partido único, vigente durante 1929-2000, bajo la égida del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y de sus predecesores.[3] Dada la longevidad del sistema de partido único, podemos decir que cada grupo de la población mexicana ha interiorizado las pautas culturales priistas, interpretándolas, recreándolas y adaptándolas al lugar que ocupa en la estructura socio-política, así como a cada nueva coyuntura.

Después del interludio 2000-2012, durante el cual los políticos del Partido Acción Nacional se esforzaron, sin éxito, en acotar los poderes omnímodos del presidente de la República, Enrique Peña Nieto (2012-2018) estableció lo que podríamos llamar un neopresidencialismo, basado en el control de actores políticos mediante el soborno generalizado; la transición hacia un sistema de alternancia política tuvo como saldo el desencanto de la población hacia los partidos políticos tradicionales. Esa desilusión permitió el fortalecimiento de López Obrador como un político carismático y la coalición denominada Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA) fue construida bajo la sombra de su carisma.

Ahora bien, López Obrador se formó políticamente en el PRI y fue miembro de ese partido hasta 1988 (Larraz, 2018); su conducta política, en consecuencia, corresponde a la de un militante del partido anterior a la renovación del PRI, promovida por el

[3] Es decir, el Partido Nacional Revolucionario (1929-1938) y el Partido de la Revolución Mexicana (1938-1946).

grupo de Carlos Salinas de Gortari, a partir de 1988. En ese sentido, López Obrador puede ser definido más como un priista de la época clásica del partido que como un político de izquierda y, nos atrevemos a proponer, MORENA se ha limitado a actualizar la cultura política priista de viejo cuño. El neopresidencialismo priista reinstaurado por Peña Nieto, en consecuencia, se consolidó con la llegada de López Obrador a la jefatura del Estado, en diciembre de 2018, con un control absoluto sobre las dos cámaras del Congreso. Así, la cultura de la élite política está marcada por las pautas renovadas del priismo clásico:

1. La autocomplacencia, individual y colectiva, acrítica; como veremos, tanto López Obrador como los responsables de MORENA o sus representantes en las instituciones políticas repiten constantemente la infalibilidad de la estrategia para administrar la pandemia, pese a que los hechos muestran repetidamente su inefectividad.
2. La voluntad presidencial como imperativo que trasciende no solo las otras voluntades sino también los fenómenos sociales; el subsecretario Hugo López-Gatell resumió esta pauta cultural al indicar que "la fuerza del Presidente es moral; no es una fuerza de contagio", para justificar la renuencia de López Obrador a hacerse exámenes de COVID-19 y a plegarse a las medidas sanitarias durante sus giras políticas (Morales, 2020, párr. 9).
3. La sumisión del resto de las voluntades individuales para dar lustre a la voluntad presidencial, aun a costa de exhibirse como mistificadores de la realidad; el 14 de mayo de 2020, Graciela Márquez, secretaria de Economía, presentó la "Estrategia de reinicio de las actividades sociales, escolares y económicas", denominada "La nueva normalidad"; utilizó una curva de Gauss para representar la evolución de los contagios y para marcar las fechas más significativas de la pandemia, así como la estrategia para contenerla:

    a) Entre el 27 de febrero (registro del primer caso de COVID-19) y el 7 de mayo, la pendiente de la curva era variablemente positiva e indicaba el 24 de marzo como fecha de la transición de la pandemia a la fase de contagios locales y el 21 de abril como el inicio de la masificación de los contagios;
    b) El 8 de mayo, según anunció previamente Hugo López-Gatell, la curva alcanzaría la cima o el punto de inflexión (los contagios se elevarían a 250 000 y el máximo de decesos oscilaría entre 6 000 y 8 000 personas);

c) Del 9 de mayo en adelante, la pendiente de la curva sería variablemente negativa, indicando la disminución continua del número de contagios y, por ende, el reflujo de la infección; bajo ese supuesto, la *nueva normalidad* empezaría el 18 de mayo con la reactivación de los municipios sin registro de infecciones; del 18 al 21 de mayo, habría de prepararse la reapertura general; el 1 de junio, sería establecido un sistema regional de señalización para reiniciar progresivamente las actividades sociales, educativas y económicas (Morales *et al.*, 2020).

El pronóstico sobre el máximo de contagios alcanzado el 8 de mayo no se cumplió; en ese día, el registro oficial marcó un total de 2 280 contagios diarios y un acumulado de 43 363 contagios (Gobierno de México, 2020a); sin embargo, el máximo de contagios fue alcanzado hasta el 1 de agosto, cuando fueron registrados 9 556 (+319.12%) contagios diarios y un total acumulado de 434 193 (+901.30%) contagios; en el momento de escribir estas líneas, el 24 de septiembre, los contagios diarios se encontraban en reflujo, con 4 786 (+109.91, con respecto a los registrados el 8 de mayo) pero alcanzaban un total de 715 457 (+1 549.92%, en cuanto a la cifra registrada el 8 de mayo) y el número de decesos era de 75 439 (+3 208.72%, en relación con los registrados el 8 de mayo) (Gobierno de México, 2020b).

Las cifras son elocuentes y dan fe del fracaso de la política sanitaria; así, el reinicio de las actividades sociales fue llevado a cabo en un contexto de expansión acelerada de las infecciones, poniendo en evidencia el carácter mistificador de la estrategia utilizada para administrar la pandemia e indicando la renuncia oficial a hacerlo respecto a la crisis sanitaria, para optar por la inmunización de rebaño, con todos los costos en vidas que ella implica.

En la población mexicana, de esos patrones de la cultura política, el de mayor influencia es la supremacía de la voluntad presidencial y se refleja de manera mágica o religiosa en cada grupo social; parecería raro que en un sistema político legalmente laico, López Obrador indique que es protegido por los amuletos que el pueblo le ofrece y que Jesús y Ernesto "Che" Guevara son sus principales modelos morales; sin embargo, a través de esos recursos, modula su influencia sobre tres grandes conjuntos de la población mexicana, definidos en función del grado de escolaridad y del acceso a la información de sus integrantes:

1. El primer grupo corresponde *grosso modo* a la población sin o con una escolaridad elemental y un acceso extremadamente limitado a la información; en 2015, este grupo representaba 31.2% de la población de 15 años y más (INEGI, s.f.).[4] Para ellos, la figura presidencial tiene connotaciones mágicas; son sus integrantes quienes ofrecen amuletos para proteger al presidente y este los ha exhibido orgullosamente en algunas de sus teleconferencias; pero dados los niveles de escolaridad y de acceso a la información, durante la pandemia, las actitudes de los integrantes de este grupo van desde negar la existencia del virus hasta denunciar contagios mediante el uso de drones, pasando por las creencias de que los relevadores 5G también provocan la enfermedad o de que el personal de los hospitales mata a los enfermos para extraer el líquido sinovial de las rodillas y venderlo.
2. El segundo grupo es compuesto esencialmente por personas con educación media y con acceso a las redes sociales. En 2015, este grupo era el más importante, pues representaba 49.6% de la población de 15 años y más (INEGI, s.f.).[5] En la percepción de los integrantes de este grupo sobre la voluntad sobrehumana presidencial juegan los filtros religiosos del cristianismo y López Obrador cultiva esas percepciones recurriendo a un discurso mesiánico moralizante. En relación con la pandemia, este sector social suele ponerse bajo la protección de figuras religiosas como san Judas Tadeo (patrono de las causas difíciles), san Caralampio (protector frente a las pestes) e, incluso, la santa muerte.
3. El tercer grupo está integrado por individuos con educación superior y con pleno acceso a los medios de información; en 2015, representaba 18.6% de la población de 15 años y más (INEGI, s.f.). Debido al paso por las universidades, la influencia de los cánones religiosos sobre la idiosincrasia de los integrantes de este grupo social, son más sofisticadas; mantienen una apariencia de racionalidad, apegándose a los términos técnicos y científicos relacionados con la pandemia, pero formulados por los responsables de las decisiones en materia de política sanitaria y aceptados sin la menor crítica racional. Tal ha sido, por ejemplo, la aceptación de la noción "aplanar la curva de contagios"; en términos matemáticos, la expresión supone

[4] Es integrado por los subgrupos de la población sin instrucción (5.8%), con educación primaria incompleta (10.4%) y con educación primaria completa (15.0%).

[5] Es compuesto por los subgrupos con escuela secundaria incompleta (4.2%), con escuela secundaria completa (23.7%) y con escuela media superior incompleta y completa (21.7%).

> una curva horizontal, con una pendiente de valor 0, que representa un número constante de contagios durante un lapso determinado; el vocero sanitario de la Presidencia de la República ha sido enfático para definir "aplanar la curva": "Que nadie se confunda, esto no quiere decir que es exactamente plana, lo que quiere decir es que habríamos tenido muchos más casos de no implementar medidas de mitigación" (Miranda *et al.*, 2020, párr. 2); olvidó, sin embargo, tener en consideración que, si bien ese número fue efectivamente reducido por un confinamiento relativo, los contagios aumentaron cotidianamente, cuando menos hasta el 1 de agosto, manteniendo una curva con una pendiente positiva cada vez más pronunciada.

Dada la fe depositada en la personalidad carismática de López Obrador, una vez que este depositó su confianza en López-Gatell, el discurso del vocero sanitario fue aceptado con fervor religioso, como muestran las agrias y violentas reacciones de sus seguidores en las discusiones entabladas en las redes sociales.

En resumen, mientras la facción de la clase política favorable a López Obrador se esfuerza en legitimar las decisiones sanitarias de su gobierno, sectores importantes de la población aceptan acríticamente esas decisiones sobre la base de los reflejos determinados por las formas específicas de adaptarse a la cultura priista que modula la vida política nacional. En gran medida, la evolución de la pandemia ha demostrado la inefectividad de la política sanitaria y la autocomplacencia de la clase política ha impedido rectificaciones de ella sobre la marcha. Como veremos en la segunda parte del presente capítulo, la evolución de los contagios estuvo determinada por las condiciones de vida y de muerte, propias de la sociedad mexicana.

El contexto socio-económico de la pandemia: la precariedad de las condiciones de vida de la población

La campaña electoral de López Obrador tuvo como ejes principales la desigualdad social, la inseguridad rampante y la corrupción, así como sus promesas para reducirlas. No es nuestro propósito revisar cada uno de esos temas de la agenda política de la administración López Obrador; para los fines particulares de nuestro trabajo, solo interesa analizar aquellos aspectos económicos que influyeron directamente en

el fracaso de la política sobre el control de la pandemia. En ese sentido, cobran particular relevancia, en primer término, las condiciones microeconómicas, en la escala de los hogares mexicanos, que limitaron la efectividad del confinamiento social y, en segundo lugar, las condiciones macroeconómicas determinadas por la política económica gubernamental durante 2019 y el desarrollo de la pandemia.

Las condiciones de vida de la población mexicana

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2018, el ingreso total de los hogares mexicanos fue, en promedio, de 53 012 pesos; de esos, 49 610 correspondieron al ingreso corriente y 3 401 a las percepciones financieras y de capital; estas representan 6.4% de aquél e incluyen: retiro de inversiones, ahorro, tandas, cajas de ahorro, préstamos, etc. Por otra parte, el gasto total fue, en promedio, de 47 205 pesos; de estos, 40 586 representan el gasto corriente total y 6 619, las erogaciones financieras. El INEGI no presenta el balance Ingreso-Gasto; pero en promedio, los hogares registran un superávit de 5 510 pesos, equivalente a 10.39% del ingreso total. Podríamos considerar estas cifras como la capacidad promedio de ahorro de los hogares mexicanos y más adelante volveremos sobre su importancia en el marco de la estrategia para controlar la pandemia.

El cuadro 1 presenta, para 2018, el ingreso corriente promedio por hogares, distribuido por deciles de hogares. Los aspectos más importantes de la distribución del ingreso son, por un lado, la desigualdad entre el valor mínimo (9 113 pesos) y el valor máximo (166 750 pesos), pues aquél representa con respecto a este un escaso 5.47%; por otra parte, los diferenciales absolutos (columna 2) o relativos (columna 3) de los ingresos entre cada decil muestran un crecimiento constante para los deciles I a VI, así como un incremento geométrico para los deciles VII a X; esto indica claramente una lógica que favorece de manera creciente al segundo grupo de deciles y que apunta hacia una fractura socio-económica entre los dos grupos de la población constituidos por el conjunto de deciles I a VI y por el grupo de deciles VII a X.

Cuadro 1. Ingreso corriente total promedio trimestral por hogar, en deciles de hogares*, 2018

	Ingreso**	Diferencial entre un decil y el decil precedente	Ingreso de cada decil como % del decil X
Media nacional	49 610		
I	9 113		5.47
II	16 100	6 987	9.66
III	21 428	5 328	12.85
IV	26 696	5 268	16.01
V	32 318	5 622	19.38
VI	38 957	6 639	23.36
VII	47 264	8 307	28.34
VIII	58 885	11 621	35.31
IX	78 591	19 706	47.13
X	166 750	88 159	100.00

* Deciles conformados de acuerdo con el ordenamiento de los hogares según su ingreso corriente total trimestral

** Pesos, en precios corrientes

Fuente: INEGI, 2018,

En ese tenor de ideas, un artículo periodístico reciente indicaba que, en 2020, para ser considerado parte de la clase media, los ingresos básicos de un individuo deben ser 16 000 pesos (Ríos, 2020); si, además, tenemos en cuenta que el tamaño promedio de los hogares mexicanos es de 3.60 integrantes (INEGI, 2018), en consecuencia, el ingreso promedio de un hogar de clase media sería de 57 600 pesos; a partir de este parámetro, podríamos decir que el decil VIII se ajusta a ese criterio y define la profunda división social entre 70% de los hogares con ingresos inferiores a los de la clase media y solo 20% de los hogares con ingresos superiores a los de ese estrato social.

La desigualdad de los ingresos de los hogares, sin duda, está en relación directa con la desigualdad en las capacidades laborales de las personas empleadas; en ese sentido, el cuadro 2 muestra que, durante el cuarto trimestre de 2019, 55.394 millones de personas tenían un empleo; de estas, 21.83% tenía educación superior

y, podemos considerar que era el sustento tanto de los deciles IX y X, como del decil VIII de los hogares mexicanos del cuadro 2. El resto de la población empleada estaba compuesto por 16.96% con educación media superior, 34.39% con educación secundaria, 16.83% con educación primaria y 9.92% con primaria incompleta o sin escolaridad; en general estos grupos integraban los deciles I a VII de los hogares mexicanos (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2020).

Otra forma de la desigualdad social se expresa de manera cruda en la inserción diferenciada de hombres y de mujeres en el mercado de trabajo; en términos cuantitativos, en el cuadro 2 podemos ver que, en el cuarto trimestre de 2019, de los 55.394 millones de personas empleadas, 21.834 millones (39.42%) eran mujeres; en otra perspectiva: por cada mujer empleada, había 1.54 hombres; la razón hombres/mujeres está prácticamente en relación inversa con el nivel educativo de las mujeres: adquiere el valor máximo (2.07) en el grupo con educación primaria incompleta, disminuyendo progresivamente para los grupos con educación primaria (1.79), con educación secundaria incompleta (1.79), con educación media superior (1.57), con secundaria completa (1.55) y sin escolaridad (1.54). En contraste, en el grupo con educación superior, el valor es de 1.20; esto supone un progreso muy importante realizado por las mujeres en el acceso a la educación superior y en la inserción laboral; ese progreso es tanto más meritorio, ya que ha sido realzado en un contexto social muy desfavorable para ellas.

Una característica más del mercado laboral mexicano, relacionada con la desigualdad social, es el peso del sector informal. Durante el cuarto semestre de 2019, 56.20% de los empleos eran informales o, de acuerdo con los criterios taxonómicos del gobierno mexicano, con características informales; los efectos sociales de la informalidad laboral se multiplican: el gobierno deja de percibir impuestos y su capacidad para ofrecer servicios sociales es mermada; los individuos no tienen acceso a los servicios institucionales de seguridad social ni al beneficio de una pensión; la cohesión social es fragilizada por el crecimiento de un sector social con condiciones laborales inestables. En ese sentido, las estadísticas oficiales contenidas en el cuadro 2 son elocuentes y muestran una relación indirecta entre el nivel de educación de la población y su inserción en el mercado laboral informal: la columna 5 del cuadro 2 muestra el decrecimiento constante del peso del trabajo informal en relación con el nivel de estudios de la población empleada: la proporción pasa de 89.30% para la población sin escolaridad a 27.20% para la población con educación superior.

Cuadro 2. Principales características socioeconómicas de la población empleada 4º trimestre 2019

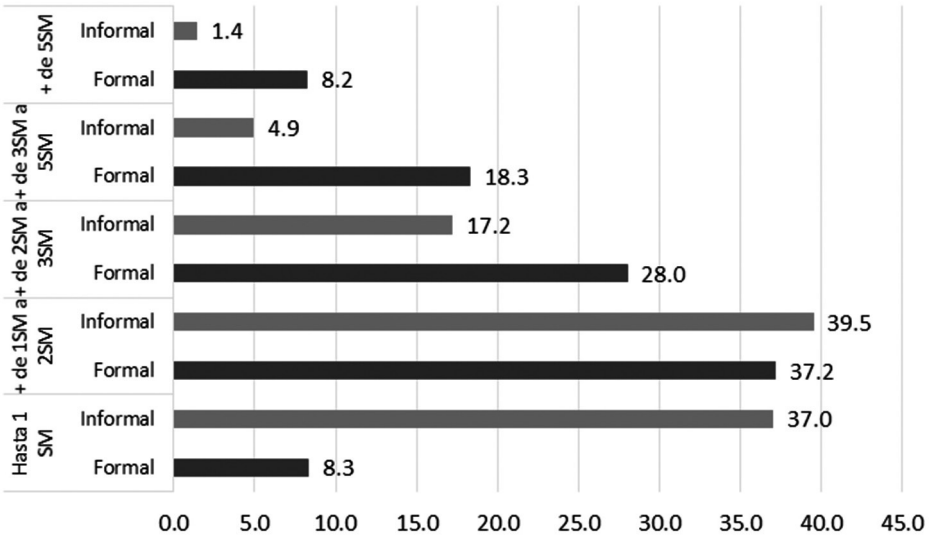
	Total de empleados	Hombres	Mujeres	Formal	Informal	H/M
Sin escolaridad	1 847 103	1 174 309	672 794	10.70	89.30	1.75
Primaria incompleta	3 650 833	2 549 979	1 233 899	15.70	84.30	2.07
Primaria completa	9 320 187	5 897 089	3 290 053	22.60	77.40	1.79
Secundaria*	19 047 491	11 575 887	747 1604	36.20	63.80	1.55
Media superior*	9 396 762	5 741 559	3 655 203	51.50	48.50	1.57
Superior	12 091 119	6 594 275	5 496 844	72.80	27.20	1.20
No especificado	40 532	26 415	14 117	n.d.	n.d.	1.87
Total	55 394 027	33 559 513	21 834 514	56.20	43.80	1.54

n.d.: no disponible
* Completa e incompleta

Fuente: INEGI, 2019a. Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación.

La gráfica 1 complementa la información del cuadro 2, en relación con el empleo formal e informal: 37.0% de los empleados informales y 8.3% de los formales perciben salarios que van hasta 1 salario mínimo (SM). En el grupo con ingresos de más de 1SM hasta 2SM, las proporciones son prácticamente las mismas: 39.5 y 37.2%. En términos acumulados, 76.5% del personal que trabaja en el sector informal y 45.5% del que lo hace en el formal tienen ingresos que no rebasan 2SM. La ventaja competitiva internacional de la economía mexicana es la pobreza de sus trabajadores.

Gráfica 1. Distribución ocupada, por tipo de empleo y por nivel de ingresos, 2019



SM = salario mínimo

Fuente: INEGI, 2019a. Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación.

A partir del siguiente grupo, el ingreso de las personas que laboran en el sector formal supera crecientemente el de la población empleada en el sector informal. Por supuesto, estos desempeños están directamente ligados con las características de la población ocupada analizadas precedentemente: el sexo y la escolaridad de cada individuo; pero en conjunto, denotan la fragilidad económica de la población mexicana: inestabilidad laboral en el sector informal, bajos ingresos en ambos sectores (aunque de manera más marcada en el sector informal que en el formal) y una capacidad de ahorro muy limitada. En efecto, líneas arriba mencionamos que el hogar promedio de la población mexicana registraba un superávit de 5 510 pesos, equivalente a 10.39% del ingreso total; también indicamos que podríamos considerar estas cifras como la capacidad promedio de ahorro de los hogares mexicanos; esta capacidad disminuye conforme los ingresos se reducen y aumenta de acuerdo con su incremento; bajo esa lógica, para los estratos con ingresos más bajos, la capacidad de ahorro es muy limitada y las posibilidades de sobrevivir ante el desempleo dependen de los mecanismos familiares de solidaridad; sin embargo, en una situación marcada por el cierre masivo

de puestos de trabajo, los mecanismos familiares son insuficientes y la sobrevivencia de los hogares se convierte en la urgencia más apremiante para sus integrantes. Esto es lamentablemente lo que ha sucedido durante la pandemia: la necesidad de garantizar el sustento diario del hogar obligó a sus integrantes a romper la cuarentena, contribuyó a la expansión de los contagios y condenó al fracaso la política sanitaria.

Otro aspecto interesante de los hogares mexicanos es su tamaño promedio: en 2018, era de 3.60 integrantes; de ellos, 1.75 eran económicamente activos (1.70 empleados y 0.05 desempleados); 1.85 eran no económicamente activos y, de éstos, 0.92 eran menores de 15 años. La tasa bruta de dependencia[6] era de 1.12 personas por cada persona ocupada (INEGI, 2018). Por ahora retengamos este dato: la pérdida de un empleo afecta directamente a 2.12 personas (el desempleado mismo y sus dependientes económicos). Esta cifra nos permitirá, más adelante, medir el impacto bruto del cierre de empleos durante la pandemia.

El contexto macroeconómico

Andrés Manuel López Obrador estuvo en campaña electoral desde 2005, participó en tres elecciones presidenciales y, finalmente en 2018, ganó la elección presidencial con una mayoría de votos situada entre 53.0 y 53.8%, de acuerdo con las estimaciones iniciales del Instituto Nacional Electoral (BBC, 2018). Durante esos trece años, uno de los temas usados para fustigar las administraciones de sus contrincantes electorales fue el bajo crecimiento económico; así, en marzo de 2014, al conocer el desempeño de la economía mexicana durante enero de ese año, mediante un *tweet*, López Obrador criticó al presidente en funciones y a su secretario de Hacienda: "En enero la economía creció 0.8%, es decir, nada. E[nrique] P[eña] N[ieto] y Videgaray no saben cómo hacerlo. Perdón, pero con nosotros sería distinto y mejor" (*El Universal*, 2019).

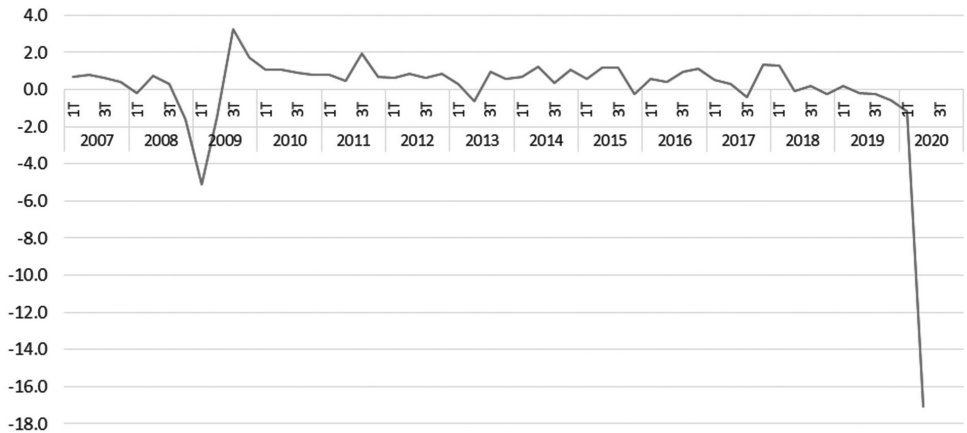
Por supuesto, en un mensaje lacónico, López Obrador no podía entrar en detalles, pero antes de achacar responsabilidades personales, debió tomar en cuenta que México y la economía global atravesaban por un periodo de incertidumbre y de crecimiento cada vez más lento, después de la crisis financiera

[6] Tasa bruta de dependencia = (Población total–población empleada)/población empleada.

global de 2008-2009. En efecto, la gráfica 2 muestra las tasas de crecimiento real del PIB, en precios de 2013:

1. El contraste drástico entre la recesión resultante de la crisis financiera global y el impacto dramático de la paralización de la economía durante el primer semestre de 2020. En aquella ocasión, el impacto sobre la economía mexicana fueron tasas negativas de crecimiento durante los semestres de 2008, así como 1 y 2 de 2009; durante el trimestre 1 de 2009, la tasa de crecimiento fue de (-5.1%); ahora, después de cuatro trimestres (del segundo de 2019 al primero de 2020) con tasas de crecimiento negativas, el efecto de la parálisis global sobre la economía mexicana es mayúsculo: (-17.1%), durante el segundo trimestre de 2020.

Gráfica 2. Tasas trimestrales de crecimiento real del PIB, precios constantes de 2013



Fuente: Elaboración propia, con información de Banco de México, 2020.

2. La inestabilidad generada por la crisis financiera global se refleja en que los periodos durante los cuales la economía mexicana registra tasas de crecimiento positivas mínimas son cada vez más cortos: 16 trimestres (del 3° de 2009 al 2° 2013), nueve trimestres (del 3° 2013 al 4° 2015), siete trimestres (del 1° 2016 al 3° 2017), tres trimestres (del 4° 2017 al 2° 2018), dos trimestres (del 3° 2018 al 4° 2018); el período 1° 2019-2° 2020 es excepcional en la medida en que la

economía mexicana registra un trimestre con tasas positivas y cinco trimestres consecutivos con tasas negativas.

3. Ese fenómeno de la reducción de la permanencia de los periodos de crecimiento ha estado acompañado de una reducción de las tasas de crecimiento real del PIB.
4. A lo largo de 2019, primer año de la administración de López Obrador, la tasa de crecimiento del PIB pasó de un escaso 0.2% en el primer trimestre, a tasas negativas cada vez más marcadas durante los trimestres 2, 3 y 4, hasta registrar -0.6%, en el momento en que surgía el SARS-CoV-2, en Wuhan, China. Cierto, la incertidumbre global pesó grandemente, pero durante los tres últimos trimestres de 2019, el desempeño económico nacional negativo fue determinado por la puesta en práctica del proyecto económico de López Obrador, bautizado por él mismo como "Austeridad Republicana".
5. En el primer trimestre de 2020, la tasa de crecimiento del PIB fue de (-1.2%), extendiendo la recesión económica a cuatro trimestres; la paralización de la economía mexicana debida a la pandemia en las escalas global y nacional tuvo como resultado una tasa de crecimiento de (-17.1%), de acuerdo con el Banco de México.

El desempeño de la economía mexicana, cuando menos hasta finales de 2019, fue determinado por la política de austeridad practicada por la administración López Obrador. Hacia principios de julio de 2019, al cumplirse un año de la victoria electoral del personaje, la Cámara de Diputados aprobó la Ley Federal de Austeridad Republicana.[7] Con dicha ley (*Diario Oficial de la Federación,* 2019a y 2019b) se regulaba *de jure* la política de gasto público practicada *de facto* desde el inicio de la administración López Obrador. En efecto, hacia fines de ese mes, el secretario de Hacienda anunció un gasto neto de 2 billones 775 727 millones pesos y un subejercicio de 174 484 millones de pesos; este representaba 5.91% de un ingreso total de 2 billones 950 211 millones de pesos y era el resultado de recortes de personal, de ingresos de los funcionarios públicos, así como la supresión de

[7] La votación fue: 387 votos en favor y 33 abstenciones. La nota curiosa de la votación son las inconsistencias ideológicas de la clase política mexicana, pues 319 (63.80%) diputados pertenecían a la coalición MORENA-Partido del Trabajo-Partido Encuentro social y 181 (36.30%), a la oposición; sin embargo, nadie de la oposición votó contra la Ley; más aún, 68 apoyaron la propuesta de la coalición mayoritaria y 80 definitivamente no votaron (Cámara de Diputados, 2020; Damián y Castillo, 2019).

algunos rubros del gasto corriente, realizados en el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Comunicaciones y Transporte, durante el primer semestre de 2019. López Obrador reaccionó para contradecir a su secretario de Estado, afirmando que no se trataba de un subejercicio, sino de un ahorro. Más allá del eufemismo utilizado, el efecto del subejercicio/ahorro fue la recesión de una economía dependiente del gasto público.

La Ley Federal de Austeridad Republicana fue recibida de manera bivalente; en efecto, la administración de Enrique Peña Nieto (2012-2018) fue definida por múltiples observadores como una cleptocracia que saqueó impunemente la administración pública (entre muchos ejemplos de esos análisis críticos, véase Jasso, 2018); por ello, la ley fue acogida positivamente, pues proponía "combatir la desigualdad social, la corrupción, la avaricia y el despilfarro de los bienes y recursos nacionales" y definía el nepotismo como "la designación, otorgamiento de nombramiento o contratación que realice un servidor público de personas con las que tenga lazos de parentesco por consanguinidad hasta el cuarto grado, o vínculo de matrimonio o concubinato para que preste sus servicios en la misma institución, dependencia o ente público que este labore" (Artículo 4); el alcance de esta definición habría sido mayor si hubiese sido extendida a toda la administración pública, pues no puso término al tráfico de influencias para conseguir empleos a familiares y/o amigos de personalidades del nuevo gobierno.

El "Título segundo: de la austeridad republicana" define las principales medidas de austeridad; las generales son, por supuesto, inobjetables, en la medida en que señalan que los entes públicos deberán:

Artículo 7

I. Abstenerse de afectar negativamente los derechos sociales de los mexicanos […].
II. Enfocar las medidas de austeridad republicana preferente en el gasto corriente no prioritario en los términos de la presente ley.
III. Evitar reducir la inversión en la atención a emergencias y desastres naturales o provenientes de la actividad humana.

La diferenciación entre gasto corriente y gasto de inversión parecía salvar el funcionamiento de múltiples instituciones dependientes del financiamiento público; las medidas con respecto al gasto corriente, en general, fueron acogidas positivamente; mientras las medidas sobre fideicomisos financiados por el gobierno levantaron críticas inmediatas.

En efecto, la ley establece que: en la adquisición de bienes muebles e inmuebles, su arrendamiento o contratación de servicios y obra pública, no sólo se buscaría la máxima economía, sino que se realizaría mediante licitaciones públicas (Artículo 8). La anulación de contratos otorgados a empresas nacionales o extranjeras, "mediante el tráfico de influencias, corrupción o que causen daño a la Hacienda Pública" serán nulos (Artículo 9). Las instituciones públicas deberán ajustar sus estructuras ocupacionales; así, sólo los titulares de una dependencia tendrán asignado un secretario particular, sólo los titulares y los subsecretarios de Estado tendrán un chofer a su servicio, los puestos de director general adjunto fueron suprimidos, los representantes gremiales en órganos tripartitos ocuparán cargos honoríficos, los servicios de consultoría y asesoría por parte de despachos externos sólo serán autorizados cuando no haya personal que preste servicios similares, iguales o equivalentes (Artículo 12). En el servicio exterior solo son autorizadas las representaciones de la Secretaría de Relaciones Exteriores y las delegaciones de seguridad nacional y de impartición de justicia (Artículo 15).

En cuanto al gasto corriente, los gastos de oficina, para seminarios y congresos, para exposiciones fueron autorizados con base en el gasto del año anterior (Artículo 10). La ley, además, prohibió la duplicidad de funciones en las instituciones de la administración federal; la única excepción son las Unidades de Igualdad de Género transversales (Artículo 13). El gasto autorizado para difusión de propaganda y publicidad queda sujeta a las disposiciones de la Secretaría de Hacienda (Artículo 14).

El "Título tercero: del comportamiento austero y probo de los servidores públicos" de la ley fue controversial. En primer término, establecía, en términos generales, una "remuneración adecuada y proporcional que conforme a sus responsabilidades se determine en los presupuestos de egresos" (Artículo 20); andando el tiempo, el criterio general establecido fue el salario del presidente de la República: ningún funcionario debía ganar más que él y el gobierno se vio demandado legalmente por millares de funcionarios o por empleados de instituciones dependientes del presupuesto público, reacios a aceptar la reducción de sus ingresos.

El Artículo 22 fue particularmente aplaudido por la población pues prohibía el uso de recursos públicos para la contratación de programas de jubilación, de pensiones o de regímenes especiales de retiro, así como de seguros de gastos médicos privados, seguros de vida o pensiones; además, suprimía las pensiones otorgadas a quienes habían ejercido el cargo de presidente de la República, salvo las otorgadas por el instituto de seguridad social gubernamental.

El Artículo 24 tiene particular importancia para limitar la colusión entre funcionarios públicos y el sector privado; indica que "para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión en algún ente público, las personas interesadas se verán obligadas a separarse legalmente de los activos e intereses económicos particulares que estén relacionados con la materia o afecten de manera directa el ejercicio de sus responsabilidades públicas";[8] adicionalmente, el artículo señala que "los servidores públicos comprendidos en los grupos jerárquicos de mando superior […] no podrán ocupar puestos en empresas que hayan supervisado, regulado o respecto de las cuales hayan tenido información privilegiada en el ejercicio de su cargo público, salvo que hubiesen transcurrido al menos diez años".

El tema más enojoso de la ley de ha sido la extinción de fideicomisos en los sectores de salud, educación, procuración de justicia, seguridad social y seguridad pública, establecida en el Artículo 17. Para los analistas, se trataba legitimar decisiones administrativas puestas en práctica desde antes de ser aprobada la ley; en efecto, la administración federal ya había decidido cancelar el financiamiento para estancias infantiles, optando por distribuir directamente a los padres los recursos monetarios, para evitar el desvío hacia intermediarios o hacia instituciones acusadas de registrar niños inexistentes. También había cancelado el financiamiento para refugios de mujeres y sus hijos víctimas de violencia extrema; se trataba de uno de los pocos programas destinados a enfrentar uno de los más grandes problemas de violencia en México; por si eso no bastara, la adquisición de medicamentos fue limitada, bajo el argumento de que, en el pasado, eran comprados con sobreprecios (Milenio, 2019). Para comprender: *a)* El impacto de la política de austeridad sobre el desempeño de la economía a lo largo de 2019, a todo eso, habría que sumar el efecto de la supresión de más de 200 000 (70%) de los empleos denominados "de confianza" en la administración pública y la reducción de los salarios del resto de los empleados (*El Pulso Laboral,* 2019); *b)* Las condiciones en que se encontraba el sistema de salud

[8] Un ejemplo flagrante del incumplimiento de esta disposición: en junio de 2020, la prensa daba cuenta de la declaración de ingresos, durante 2019, de algunos altos funcionarios gubernamentales: Andrés Manuel López Obrador, el presidente de la República, declaró un ingreso de 1 567 640 pesos. Para entonces, la regla oficial establecía que el salario de cualquier otro funcionario debía ser inferior al del presidente de la República; el informe periodístico indicaba que Alfonso Romo Garza, jefe de la Oficina de la Presidencia de la República y destacado empresario originario de Nuevo León, había declarado 1 591 605 pesos por salarios de su puesto público y 13 584 136 pesos por el arrendamiento de inmuebles (Villa y Caña *et al.*, 2020). Hasta ahora no hay constancia de la separación del señor. Respecto a Romo, sus intereses empresariales y el origen del ingreso sobre el salario, queda en duda.

para enfrentar la pandemia de la COVID-19, debemos tener en consideración los importantes recortes a los presupuestos del IMSS e ISSSTE, así como las restricciones para la adquisición de equipos médicos y medicamentos (al respecto, véase el capítulo IV del presente trabajo).

De las comorbilidades por COVID-19

Con el fin de establecer un campo conceptual claro, consideramos oportuno empezar estableciendo definiciones claras: la primera de ellas se refiere al concepto "morbilidad", el cual, de acuerdo con el Gobierno de México, significa: "cualquier separación, subjetiva y objetiva, del estado de bienestar fisiológico o sociológico". En este contexto, los términos enfermedad, trastorno y estado mórbido se consideran sinónimos (Gobierno de México, 2020c). La morbilidad (o cualquier otro fenómeno cuantificable) puede ser entendida en términos tanto absolutos como relativos:

En términos absolutos, el 19 de septiembre de 2020, en México había un total acumulado de 684 113 contagios por COVID-19; el vocero para la pandemia ha insistido reiteradamente que las comparaciones entre países o entre áreas de un país, no pueden ser hechas a partir de números absolutos; pese a esa opinión, una primera comparación simple puede ser establecida entre los valores absolutos de dos números: un número puede ser mayor, menor o igual a otro; pero no podemos formular ningún otro juicio; así, en la fecha indicada, Colombia tenía un mayor número de contagios acumulados: 743 098 personas (véase cuadro 1 del anexo estadístico). Una segunda forma de comparación consiste en relacionar un número absoluto con un número base, por ejemplo, los contagios acumulados, en un momento determinado, en México pueden ser medidos en relación con la población total del país registrada en ese mismo momento: 684 113 contagios/127 091 642 habitantes; en la fecha seleccionada, tendríamos 0.005383 contagiados por cada habitante de México; la proporción, no obstante, es poco práctica para trabajar con ella y puede ser ampliada, multiplicándola por 10, 100, 1 000 o cualquier múltiplo de 10 y para cada multiplicador tendríamos 0.05383 contagiados por cada 10 habitantes, 0.5383 por cada 100 habitantes, 5.383 por cada 1 000 habitantes, 53.83 por cada 10 000 habitantes o 538.3 por cada 100 000 habitantes, como suelen usar en las conferencias vespertinas sobre COVID-19. Esta relación suele ser

denominada tasa y en este caso específico sería la tasa de contagios con respecto a la población total de México.

El segundo concepto es el de *comorbilidad*, el cual "es utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas" (National Institute on Drug Abuse, s.f.). El 26 de agosto de 2020, el registro oficial de los enfermos de COVID-19, incluía once factores de comorbilidad y el cuadro 3 sintetiza el número de casos registrado para cada uno de dichos factores (Gobierno de México, 2020a); el lector deberá tener en cuenta que no es posible sumar todos los casos, pues uno o más factores de comorbilidad pueden presentarse combinados con la COVID-19; el punto importante es que la hipertensión, la obesidad, la neumonía y la diabetes son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia.

Por otra parte, si tenemos en cuenta las 10 principales causas de muerte en México, presentadas en el cuadro 4, podremos comprender las complicaciones que provocan la coincidencia de uno o más de esos factores con COVID-19. Esto nos lleva al tercer concepto: la mortalidad. "Este término se usa para (medir) […] el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado periodo; con este término es posible precisar la causa de la muerte de las personas que viven en un área específica o que tienen características particulares como el sexo, la edad o el grupo social" (National Institute of Health, s.f.). De nueva cuenta, las cifras incluidas en el cuadro 4 son valores absolutos, es decir, expresan el número de muertes, provocadas por cada una de las diez causas incluidas y a lo largo de 2018. La tasa de mortalidad expresaría, como ha sido indicado líneas arriba, el número de muertes debido a una causa específica con respecto a un universo definido de personas.

Cuadro 3. Incidencia de las principales comorbilidades

	Total	%
Hipertensión	176 497	16.83
Obesidad	171 352	16.34
Neumonía	153 661	14.65
Diabetes	135 728	12.94
Tabaquismo	83 930	8.00
Asma	30 994	2.96
Otra complicación	27 498	2.62
Enfermedades cardiovasculares	21 533	2.05
Insuficiencia renal crónica	19 558	1.87
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	15 172	1.45
Inmunosupresión	13 945	1.33
Total de casos*	1 048 575	100.00

* Incluye todos los casos integrados en el registro oficial COVID-19, el 26 de agosto de 2020.
Fuente: Gobierno de México, 2020a.

El lector notará que, de las diez principales causas de muerte, las agresiones y los accidentes son definidos como traumáticas, es decir, debidas a causas externas al funcionamiento fisiológico del cuerpo humano; de las ocho causas restantes, las cinco representadas con colores achurados abarcan ocho de los factores de comorbilidad considerados en la base de datos oficial de COVID-19. El efecto conjugado de la COVID-19 con uno o más de esos factores de mortalidad explica la elevada tasa de decesos en el caso de México; en efecto, el cuadro 1 del anexo estadístico indica que, el 19 de septiembre, la tasa de mortalidad debida a COVID-19 (la proporción del total de decesos debidos al COVID-19 con respecto al total de contagios acumulados) era la tercera más grande en la escala mundial: 10.55%, sólo superada por las de Francia (27.88%) y de España (19.66%).

Cuadro 4. Características de las defunciones registradas en México, 2018

	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
	149 368	79 997	69 357
2	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
	101 257	41 590	44 164
3	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
	85 754	41 590	44 164
4	Enfermedades del hígado	Agresiones (homicidios)	Enfermedades cerebrovasculares
	39 287	32 765	17 841
5	Agresiones (homicidios)	Enfermedades del hígado	Influenza y neumonía
	36 685	32 756	12 826
6	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
	35 300	26 540	11 220
7	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del hígado
	34 589	17 459	10 533
8	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Accidentes
	28 332	15 504	8 030
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Insuficiencia renal
	23 414	12 193	6 018
10	Insuficiencia renal	Insuficiencia renal	Afecciones originadas durante el periodo perinatal
	13 845	7 825	5 230
Total	722 235	407 736	314 499
Top 10	537 602	308 219	229 383
%	**75.81**	**75.59**	**72.94**

Fuente: INEGI, 2019.

Sin desear profundizar en las condiciones específicas de Francia y de España, nos limitamos a señalar que, de acuerdo con la OMS, la mayor parte de los factores de comorbilidad son prevenibles, pues son determinados por los modos de consumo y/o el tipo de vida de los individuos.

La OMS señala que la mayor parte de esas enfermedades tiene una incidencia excesiva sobre la mortalidad en las poblaciones de los países de ingresos bajos, debido a las deficiencias de la calidad de vida en dichos países. De manera análoga, cualquiera que sea el nivel de ingresos de un país, los efectos negativos de los factores de comorbilidad se hacen sentir con mayor crudeza en los grupos sociales de menor ingreso.

El lector deberá tener en cuenta las condiciones socio-económicas prevalecientes en México para comprender plenamente los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición *2018* (INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019); las informaciones presentadas en esta, permiten definir una imagen de la cadena causal entre la formación escolar, la inserción laboral, los niveles de ingreso, las pautas de consumo, los patrones de nutrición y las causas de mortalidad.

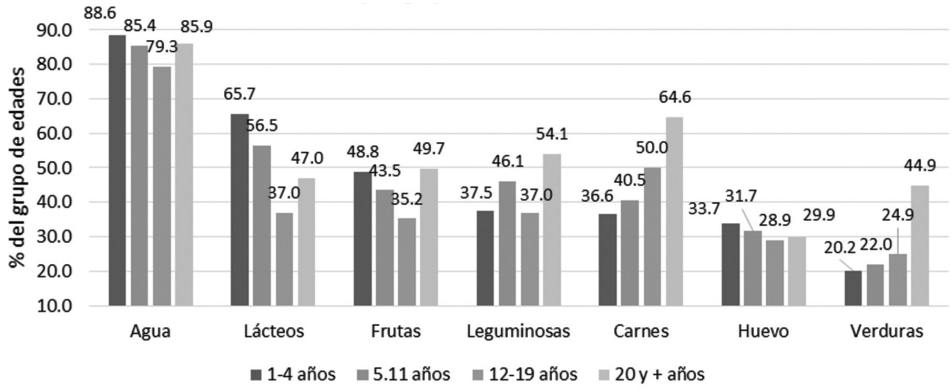
En ese sentido, la gráfica 3 indica la proporción de personas de grupos de edades específicos que consumen alimentos recomendables. El panorama general es desolador; pues, con excepción del agua para todos los grupos de edades, los lácteos para los sectores de 1-4 y 5-11 años, las leguminosas y la carne para aquellos de 20 y más años, para el resto, más de 50% no suele consumir este tipo de alimentos recomendables.

El reverso de la moneda es presentado por la gráfica 4: el indicador clave es la proporción de personas de cada grupo de edad que consume alimentos no recomendables. Los aspectos destacados de la información son los siguientes:

Primero, con excepción de las carnes industrializadas, cuya preparación incorpora sales y compuestos químicos (factores que provocan la hipertensión), los cinco tipos de alimentos restantes tienen como base los carbohidratos (causa de obesidad y diabetes), bajo diferentes formas.

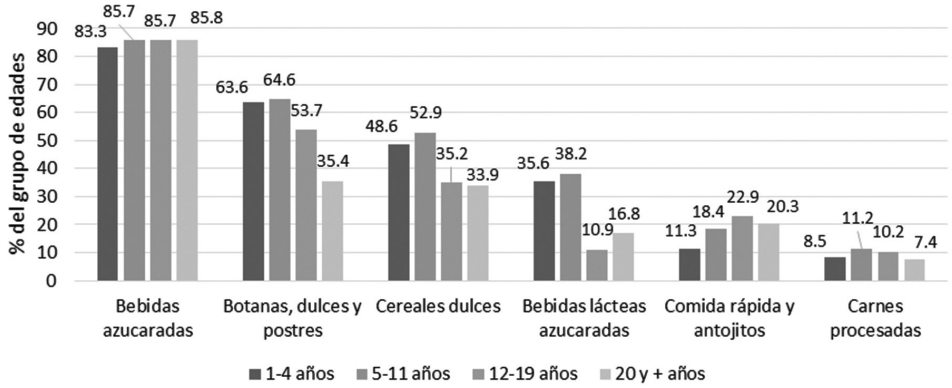
Segundo, las bebidas azucaradas, así como las botanas, dulces y postres, son consumidos por proporciones de los diferentes grupos de edad que van de 53.7% (12-19 años, para el consumo de botanas, dulces y postres) a 85.8% (20 años y más, para el consumo de bebidas azucaradas).

Gráfica 3. Consumo de alimentos recomendables, por grupos de edad



Fuente: INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.

Gráfica 4. Consumo de alimentos no recomendables, por grupos de edad



Fuente: INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.

Tercero, en el caso de los cuatro alimentos elaborados con base en el azúcar, el consumo es más elevado para los grupos de edades infantiles que para los grupos de jóvenes y adultos. El punto es importante; pues desde edades tempranas, parte sobresaliente de la población genera una dependencia de los carbohidratos que se acentúa con la edad.

Cuarto, en el consumo de comida rápida y antojitos, prevalecen los grupos de jóvenes y adultos sobre los de infantes; esto puede deberse al tipo de alimentación consumida fuera de casa, durante las horas de trabajo.

El panorama es todavía más aciago cuando incorporamos el consumo de alcohol (otra forma de los carbohidratos) y de tabaco (principal causa de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas). Tres hechos destacan en la gráfica 5:

Primero, 21.7% de los individuos del grupo de 10-19 años consume alcohol; sin embargo, el diferencial por sexos es enorme: 13.8% para las mujeres y 42.8% para los hombres; como en el caso de la adicción al azúcar, la dependencia del alcohol comienza muy temprano y, de acuerdo con la encuesta, tiende a aumentar rápidamente.

Segundo, 63.8% del grupo de 20 y más años consume alcohol; por sexos, volvemos a encontrar un diferencial pronunciado entre hombres (80.6%) y mujeres (49.9%). Como en el caso anterior, el consumo tiende a incrementarse y, podríamos afirmar que, además de las enfermedades del hígado, una parte considerable de los homicidios y de los accidentes está directamente relacionada con el consumo de alcohol.

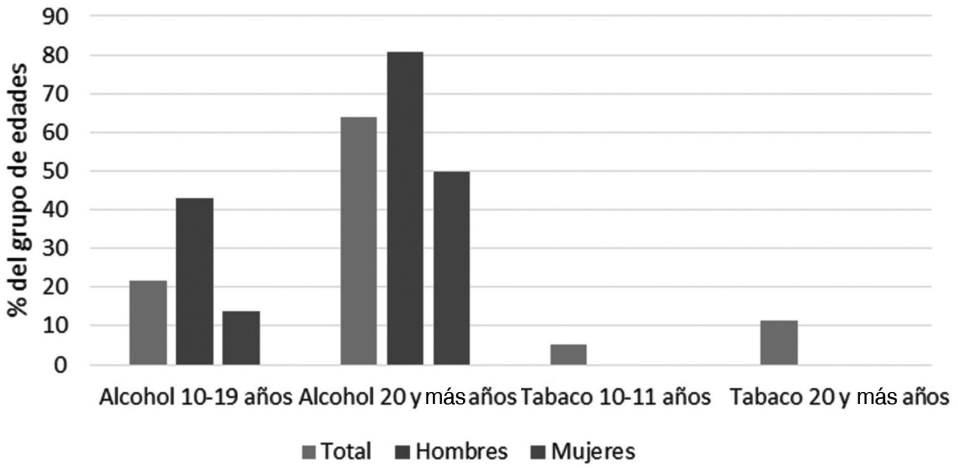
Tercero, la encuesta indica una disminución de la adicción al tabaco, registrada entre 2012 y 2018; sin embargo, la gráfica muestra que el tabaquismo inicia desde edades tempranas, con una incidencia de 5.1%, en el grupo de edades de 10 a 19 años; para el grupo de 20 y más años, 11.4% de la población consume regularmente tabaco.

La omnipresencia de los carbohidratos en el consumo tiene como saldos el sobrepeso y la obesidad de la amplia mayoría de la población. A principios de enero de 2020, el director general de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) indicaba:

El caso de México es de los más preocupantes, cerca de 73% de la población mexicana padece de sobrepeso (en comparación con una quinta parte de esta en 1996); además, de acuerdo con la OCDE, tiene una de las tasas más altas de obesidad; 24%; de las personas obesas sufren (sic) obesidad mórbida —el mayor grado de sobrepeso—. De acuerdo con nuestras proyecciones, las enfermedades

relacionadas con el sobrepeso reducirán la esperanza de vida en México en más de 4 años durante los próximos 30 años. Se trata de la mayor reducción proyectada entre los países de la OCDE. Pero lo más trágico es el crecimiento de la obesidad infantil, la cual se ha duplicado de 7.5% en 1996, a 15% en 2016 (OCDE, 2020).

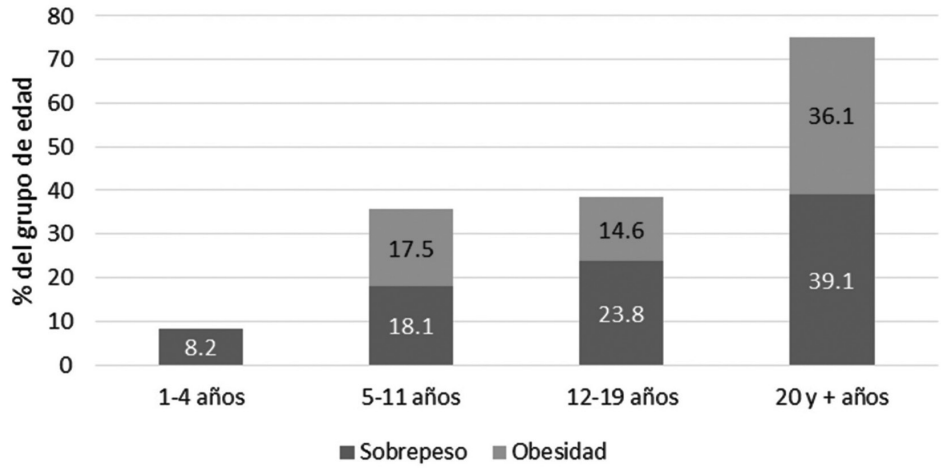
Gráfica 5. Consumo de alcohol y tabaco, por sexos y por grupos de edades



Fuente: INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.

El diagnóstico general era, en sí mismo, demoledor; sin embargo, desagregada por grupos de edades y por los dos componentes del fenómeno (sobrepeso y obesidad), los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2019 (ver gráfica 6) apuntaban hacia situaciones particulares todavía más graves: en 2018, 8% de los niños de 1-4 años padecía sobrepeso y, si nada cambia en el país, llevará una vida marcada por el exceso de peso y por sus patologías; en el caso del grupo de niños de 5-11 años, ese fenómeno ya se expresaba de manera marcada: 35.6% padecía el problema, aunque se manifestaba como sobrepeso en 18.1% y como obesidad en 17.5%; a partir de ahí, la incidencia de una y otra expresiones nosológicas aumentaba para grupos de edades mayores: así, para el grupo de 12-19 años, la tasa acumulada fue de 38.4%, integrada por 23.8% y por 14.6% correspondientes al sobrepeso y a la obesidad; en el grupo de adultos, de 20 y más años, el problema se expresa en toda su magnitud: la tasa acumulada es de 75.2%, aún más alta que la indicada por el director general de la OCDE, y estaba compuesta por 39.1% de sobrepeso y 36.1% de obesidad.

Gráfica 6. Incidencia del sobrepeso y de la obesidad, por grupos de edad



Fuente: INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019.

Las autoridades gubernamentales se han esforzado en corregir las pautas de consumo, mediante instrumentos disuasivos; por ejemplo, en diciembre de 2010, con pictogramas en las cajetillas de cigarros vendidas en el país, el gobierno mexicano puso en vigencia advertencias sanitarias en torno a las consecuencias del consumo de tabaco sobre la salud (Ibarra *et al.*, 2019); además, ha gravado con impuestos crecientes la compra de cigarrillos y, a fines de 2018, los diferentes impuestos sobre el tabaco acumulaban 67.29% del precio final pagado por el consumidor (Mier Odriozola, 2018). Las opiniones sobre la influencia de esos mecanismos en el consumo de cigarrillos varían; sin embargo, tanto Ibarra et al. como Waters et al. (s.f.) muestran, con evidencia estadística, la influencia de ambos mecanismos sobre la reducción del consumo de tabaco. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 apunta en el mismo sentido, pero utilizando el porcentaje de la población fumadora como indicador básico: de 2012 a 2018, en el grupo de 20 y más años, la proporción se redujo de 19.9 a 11.4 puntos (INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública, 2019).

Con respecto a los correctivos del consumo de bebidas azucaradas, es necesario señalar que, dado el progreso derivado de las enfermedades resultantes del consumo excesivo de carbohidratos, a partir de enero de 2014, el Congreso decidió aplicar un impuesto adicional de un peso por litro sobre el precio de las bebidas azucaradas

(refrescos, jugos de fruta, jarabes, esencias o extractos con azúcar añadida; Miranda, 2020). De nueva cuenta, las opiniones sobre la efectividad del impuesto son divididas; Miranda afirma:

> […] la evidencia que tenemos hasta hoy nos dice que la introducción del impuesto redujo el consumo de refrescos entre 6% y 12% en 2014. Al mismo tiempo el consumo de agua embotellada aumentó 4%. Dada esta evidencia, la respuesta es: sí, el impuesto parece estar funcionando, Al menos está reduciendo el consumo de refrescos y de bebidas azucaradas (Miranda, 2020, párr. 6).

Este juicio corresponde, a todas luces, al impacto inmediato del impuesto sobre las ventas de las bebidas azucaradas. Sin embargo, un estudio realizado por cuenta de la industria refresquera apunta en una dirección completamente diferente: después de un retroceso trianual del volumen de ventas de refrescos (durante 2012-2013, disminuyó de 17 856 a 17 802 millones de litros), a partir de la aplicación del impuesto, en enero de 2014, las ventas pasaron de 17 404 millones de litros —como bien indica Miranda—, durante ese año; pero a lo largo de los dos años subsecuentes, las ventas aumentaron a 18 138 y 18 824 millones de litros; el estudio de la industria refresquera muestra la modulación mutua existente entre el consumo y las formas de presentación de los refrescos: para ahorrar en los precios pagados, los consumidores manifestaron un cambio en las preferencias sobre el tipo de envases, en favor de los retornables y en detrimento de los no retornables; por otra parte, para obtener un mayor volumen de bebidas por peso pagado, los consumidores optaron por comprar las presentaciones de mayor volumen: de 2014 a 2106, el incremento porcentual de ventas fue de 1.8% para las presentaciones de hasta 450 mililitros (ml); de 7.4 y 7.5% para las presentaciones de más de 2 000 ml y de 451 a 1 000 ml; de 13.7% para las presentaciones de 1 001 a 2 000 ml (KPMG en México-ANPRAC, 2017).

Todo indica que, en el caso de los refrescos, el impuesto sobre las bebidas azucaradas tuvo un efecto contrario al buscado: ante el aumento de precios, los consumidores reaccionaron comprando mayores volúmenes y, en consecuencia, ingiriendo mayores cantidades.

En otro tenor de ideas, durante 2019 y 2020, la administración de López Obrador ha promovido y puesto en práctica, a partir del 27 de marzo de 2020, el etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas, para presentar al público el

contenido de carbohidratos, sales y grasas; además, a partir del 1 de abril de 2021, las empresas de la industria alimentaria deberán dejar de promover sus productos utilizando "personajes, animaciones, dibujos animados, celebridades, deportistas o mascotas, elementos interactivos […] o descargas digitales" (Ochoa, 2020). Ahora bien, la medida es loable en sí misma; pero puede ser insuficiente si no va acompañada de una campaña de información intensa y extensa acerca de los efectos negativos sobre la salud del consumo excesivo de estos alimentos industrializados; en una sociedad donde el analfabetismo funcional está ampliamente difundido, tal vez sería conveniente incorporar, sobre las envolturas de estos productos, pictogramas que presenten gráficamente los efectos negativos de su consumo excesivo.

Sobre este tipo de medidas disuasivas del consumo de productos nocivos para la salud, la más polémica ha sido la prohibición, por parte del gobierno de Oaxaca, de la venta de comida y bebida chatarra a los menores de edad. La iniciativa fue presentada en noviembre de 2019 por una diputada de MORENA, para "eliminar formas de malnutrición entre la niñez y la adolescencia"; el 31 de julio de 2020, el dictamen del proyecto fue aprobado y, finalmente, el 7 de septiembre, las modificaciones a la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes fueron aprobadas y, al ser publicadas en el diario oficial del estado, entraron en vigor (Forbes, 2020b; Matías, 2020; Miranda, 2020).

En sí misma, la ley es una excelente iniciativa; sin embargo, "quedan exentos de las prohibiciones las madres, padres y tutores legales, en quien queda la responsabilidad del consumo de esos productos por los menores de edad" (Forbes, 2020b). Entre los principales riesgos, podemos destacar:

> Primero, como en el caso de los refrescos embotellados, los adultos pueden comprar un mayor volumen de este tipo de alimentos para ahorrarse los viajes frecuentes que realizan los niños a la tiendita de la esquina; así, ante una mayor disponibilidad, el consumo sería mayor.
>
> Segundo, nuevamente recurrimos al caso de los refrescos, pues las autoridades escolares insistieron en la necesidad de prohibir la venta en las escuelas; sin embargo, las cooperativas escolares y las sociedades de padres de familia presionaron para mantener la comercialización de las bebidas azucaradas; algo similar puede ocurrir con la comida y las bebidas chatarra.

Tercero, la medida es local y sería necesaria una ley federal para cubrir todo el país.

Cuarto, sin sanciones claras para quienes violen la ley, el efecto de esta puede ser nulo.

Más adelante, en el capítulo V, volveremos sobre este rasgo específico de la cultura jurídica mexicana que establece de manera clara los derechos de los individuos, pero casi nunca las obligaciones y las sanciones que conlleva el incumplimiento de una ley.

Conclusiones

La crisis sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19 no es un fenómeno exclusivamente biológico; es, sobre todo, un acontecimiento social, en el cual confluyen las pautas culturales determinantes de los comportamientos individuales o colectivos, así como las condiciones de vida y de muerte de los actores sociales; es, en consecuencia, un hecho social y político; nos hemos esforzado en concentrar nuestra atención sobre las dimensiones sociales y políticas, para dejar de lado las percepciones de la pandemia como una plaga bíblica, como un castigo debido a la iniquidad de los mexicanos.

En el presente capítulo hemos definido el contexto cultural, económico y social en el cual se ha desarrollado la pandemia; en los capítulos subsecuentes, mostraremos que el desarrollo irrefrenable de los contagios y de los decesos ha sido la consecuencia necesaria de un comportamiento social basado en el desafío permanente a la muerte y un desprecio por la vida, de uno mismo y de los otros, en un contexto sanitario marcado por la laxitud de las medidas gubernamentales para combatir la difusión del SARS-CoV-2. Esa peculiaridad de la sociedad mexicana trasluce en la renuencia a respetar las reglas sanitarias y en la insistencia en invitar a la población a transgredirlas, por parte de López Obrador; grupos sociales amplios han sido receptivos a ese mensaje y, pese a la intensa campaña profiláctica, han desobedecido las consignas sanitarias, multiplicando los contactos sociales y, por ende, las infecciones.

En el plano político-institucional, los patrones culturales priistas han erigido al presidente de los Estados Unidos Mexicanos como una figura infalible e incuestionable; así, una vez que él se pronuncia sobre una cuestión, su opinión tiene fuerza de ley y todos los esfuerzos institucionales son dirigidos a respaldar y reforzar su opinión.

Como veremos, este mecanismo ha entrado en operación y constituye el trasfondo de la política sanitaria contra COVID-19: para preservar la imagen de López Obrador, el plan de acción sanitario ha estado fundado sobre una falsa interpretación del respeto de los derechos humanos y de las libertades civiles; el resultado ha sido la permisividad en todos los órdenes sociales: una parte importante de las empresas siguió operando; asimismo, una proporción considerable de los individuos siguieron laborando durante la cuarentena; los portadores del SARS-CoV-2 siguieron trasladándose libremente entre sus lugares de residencia y los lugares de atención médica; el personal de salud fue agredido sin que hubiera una definición clara de las sanciones legales aplicadas a sus agresores; la salud de los mexicanos fue usada como argumento para liberalizar el mercado de insumos médicos y sanitarios, con ella, volvieron las viejas prácticas del tráfico de influencias para abastecer las instituciones de salud, los sobreprecios y, muy probablemente, los detestados moches pagados a los funcionarios públicos.

En resumen, el continuo incremento de los contagios del SARS-CoV-2 y de los decesos producidos por COVID-19 y las comorbilidades nada tienen de castigos divinos; son el resultado de la conjunción de las prácticas sociales y políticas tradicionales del México que, ahora, dudamos en calificar como “moderno”.

CAPÍTULO II

EL FRACASO DE LA POLÍTICA SANITARIA CONTRA EL SARS-CoV-2

De acuerdo con Hugo López-Gatell, durante la fase inicial de la pandemia, la estrategia sanitaria del gobierno federal estaba basada en la "mitigación" de los contagios, mediante la identificación de los infectados, su aislamiento voluntario y la vigilancia de sus contactos; en vez de imponer un aislamiento estricto y vigilado, el gobierno federal optó por uno voluntario, creando el ambiente propicio para el tránsito de los contagios importados a los locales.

Por otra parte, una vez alcanzada la fase de contagios locales, López-Gatell insistió en que la estrategia federal tenía como finalidades: *a)* disminuir, hasta donde fuera posible, el número máximo de contagios diarios; *b)* retardar el momento en que se produciría el punto de inflexión de la curva de contagios; *c)* reducir los contagios y los decesos durante el primer ciclo epidémico. Para alcanzar esos fines, la administración federal recurrió a los métodos de mitigación social, consistentes en la suspensión temporal de las actividades académicas (en todos los niveles), laborales no esenciales y sociales, por un lado; y, por otro, en la reducción de la movilidad y de la congregación sociales; además, indicaba que el primer ciclo de la pandemia terminaría cuando se lograse "agotar cerca de 95% de los casos esperados" (Gobierno de México, 2020). Esos métodos fueron aplicados durante 69 días (del 24 de marzo al 30 de mayo), sin haber alcanzado un máximo definitivo de contagios. El vocero de la Secretaría de Salud insistió en que la reducción de la movilidad y el confinamiento no vulnerarían los derechos humanos, ni las garantías civiles de la población (*El Economista*, 2020a). Desde el inicio, la estrategia federal para administrar la pandemia se basó en la participación voluntaria y esta, como veremos, minó su efectividad.

Ante el prolongado confinamiento y la consecuente larga suspensión de las actividades económicas, el gobierno emprendió la reactivación social a partir del 1 de junio, en un contexto sanitario caracterizado por los incrementos cotidianos de los contagios; esta decisión significó el abandono de la estrategia basada en la mitigación

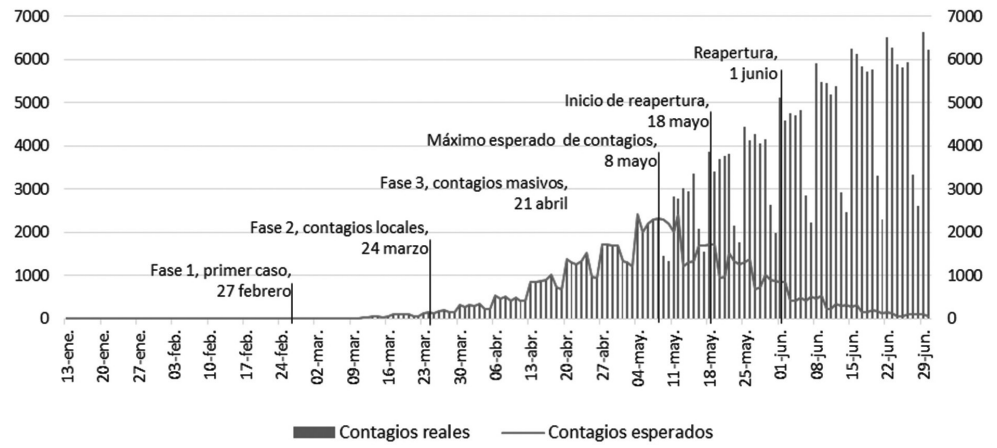
de la pandemia y su sustitución por otra fundada en la inmunización de rebaño; pero, después de transcurridos 194 días o 28 semanas desde el inicio extraoficial de la pandemia, los contagios y los decesos diarios siguieron aumentando inexorablemente.

Mediante el presente trabajo, demostramos que el fracaso de la estrategia de mitigación de los contagios, durante el primer ciclo de la pandemia, tiene dos causas principales: la primera es la condición de no obligatoriedad del aislamiento individual (durante la fase inicial de la pandemia) y del confinamiento social (durante la fase de contagios masivos); esa laxitud gubernamental estuvo, a su vez, determinada por el interés de López Obrador de no paralizar una economía en recesión debido a su programa de "austeridad republicana". La segunda es la conducta de la población mexicana; su comportamiento estuvo determinado por una estructura laboral caracterizada por el predominio de empleos frágiles, remunerados mediante ingresos mínimos y con una capacidad de ahorro prácticamente nula; en esas condiciones, una parte importante de la población está obligada a ganarse el sustento día tras día y carece de capacidad económica para soportar una larga cuarentena. Por otra parte, la conducta de la población también estuvo influida por el desafío a la muerte, propio de la cultura popular mexicana y sintetizada en el estribillo popular "no vale nada la vida, la vida no vale nada"; así, pese a las advertencias sobre la propagación del virus y ante la permisividad de las autoridades, no cesaron congregaciones religiosas, manifestaciones políticas y reuniones sociales.

Teniendo en cuenta estos temas generales, el horizonte temporal de este capítulo va del 27 de febrero al 30 de mayo de 2020, periodo durante el cual fue puesta en práctica la estrategia oficial para mitigar los contagios y los decesos. Para resumir la dinámica de la pandemia en México en la escala nacional, hemos construido la gráfica 1 a partir del número diario de contagio del 13 de enero (fecha del primer contagio registrado por la base de datos del gobierno federal sobre la pandemia) hasta el 30 de junio (fecha elegida como corte temporal, para elaborar el presente capítulo). El continuo crecimiento del número de contagios es el principal rasgo tanto del desarrollo de la pandemia en México,[9] hasta el momento de escribir estas líneas, como del fracaso de las medidas para controlarla.

[9] Debido a esa continuidad, en la actualidad, es posible hablar de una "reintensificación" de contagios en aquellas áreas con una estabilización o, aun, con un retroceso del número de infecciones; pero es incoherente referirse a "rebrotes", pues ellos implican haber reducido el número de contagios a 95% del máximo esperado en cada localidad, estado o el país, como señalaba López-Gatell.

Gráfica 1. Dinámicas real y esperada de la pandemia



Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020a.

Más allá de las objeciones que levantan las estadísticas oficiales sobre contagios y decesos, ellas permiten determinar la efectividad de las medidas oficiales para administrar la crisis sanitaria, contrastando sus resultados con sus objetivos explícitos. La base oficial de datos sobre el coronavirus es actualizada en permanencia y su información difiere de la presentada cotidianamente por el vocero federal para la pandemia; así, por ejemplo, este considera el 27 de febrero como fecha de registro del primer contagio; pero la base oficial de datos indica que el primer contagio apareció el 13 de enero y, para el 27 de febrero, ya había registro de tres contagios más. Por nuestra parte, utilizamos los datos obtenidos mediante una consulta de dicha base de datos, realizada el 13 de julio de 2020, y pueden diferir de consultas posteriores.

A lo largo de la pandemia, las autoridades han puesto en práctica medidas sanitarias permanentes de responsabilidad individual; sin embargo, no hay consenso entre las diferentes instancias gubernamentales sobre su aplicación. La figura 1 sintetiza las medidas sanitarias sugeridas por la OMS, el gobierno de la Ciudad de México (CDMX) y el gobierno federal. Las más completas son las del gobierno de CDMX y las más reducidas, las del gobierno federal. Sobre el primero parece pesar la responsabilidad de administrar la entidad más poblada del país, donde, por necesidad, habrá de incidir el

mayor número de infecciones; para el federal, las principales preocupaciones giran en torno al prestigio político de López Obrador.

Cuadro 1. Medidas sanitarias de carácter permanente y de responsabilidad individual

Organización Mundial de la Salud	Gobierno CDMX	Gobierno Federal
Permanecer en casa lo máximo posible	Evitar salir; si no, usar siempre cubre bocas y, en lugares cerrados o concurridos, careta	
Lavar manos con agua y jabón o usar un desinfectante		
Mantener distancia con cualquier persona		
No tocar ojos, nariz o boca		
Al toser, cubrir nariz y boca con el codo o con pañuelo		
Quedarse en casa si hay malestar		
Solicitar atención médica si hay síntomas		Acudir al médico en situación de urgencia
		No difundir noticias falsas

Fuente: Elaboración propia con informaciones de: Organización Mundial de la Salud, 2020, Gobierno de la Ciudad de México, 2020, Gobierno de México, 2020b.

Finalmente, las autoridades federales han buscado encauzar la pandemia, con medidas sanitarias específicas; de acuerdo con el principal instituto de seguridad social de México, consisten en:

> Fase 1. […] número reducido de infectados […] fuera del país. […] no hay medidas estrictas de sanidad (como cerrar fronteras o cancelar actividades normales) salvo las indicadas para prevenir la propagación como reducir el contacto físico, lavarse constantemente las manos, supervisión de casos detectados y divulgación de información pertinente […].
>
> Fase 2. […] contagios entre personas dentro del país. […] se toman medidas como suspensión de clases implementación del trabajo a distancia, cancelación de eventos masivos y cese de actividades en espacios cerrados.
>
> Fase 3. […] el virus afecta miles de personas. […] se ponen en marcha protocolos sanitarios más drásticos como la cuarentena generalizada.
>
> (Gobierno de México-IMSS, 2020).

El vocero federal para la pandemia, sin embargo, señaló que medidas como la JNSD (o la cuarentena generalizada, según el IMSS) fueron puestas en práctica desde el inicio de la fase 2 para "anticipar la llegada inevitable de la fase 3" y hacerla más manejable. Sobre esta base, podemos dividir el periodo entre el 13 de enero y el 30 de mayo en dos subperiodos: el primero "de inicio de la pandemia" se extiende del 13 de enero (fecha del primer contagio según el registro oficial sobre el coronavirus) al 23 de marzo, cuando las únicas medidas sanitarias puestas en práctica fueron las de responsabilidad individual y permanentes; el segundo subperiodo, del 24 de marzo al 30 de mayo, está marcado por las medidas colectivas, en el contexto de la Jornada Nacional de Sana Distancia.

El subperiodo del inicio de la pandemia

Durante la fase 1 del esquema oficial, la extensión de la pandemia a México se produjo a través de la importación de infecciones; para controlarlas y limitarlas, las autoridades sanitarias tuvieron ocasión de dotarse de los medios para imponer una vigilancia estricta sobre los viajeros procedentes de otros países. Esa fue una de las medidas que permitieron al gobierno taiwanés controlar temprana y rigurosamente los contagios; sin embargo, el 12 de marzo, el responsable de la Clínica de Atención Preventiva del Viajero del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM), explicaba:

> […] el AICM y los demás del país no tiene (sic) conexión directa con China; estas medidas [filtros sanitarios, medición de temperatura de viajeros, entrega de folletos, módulos de información, etc.] se toman cuando hay aeropuertos con conexión directa al país donde se originó el brote como Estados Unidos, Alemania, Italia, Francia e importante flujo a China, ahí se conectan los filtros sanitarios.
>
> […] en caso de que la situación se agrave, sí se implementarán medidas adicionales y específicas de sanidad. Debemos tener claro que el AICM cuenta con un comité en salud y emergencias sanitarias donde se reúnen las principales autoridades del aeropuerto y aerolíneas que decidirán si es necesario (W Radio, 2020).

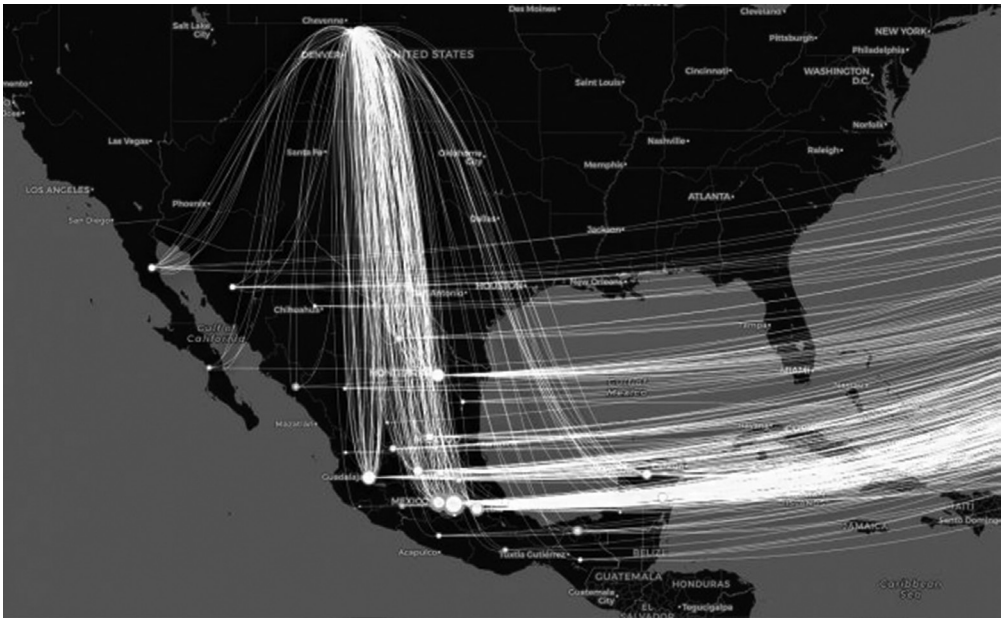
La declaración peca de ingenua, pues solo Aeroméxico mantiene vuelos directos con China; la mayoría de los viajeros desde o hacia China hace conexión en Estados

Unidos; cierto, el número de contagios no ameritaba el cierre de fronteras, pero exigía controles estrictos en todos los aeropuertos nacionales con conexiones internacionales. Ante la presión mediática, el 13 de marzo, la jefa de gobierno de la CDMX anunció la adquisición de tres cámaras termográficas para el AICM; con ellas, habría seis cámaras "que son el primer filtro para verificar si alguien está contagiado" (Hernández, 2020a). Nótese, la fiebre era considerada el primer indicio de un posible contagio. El 30 de marzo, después de una reunión del gabinete federal, el gobierno anunció "ya se están implementando los nuevos protocolos para prevenir contagios en el AICM", pero no dio ninguna precisión sobre ellos (Moreno y Morales, 2020). El 4 de abril, López Obrador anunció que, bajo el Plan DN-III-E, el ejército y la marina participarían en el programa para mitigar la pandemia. Entre las medidas, destacaban los filtros sanitarios en los aeropuertos de Tijuana, Apodaca, Guadalajara, Cancún y Ciudad de México, para detectar posibles casos de COVID-19 (Gandaria, 2020).

El control estricto de todos los aeropuertos era tanto más necesario cuanto que los contagios no llegaron de China, sino de Europa y Estados Unidos. Hacia finales de marzo, un periódico de circulación nacional publicó un gráfico animado, indicando que, entre el 5 y 10 de febrero, llegaron las primeras dos personas infectadas, procedentes de Estados Unidos; el 22 de febrero llegó una más y el 28, un viajero procedente de Italia considerado oficialmente como el primer infectado (*El Universal,* 2020a). Según el informe, el principal volumen de viajeros contagiados provenía de España, seguido de los procedentes de Estados Unidos, Italia, Francia y otros países europeos. Los puntos de entrada al país, como muestra la figura, fueron todos los aeropuertos internacionales de México (*El Universal,* 2020b), de ahí que la incorporación de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) al control de cinco aeropuertos fue una medida tardía e incompleta.

En términos sociológicos, la composición social de quienes importaron el SARS-CoV-2 a México, muestra que se trata de individuos con medios económicos para realizar viajes internacionales, de placer o de trabajo, o bien de empleados de empresas transnacionales localizadas en México. Pese a las primeras evidencias de contagios importados, el 12 de marzo, López-Gatell declaró que México no cerraría las fronteras, ni restringiría viajes internacionales a causa del coronavirus (*El Universal,* 2020c).

Figura 1. Las rutas de llegada del coronavirus a México



Fuente: *El Universal*, 2020b.

Ese fue, de toda evidencia, el primer error administrativo y, más tarde, el vocero federal señalaría que entre las medidas de "control" figuraba el "aislamiento voluntario" de los infectados; una pregunta se decanta por sí misma y consiste en saber si la ausencia de cuarentenas individuales, estrictas y obligatorias, estuvo ligada a la influencia económica y política de algunas personalidades participantes en la importación del virus y a la voluntad gubernamental de no incomodarlas; por supuesto, esa ausencia tuvo como efecto la multiplicación de los contagios locales.

A partir del día siguiente, las consecuencias de la falta de controles rigurosos en los aeropuertos empezaron a ser difundidas por la prensa; el 13 de marzo, el presidente de la Bolsa de Valores de México dio positivo en el examen de coronavirus (Cuevas, 2020) y, un mes después, la prensa anunció su consecuente fallecimiento (Hernández, 2020b). El 16 de marzo, el Comité Estatal de Seguridad en Salud de Tamaulipas dio cuenta del primer infectado en el estado: era un ciudadano malasio que trabajaba en Tampico (Aguilar, 2020). El 18 de marzo, la prensa cubrió la fiesta de cumpleaños del

propietario de la compañía José Cuervo; él, Plácido Domingo y varios personajes del mundo industrial dieron positivo en la prueba de coronavirus (Gómez, 2020).

En ese contexto, López Obrador puso de manifiesto la conducta que le ha caracterizado durante el desarrollo de la pandemia, consistente en un menosprecio por las medidas sanitarias. Sabiendo que entre los banqueros circulaba el coronavirus, mantuvo su participación en la ceremonia de clausura de la 83 Convención Bancaria, realizada en Acapulco, el 13 de marzo. Por otra parte, la economía mexicana estaba a punto de hilar su cuarto trimestre con tasas de crecimiento negativas, pero el tono de su discurso fue triunfalista: pese a las dificultades derivadas de la pandemia en la escala global, afirmó que en México, "hay condiciones inmejorables para crecer" y llamó a los representantes bancarios y empresariales a "enfrentar los momentos difíciles y de adversidad con unidad" (Jiménez *et al.*, 2020). *A posteriori*, la prensa dio cuenta del riesgo real de la reunión de banqueros: cuando menos un funcionario del Banco de México resultó infectado y otros, por precaución, optaron por aislarse (*El Universal,* 2020d).

Pese a los primeros casos, las autoridades federales y locales de la CDMX tampoco ejercieron control sobre eventos masivos programados a lo largo de marzo. El 3 de ese mes se realizó el concierto del grupo de rock Ghost, en el Palacio de los Deportes, con capacidad para 22 000 personas; el primer deceso de una persona contagiada por el SARS-CoV-2 fue registrado el 19 de marzo y, de acuerdo con los informes sanitarios, fue contagiada durante el concierto; la prensa, además, informaba de un segundo infectado (*El Universal,* 2020e).

Las manifestaciones masivas del 8 de marzo, por el Día Internacional de la Mujer no fueron prohibidas y, en la Ciudad de México, el 13 de marzo, Claudia Sheinbaum, jefa de gobierno, anunció "no habrá suspensión o cancelación de eventos masivos como el Vive Latino" (Hernández, 2020a). La noche de ese día, el grupo musical Soda Stereo se presentó en el Foro Sol, con capacidad para 65 000 personas, casi lleno; después de la presentación, el grupo decidió responsablemente cancelar el resto de su gira por el continente americano (Telehit, 2020).

El 14 de marzo, en el mismo escenario, dio comienzo el festival *Vive Latino*, un festival musical masivo realizado cada año, durante dos días consecutivos; pese a la autorización del gobierno de la CDMX, cuando menos 12 agrupaciones musicales cancelaron sus presentaciones; el primer día del evento, López-Gatell anunció la asistencia de 40 000 personas y la colocación de filtros sanitarios para medir la

temperatura de los asistentes. Reconoció que 27 tuvieron fiebre, pero "a ninguna se le detectó COVID-19" (Ortiz, 2020a, párr. 2). La conclusión no deja de ser contradictoria, pues, en el AICM, la temperatura era el criterio para indagar posibles casos de COVID-19; en cambio, en el festival, la temperatura fue descartada como síntoma.

El mismo fin de semana, 14 y 15 de marzo, en el Foro Pegaso de la vecina ciudad de Toluca, tuvo lugar el festival Hell and Heaven; algunas bandas también cancelaron sus presentaciones y las autoridades estimaron la asistencia en 47 000 y 35 000 personas cada día; la prensa dio cuenta de la ausencia de gel desinfectante, cubrebocas y guantes de látex, durante el festival (Luna, 2020).

Y llegó el "puente" de los días 14, 15 y 16 de marzo, por el natalicio de Benito Juárez. Los medios registraron la afluencia de turistas en el estado de Guerrero, con una ocupación hotelera de 90.0% en Ixtapa-Zihuatanejo; 92.7% en Acapulco; 99.2% en Taxco. Las autoridades sanitarias de Acapulco informaron haber detectado siete casos sospechosos de infección viral; uno era originario de Fresno, California, y otro, de Valencia, España; en una familia proveniente de Argentina, un caso resultó positivo, debido al contacto con infectados residentes en el país de origen (Palma, 2020).

Dos temas resaltaron: por un lado, la imprudencia de una población bombardeada permanentemente por las campañas sanitarias, que optaba por las aglomeraciones a pesar de los riesgos; por otro, la reticencia de las autoridades federales para tomar medidas drásticas con respecto a los centros turísticos del litoral (este, en general, y las playas, en particular, están bajo su jurisdicción); sin embargo, sabiendo que el puente del 14-16 de marzo provocaría movilizaciones masivas, las autoridades federales se abstuvieron de tomar cualquier iniciativa. ¿Desconocimiento de una administración inexperta? ¿Olvido? ¿Voluntad de no dañar actividades económicas críticas? En todo caso, quedó sentado un precedente que sería repetido más tarde.

Finalmente, el 16 de marzo, el gobierno de Guatemala decidió cerrar sus fronteras (*El Economista,* 2020b); el 20, el gobierno estadounidense hizo lo mismo, aunque el gobierno mexicano negoció, en el último momento, un cierre coordinado para actividades consideradas no esenciales (*Informador,* 2020); el 21, las autoridades de Belice también cerraron sus fronteras (Vázquez, 2020). Canadá y los gobiernos europeos y sudamericanos suspendieron las conexiones aéreas con México y, pese a la voluntad expresa de no cerrar las fronteras, el país quedó pasivamente aislado.

Hacia mediados de junio y en medio de críticas virulentas contra la estrategia gubernamental para controlar la pandemia, López-Gatell afirmó: "esta epidemia fue importada a partir de grupos sociales de alta capacidad económica, financiera, de grupos sociales adinerados del país"; añadió: "esto no lo digo en forma peyorativa o por crear una segmentación innecesaria, sino porque existe una realidad constatada de que la importación ocurrió en personas con tenían capacidad económica" (Álvarez, 2020,); esta era una afirmación irrefutable; pero en el contexto del subperíodo inicial de la pandemia, resultaba una media verdad; la otra mitad de la verdad era la ausencia de controles sanitarios en todos los aeropuertos con conexiones internacionales y la inacción de las autoridades federales y locales que autorizaron eventos masivos cuando el SARS-CoV-2 ya circulaba en el país. A partir de entonces, fue cuestión de tiempo para la multiplicación de contagios locales y para que el gobierno decretase la fase 2 de su programa de acción.

El inicio oficial de la fase 2, hasta cierto punto, fue resultado de presiones sociales, más que de una voluntad previsora del gobierno. En efecto, desde los primeros días de marzo, diversas instituciones empezaron a limitar o a suspender las actividades colectivas. El 3, Citibanamex canceló la reunión plenaria de consejeros programada los días 5 y 6 (Hernández, 2020c). El 5, la Suprema Corte de Justicia de la Nación anunció la cancelación de los actos públicos y la realización de las sesiones sin público, pero transmitidas por el circuito de televisión (Lastiri, 2020). El 12, el gobierno de Oaxaca anunció la cancelación del Rock and Roll Half Marathon, conminó al sector privado a no realizar "eventos masivos" e invitó a toda la población a "desistir de estar en eventos públicos" (Miranda, 2020). Ese mismo día, instituciones de educación superior anunciaron medidas sanitarias: el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey informó la cancelación de clases presenciales y de actividades académicas colectivas en todos sus campos, a partir del día 17. La Universidad Tec Milenio de Reynosa suspendió las actividades académicas presenciales. La Universidad Autónoma de Aguascalientes y la Universidad de Guanajuato cancelaron las actividades colectivas masivas, así como todas las iniciativas de movilidad académica, nacionales e internacionales. La Universidad Nacional Autónoma de México redujo la cantidad de eventos masivos en lugares cerrados e informó la posibilidad de suspender actividades presenciales (Mayen, 2020). El 14 de marzo, la Secretaría de Educación Pública decidió cancelar las actividades deportivas y cívicas en todas las escuelas (*El Universal,* 2020f). La Conferencia del Episcopado Mexicano también recomendó suspender

los servicios religiosos en la Iglesia católica mexicana (Moreno, 2020). Se trataba de medidas a medias, para tratar de responder a la problemática sanitaria.

El mismo día, en la Cámara de Diputados, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) exigió a López Obrador poner en práctica el aislamiento ante la presencia del coronavirus en el país; la solicitud tenía como finalidad "evitar contagios y colapsos mayores a los previstos. […] de no hacerlo, habrá incapacidad para atender a todos los enfermos que se desencadenen en México por la pandemia de la COVID-19" (Jiménez, 2020, párr. 1); se trataba de una de las primeras advertencias sobre el riesgo de colapso del sistema de salud ante una difusión acelerada del virus. Algún representante del partido fue más lejos; evocando la situación de emergencia creada por el sismo de septiembre de 1985, indicó:

> El gobierno federal burocratizado, incapaz de reconocer la realidad, fue rebasado por la sociedad civil. Ese es un hecho político registrado en la historia que condenó y reprobó a un régimen inhábil para proponer y actuar. Y me parece que López Obrador, López-Gatell y Jorge Alcocer viven un momento muy similar: la sociedad civil los viene rebasando (Jiménez, 2020).

El diputado del PRD tenía razón: las instituciones civiles tomaron la iniciativa de poner en práctica el aislamiento social; en ese marco, el gobierno federal y el de la CDMX reaccionaron de manera diferenciada:

1. La Secretaría de Salud, a través de López-Gatell, el 14 de marzo recomendó a las instituciones públicas y privadas reprogramar reuniones de más de 5 000 personas, suspender las actividades no esenciales y permitir a los empleados el trabajo en casa, cuando esto fuera posible, a partir del 23 de marzo (Ortiz, 2020b).
2. El gobierno de la CDMX reaccionó en dos tiempos: el 15 de marzo, la jefa de gobierno anunció "la suspensión de actividades que congreguen más de mil personas organizadas por la administración y las alcaldías, la sanitización en el transporte público, pruebas [de COVID-19] a domicilio, capacitación de México y el reforzamiento de la Unidad de Sanidad Internacional en el aeropuerto" (Hernández, 2020d, párr. 1). Se trataba de restringir las actividades organizadas por el mismo gobierno, no de una restricción general en el ámbito de la CDMX. Para corregir esta limitante, el día siguiente, Sheinbaum precisó que, "a partir de

esta semana, todos los eventos del ámbito público y privado que congreguen más de mil personas quedarán suspendidos" (Corona, 2020).

3. El presidente de la República, el 15 de marzo declaró vagamente que "ante las pandemias, el país saldrá adelante porque 'cuando no hay corrupción el presupuesto rinde'" (Villa y Caña, 2020a); por primera vez, López Obrador recurría a su combate contra la corrupción como la respuesta a todos los males del país, incluida la pandemia. Dos días después, insistió en que su gobierno "tiene el apoyo de la sociedad mexicana que es lo más importante y vamos a enfrentar esta circunstancia especial, esta epidemia. ¿Dónde está nuestra fortaleza? En nuestro pueblo y su cultura. ¿Qué no han resistido los mexicanos en su historia? Todo: invasiones, inundaciones, terremotos, epidemias, gobiernos corruptos, y estamos de pie" (Villa y Caña 2020b). Las declaraciones del 20 de marzo fueron más precisas: externó su desacuerdo con las medidas de aislamiento al expresar de manera categórica "no debemos paralizarnos". Declaró estar "tranquilo, hay gobernabilidad, tenemos reservas, muchísimo dinero, porque hemos administrado bien, porque hay finanzas públicas sanas, porque no hay corrupción y porque no hay gastos superfluos, innecesarios" (Villa y Caña, 2020c).

Cinco actitudes diferentes dejan entrever las intenciones de los principales actores políticos y sociales: *1)* López Obrador, preocupado por la recesión que se mantenía por cuarto trimestre consecutivo, no tenía interés en suspender actividades que profundizarían la crisis económica generada por la política de austeridad republicana, practicada por su administración; *2)* el epidemiólogo, contando con información de primera mano sobre la pandemia, optó por retrasar las medidas de aislamiento social para no incomodar a su jefe; *3)* la jefa de gobierno de la CDMX sensible a las presiones sociales, con precaución para no herir la susceptibilidad del jefe de Estado y líder moral de su partido, emprendió las primeras medidas de distanciamiento social; *4)* los gobernadores estatales en continua confrontación con el gobierno central impidieron una acción coordinada; *5)* la población imprudente, dispuesta a correr riesgos con tal de pasar un buen momento, siguió desplazándose sin importarle diseminar el virus. En términos generales, este juego de fuerzas, una y otra vez, ha determinado la evolución de la política para administrar la pandemia.

Un elemento adicional es el funcionamiento de los representantes del movimiento político oficial como cámara de reverberación para respaldar todas las decisiones del

gobierno federal; así, el 12 de marzo, Ricardo Monreal Ávila, presidente de la Junta de Coordinación Política del Senado, cumplió con los viejos rituales priistas: "el gobierno está tomando las decisiones correctas. La OMS y organismos internacionales de la salud, han señalado que México ha actuado de manera correcta. Como dijo ahora el presidente, (hay que) apegarse a la ciencia"; también afirmó que "se debe priorizar la salud de los mexicanos y las mexicanas por encima de todo". Hasta ahí, no hay falla lógica. Pero Monreal Ávila externó sus comentarios cuando el virus ya circulaba en la sociedad mexicana y, por razones económicas, el gobierno federal favorecía los encuentros masivos; en ese contexto, llama la atención el anuncio sobre el funcionamiento del Senado: "vamos a suspender actos masivos, foros nacionales o internacionales, incluso interparlamentarias en Europa y Asia o en México, que sean reuniones de carácter internacional… Yo no puedo decir cuándo estará erradicado el virus, pero el Senado ya no va a permitir eventos en sus instalaciones" (Canchola y Arvizu, 2020). La cancelación de las actividades del Senado era una censura política a la renuencia del gobierno federal a tomar medidas estrictas de aislamiento social.

El subperiodo de la jornada nacional de sana distancia

En ese contexto de presión social, el 24 de marzo, el gobierno federal transitó a la fase 2 de su política sanitaria, cuando el número de contagios diarios era de 164 y el total acumulado de 1 111 (véase gráfica 1); de acuerdo con el gobierno, la fase 2 estaba caracterizada por la puesta en práctica de medidas sanitarias temporales y de responsabilidad colectiva para mitigar la difusión de los contagios. El 20 de marzo, el director general de promoción de la salud de la Secretaría de Salud presentó el programa JNSD, con vigencia del 23 de marzo al 19 de abril (*Mediotiempo,* 2020) y constituida por siete componentes: *1)* Definición de espacios público, social, personal e íntimo. *2)* Incremento en las medidas básicas de prevención. *3)* Suspensión temporal de actividades escolares. *4)* Suspensión temporal de actividades no esenciales. *5)* Repliegue familiar en casa. *6)* Reprogramación de eventos de concentración masiva. 7) Protección y cuidado de personas adultas mayores (Marca Claro, 2020a).

López-Gatell, desde el 14 de marzo, propuso suspender reuniones de más de 5 000 personas y las actividades no esenciales a partir del 23 del mismo mes; la JNSD dio concreción a esa propuesta al decretar la cuarentena para quienes no participaran

en actividades esenciales. Todo mundo esperaba el inicio de la fase 2 de la política sanitaria el 23 de marzo; sin embargo, fue hasta la conferencia matutina del 24 de marzo, cuando López-Gatell anunció el inicio de la fase 2 de la política sanitaria: "Teníamos una transmisión lenta, hasta que se llega a un punto de inflexión donde la curva de contagio sube, en México todavía no llegamos a este y por eso la oportunidad de México para contener el contagio, el momento es este y por eso queremos declarar la fase 2" (*El Economista,* 2020a). El cambio de fecha fue interpretado como sumisión a la voluntad presidencial deseosa de estar presente, sin comprometer su capital político. Aun así, López-Gatell tenía razón: pese a los errores cometidos en materia de controles aeroportuarios, de seguimiento estricto de los contagios y de suspensión de eventos masivos, los contagios eran pocos y podían ser controlados. En consecuencia, la fase 2 debe entenderse como una medida política no solo para anticipar la agudización de la pandemia, sino para hacerla más manejable. La decisión razonada y razonable de poner en marcha la JNSD, sin embargo, estuvo acompañada por otra que terminó limitándola: "López-Gatell aseguró que hasta el momento no se prevé en México tomar medidas extremas que vulneren las garantías de la población" (*El Economista,* 2020a).

Fuera del ámbito gubernamental, esa posición parece obedecer a tres razones: primero, la voluntad de López Obrador de no aparecer como un jefe de Estado autoritario, como lo fueron sus antecesores en crisis sociales clave (la guerra contra el narcotráfico de Calderón Hinojosa y la matanza de Ayotzinapa durante la administración de Peña Nieto, por citar solo las más representativas); segundo, la política de austeridad de la administración federal que fundamentó el rechazo de López Obrador de auxiliar económicamente las empresas en dificultades para garantizar el mantenimiento de los empleos; tercero, la necesidad de no restringir la movilidad física de la masa de mexicanos que debe ganarse diariamente los medios de vida.

Pero esa laxitud también dio pie a la reproducción en una escala ampliada de la movilización de la población de los grandes centros urbanos hacia los centros vacacionales en las playas, durante la celebración de la Semana Santa (del 5 al 11 de abril), en plena JNSD. Ante la ausencia de una decisión federal sobre el cierre de las playas, solo algunos gobiernos estatales decidieron su clausura temporal. El gobernador de Baja California Sur prohibió el acceso a ellas porque "los hoteles en todo el país cerrarán temporalmente por disposición de la Secretaría de Salud"; e indicó que

"habrá tolerancia hasta el domingo 5 de abril para que se retiren los huéspedes. El día 6 deben estar cerrados" (Índigo Staff, 2020). El lector notará la contradicción: la iniciativa estatal apuntaba al cierre de hoteles, pero no al de las playas. En otros casos, las autoridades municipales promovieron cerrar estas, como sucedió el 1 de abril, en Cancún, el principal centro turístico internacional: "el gobierno municipal de Cancún anunció esta noche que las playas estarán cerradas hasta nuevo aviso […]; ninguna persona… deberá visitarlas para fines recreativos, comerciales o de descanso […]" (*El Universal,* 2020g). Con frecuencia, la decisión fue tomada por las comunidades locales en las costas de Nayarit, Jalisco, Colima, Guerrero y Oaxaca (Arce, 2020).

De nueva cuenta, sobresalen: primero, la ausencia de una iniciativa federal sobre el acceso a las playas; segundo, su sustitución por decisiones locales, en las escalas estatal o municipal; tercero, la imprudencia de la población que rompió la cuarentena y creó condiciones favorables para la difusión del virus. La violación de la cuarentena habría de repetirse en las iglesias donde es venerado san Judas Tadeo, en los lugares dedicados al culto de san Caralampio o de la santa muerte. Con frecuencia, las calles fueron cerradas ahora por personal sanitario que protestaba por la carencia de insumos de calidad para atender personas contagiadas, luego por los familiares de enfermos hospitalizados. En los barrios populares pululaban personas que consideraban el virus una invención gubernamental, rehusaban la hospitalización por temor a la extracción del líquido sinovial para su posterior venta, estaban convencidas de la propagación del virus mediante drones o las instalaciones 5G de telefonía.

En resumen, las garantías civiles fueron usadas para justificar un aislamiento social no obligatorio, creando las condiciones para la masificación de los contagios. En respuesta, el 21 de abril, cuando el número diario de contagios era de 1 320 y el total acumulado de 15 872 (véase gráfica 1), López-Gatell anunció el comienzo de la fase 3 de la epidemia. Las medidas más importantes fueron la extensión de la JNSD, y la suspensión de actividades no esenciales hasta el 30 de mayo (Gobierno de México, 2020c); con ello, el programa de aislamiento social, que debía durar 27 días, fue prolongado 42 días más, para una extensión total de 69 días.

La administración de la CDMX adoptó medidas que, para reducir los contagios, debieron ser impuestas desde el inicio de la fase 2. El mismo 21 de abril, la jefa de gobierno anunció la extensión extraordinaria del Programa Hoy no Circula a todos los automóviles, excepto los domingos (*Marca Claro,* 2020b); a partir del 23 de abril, ordenó el cierre de 38 estaciones del Metro, 47 del Metrobús y cuatro del tren ligero

(*Marca Claro,* 2020c). Las decisiones eran pertinentes, pero tardías; los contagios ya eran masivos.

El 3 de mayo, la extensión de los contagios llevó al gobierno capitalino a identificar 89 zonas de alto contagio; entre ellas figuraban siete mercados (entre los cuales estaban la Central de Abasto y la Nueva Viga), 51 de las 191 estaciones del Metro y 31 centros de trasbordo metro-autobús (Google.com, s.f.). Ante la inexorable intensificación de los contagios, el 12 de mayo, la administración de la CDMX cerró 38 de los 329 mercados públicos formales (*El Demócrata,* 2020); dos días después, las alcaldías de la CDMX cerraron 465 mercados formales e informales; la nota periodística citaba el comentario del líder de comerciantes en mercados informales en dos de las alcaldías: "la suspensión [en Tlalpan y Coyoacán] afectará a 2 100 comerciantes, pero aclaró que fue una decisión consensuada ante posibles contagios por el virus"; además, formuló un juicio sobre la (im)pertinencia de las medidas administrativas: "Nos hubiera gustado que las decisiones y reglas en los tianguis se endurecieran desde el principio, ya que también se han presentado contagios y muertes a causa del virus" (Corona, 2020b, párr. 10). Poco a poco, esta última idea se ha extendido entre capas populares que *a posteriori* consideraban mal menor un aislamiento estricto, pero de poca duración, pues la extensión temporal del aislamiento terminó minando la economía de amplios sectores sociales.

En efecto, las condiciones laborales de la población mexicana fueron parte de la segunda causa del fracaso de la estrategia sanitaria gubernamental. La información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), mediante la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOE) de marzo de 2021 es sintetizada en el cuadro 1 y muestra el impacto socio-económico de la JNSD.

El primer aspecto del cuadro 1 es la reducción del número de personas ocupadas (o empleadas) de 55.8 a 43.3 millones de personas (MP), entre marzo y abril; el impacto inmediato fue la pérdida de 12.5 millones de empleos (-22.4% de los empleos existentes en marzo); la cifra incluye empleos formales e informales y, en consecuencia, difiere de las presentadas por López Obrador en sus conferencias, en la medida en que este suele referirse al movimiento en los empleos formales, registrado por el IMSS.

Pese a la JNSD y a las restricciones para actividades económicas no esenciales, 77.6% de las personas ocupadas siguieron trabajando. Para medir el efecto real

de la cuarentena, necesitaríamos conocer el número de personas empleadas en las actividades esenciales y autorizadas a seguir laborando; *a priori*, el mantenimiento de más de tres cuartas partes de la población ocupada en actividades productivas es una proporción muy alta y otro indicio de las fallas de la cuarentena laxa.

Cuadro 1. Población total y de 15 años y más, según condición económica, en millones de personas

	Marzo	Abril	Mayo
Población total 2020			120.1
Población 15 y más	96.1	95.6	95.9
Económicamente Activa	57.4	45.4	45.5
Ocupados	55.8	43.3	43.6
Desocupados	1.7	2.1	1.9
No Económicamente Activa	38.7	50.2	50.4
Disponibles	5.9	20.0	19.4
No Disponibles	32.8	30.2	31.0

Fuente: INEGI, 2021. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOE) de marzo de 2021.

La desmovilización laboral de 12.5 millones de personas es preocupante; pero si tenemos en cuenta su efecto social, la preocupación es mayor: en marzo, el índice de dependencia bruta era 1.15 personas que no trabajan por cada persona ocupada; en abril, el índice había aumentado a 1.77 personas y la pérdida de empleos afectaba 34.7 MP (12.5 desempleados+22.2 dependientes o 28.9% de la población total). Durante el mes de mayo, hubo un incremento de 300 000 personas ocupadas; este es otro indicio de la presión ejercida por el confinamiento sobre las personas para volver a emplearse y recuperar medios de subsistencia.

El cuadro 2 resume el impacto del confinamiento sobre la población ocupada en tres dimensiones: la posición en la ocupación de las personas, el tamaño de las unidades económicas de adscripción y el nivel de ingreso de los individuos. Para los fines de nuestro trabajo, interesan las variaciones entre marzo y abril, en la medida en que evidencian las repercusiones de la cuarentena sobre la población empleada.

En relación con la incidencia del confinamiento sobre la posición en la ocupación, tomemos en cuenta el predominio de trabajadores remunerados y trabajadores por

cuenta propia; entre marzo y abril, los primeros pasaron de 38.8 a 32.4 (-6.4) MP y los segundos de 12.0 a 7.7 (-4.3) MP; en conjunto acumularon 10.7 de los 12.5 MP que perdieron empleos.

Por tamaño de la unidad económica, las mayores pérdidas de empleos fueron registradas por los micro establecimientos (-8.1 MP) y por los pequeños establecimientos (-2.3 MP); las cifras contrastan con las presentadas por López Obrador, las cuales apuntaban a una mayor pérdida de empleos en las unidades grandes. Esto indicaría un funcionamiento dual del mercado de trabajo con un mercado formal afectado principalmente en las grandes empresas y el conjunto del mercado laboral, afectado mayormente en las micro y las pequeñas empresas del sector informal.

La pérdida de empleos por nivel de ingreso fue particularmente pronunciada en los grupos remunerados con más de un SM hasta 2 SM y con más de 2 y hasta 3 SM; el primer grupo perdió -5.1 MP y el segundo, -2.6 MP; para los demás grupos, las pérdidas fueron similares en términos absolutos; pero en términos relativos, destaca el grupo sin ingresos, con una pérdida de empleos superior a 50% de los existentes en marzo.

Cuadro 2. Impacto de la pandemia sobre diferentes sectores de la población ocupada, en **millones de personas**

	Marzo	Abril		Mayo	
	Total	Total	Δ mensual	Total	Δ mensual
POBLACIÓN OCUPADA	55.8	43.3	-12.5	43.6	0.3
Por posición en la ocupación					
Empleadores	2.8	2.3	-0.5	2.0	-0.3
Trabajadores remunerados	38.8	32.4	-6.4	31.5	-0.9
Trabajadores no remunerados	2.1	0.8	-1.3	1.8	1.0
Trabajadores por cuenta propia	12.0	7.7	-4.3	8.3	0.6
Por tamaño de unidad económica					
Gobierno y otros	5.4	5.9	0.5	5.9	0.0
Grandes establecimientos	5.1	3.8	-1.3	3.5	-0.3
Medianos establecimientos	5.5	5.0	-0.5	4.7	-0.3
Pequeños establecimientos	8.5	6.2	-2.3	5.6	-0.6
Micro establecimientos	22.8	14.7	-8.1	16.5	1.8
Otros	8.5	7.7	-0.8	7.4	-0.3

Continúa...

Cuadro 2. Impacto de la pandemia sobre diferentes sectores de la población ocupada, en **millones de personas**

Por nivel de ingreso					
Sin ingreso	2.678	1.256	-1.423	2.224	0.968
Hasta un SM	12.276	11.171	-1.105	11.205	0.034
Más de 1 a 2 SM	20.200	15.112	-5.088	14.344	-0.767
Más de 2 a 3 SM	8.928	6.322	-2.606	5.537	-0.785
Más de 3 SM	5.747	4.503	-1.244	4.404	-0.100
n.e.	5.971	4.936	-1.034	5.886	0.950

n.e.: no especificado

Fuente: INEGI, 2021. Principales resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOE) de marzo de 2021

En resumen, durante abril, el sector de trabajadores asalariados, ocupados en micro y pequeños establecimientos y con remuneraciones entre más de un SM y hasta 3 SM, fue el más afectado por el confinamiento sanitario. El peso enorme de las actividades informales explica este proceso: el número de empleados formales se redujo en 2.1 MP, mientras y el de trabajadores informales, en 9.3 MP. Es válido suponer que una buena proporción de la población que se mantuvo ocupada durante abril y que no estaba empleada en actividades esenciales contribuyó a la masificación de los contagios.

El cuadro 1 muestra los cambios en la población no económicamente activa, pues, en primera instancia, el impacto en ella fue todavía más grave: el número de personas disponibles pasó de 5.9 a 20.0 MP, +14.1 MP, entre marzo y abril; entre abril y mayo, el cambio fue de -0.6 MP, indicando una mayor propensión para trabajar por parte de la población disponible, debido a las dificultades para soportar la extensión de la cuarentena, más allá del plazo inicial.

Las encuestas del INEGI indican cambios significativos entre las diversas subcategorías de esos 20.0 MP y 19.4 MP registrados en abril y mayo; de acuerdo con la Encuesta Telefónica sobre Ocupación y Empleo (ETOE) del INEGI, aplicada en mayo:

- Las personas que dejaron el trabajo antes de marzo (previo al inicio "oficial" de la pandemia) eran, en abril, 5.8 MP pero, en mayo, la cifra se había reducido a 5.0 MP; es decir, 800 000 personas se habían movilizado para buscar trabajo;

esto confirma las presiones de la pandemia sobre las economías familiares y la propensión de sus integrantes para romper la cuarentena.
- Las personas que dejaron el trabajo en abril, durante la JNSD eran 9.5 MP; sin embargo, en mayo (durante la extensión de la JNSD), eran 6.5 MP; esto significa que, de los desmovilizados en marzo, 3 MP habían vuelto a buscar empleo, en mayo.

La ETOE aplicada en junio completa la información: la población que dejó el trabajo en abril eran 3.5 millones de personas; en mayo, eran 4.6 MP (+1.1 MP); si a estas sumamos quienes dejaron el trabajo en mayo (+1.2 MP), en abril, 2.3 MP trabajaban en actividades no esenciales y las presiones oficiales terminaron por desmovilizarlas durante ese y el siguiente mes.

Los 3.8 MP que abandonaron la categoría "disponible para trabajar", durante marzo y abril, ilustran las presiones para romper la cuarentena, con el fin de buscar un empleo remunerado y garantizar la subsistencia familiar. En sentido contrario, la incorporación de 2.3 MP que dejaron el trabajo en abril y en mayo da cuenta de la laxitud de las medidas de mitigación de la pandemia: la suspensión laboral tardía de estos grupos confirma su inserción en actividades no esenciales.

Para profundizar en las características socioeconómicas de las personas incluidas en la clasificación "disponibles para trabajar", el INEGI propone otras dos subclasificaciones:

1. "No ausentes del trabajo": el concepto se refiere a aquellas personas suspendidas a causa de la cuarentena, con la seguridad del empleo y de las remuneraciones económicas; en abril, este grupo sumaba 8.7 MP y, en mayo, se elevó a 9.9 MP y era el que estaba en mejores condiciones para soportar la cuarentena.
2. "Ausentes del trabajo sin vínculo laboral": la noción ha sido utilizada para las personas en suspensión laboral temporal, sin recibir ningún ingreso; esta es, por supuesto, una población en situación económica extremadamente frágil, siendo la más propensa a romper la cuarentena. La encuesta de abril daba cuenta de 11.3 MP incluidas en esta subclasificación; la de mayo, notificaba una reducción a 9.5 MP; es decir, 1.8 MP abandonaron este grupo, para buscar trabajo.

Obviamente, para los integrantes de este último subgrupo, así como para aquellos que habían sido confinados en la primera fase de la JNSD, mientras más corta y efectiva fuera la cuarentena, más rápido podrían volver a buscar un trabajo remunerado, sin riesgos sanitarios; mientras el aislamiento fuera más laxo, podría ser más prolongado y la urgencia de encontrar un trabajo sería cada día más apremiante, obligando los individuos a buscar empleo, pese al riesgo sanitario. El juego de estos factores en la población económicamente activa y en la no económicamente activa contribuyó al fracaso de una cuarentena de excesiva duración y de la estrategia para mitigar los contagios y los decesos.

Conclusiones

De acuerdo con López-Gatell, el primer ciclo de la pandemia terminaría cuando se hubiera "agotado 95%" del máximo de contagios diarios; la reactivación de la economía fue iniciada el 1 de junio; ese día, el número de contagios fue 5 109 (con un total de 118 282 contagios acumulados, de acuerdo con la gráfica 1). En el momento de escribir las conclusiones del presente capítulo (23 de julio), la cifra era de 8 438 (con un total de 370 712 contagios acumulados) y 41 908 decesos. Los incrementos corroboran el fracaso de la estrategia gubernamental.

Las condiciones para poner en práctica las medidas sanitarias (tanto las permanentes de responsabilidad individual, como las temporales de responsabilidad colectiva) explican, en parte, ese descalabro administrativo; han estado determinadas por el afán de López Obrador de preservar su prestigio político personal, erosionado por la recesión económica resultante de su política de austeridad y agravada por la paralización de la economía global. El tema merece, por sí mismo, un análisis riguroso; por ahora, nos limitamos a señalarlo como la causa, en última instancia, de la debacle de la política sanitaria. La conducta de una población integrada a un mercado laboral frágil y desobediente de las recomendaciones sanitarias fue un segundo factor determinante del desastre sanitario; en este terreno, de nueva cuenta, un López Obrador renuente a usar el cubrebocas y a ejercer personalmente el distanciamiento e interesado, primero, en no paralizar la economía y, después, en reactivarla lo más pronto posible, es símbolo de la indisciplina individual que, reproducida por la población, ha contribuido al fracaso de la estrategia sanitaria gubernamental.

Múltiples cuestiones han influido sobre el curso de la pandemia y todavía necesitan ser estudiadas: la capacidad gubernamental de poner en pie una infraestructura hospitalaria improvisada para atender la emergencia sanitaria; las divergencias manifiestas desde la primera fase de la pandemia, entre el gobierno federal y la administración de la CDMX: aquél considerando el país como si fuera homogéneo y sujeto a las mismas restricciones sanitarias; esta estimando las especificidades de la capital y la necesidad de responder sanitariamente a esas peculiaridades (a la larga, estas divergencias ser irían acentuando, hasta convertirse en fricciones evidentes entre el vocero para la pandemia y la jefa de gobierno de la capital); los choques políticos entre la administración federal (autodeclarada como única autoridad sanitaria facultada para intervenir) y los gobiernos estatales (sin espacio de maniobra sanitaria a causa de los decretos que permitieron al gobierno federal monopolizar la política sanitaria); el papel de los partidos políticos como meros espectadores del desarrollo de la pandemia y de las muertes resultantes; la influencia de los patrones culturales de las capas sociales sobre las conductas personales y colectivas de sus integrantes.

Para terminar, hemos de señalar que, con la reanudación de las actividades económicas, el gobierno federal dio por concluida la política sanitaria tendiente a mitigar los contagios y a limitar el número de decesos. A partir del 1 de junio, el criterio político prevaleciente es esperar que el libre desarrollo de los contagios permita alcanzar rápidamente la inmunidad de rebaño, tal como lo afirmó el 30 de ese mes, el segundo vocero gubernamental para la pandemia: "este grupo de personas que, en este momento, son inmunes a la enfermedad, […] podrán contribuir más adelante, con los que se sigan incrementando, a esta inmunidad de rebaño que se quiere lograr en un futuro próximo" (Gobierno de México, 2020d).

CAPÍTULO III

DE LA AUSTERIDAD A LA RECONVERSIÓN HOSPITALARIA: LOS CLAROSCUROS DE LA ADQUISICIÓN DE RESPIRADORES

Más que un tópico recurrente en el discurso de Andrés Manuel López Obrador, la lucha contra la corrupción es la principal respuesta a casi todos los males heredados y no resueltos por su administración. El recurso frecuente a ella, la ha transformado en la finalidad política por excelencia y, como consecuencia, la "austeridad republicana" ha sido elevada del rango de medio necesario para erradicar la corrupción al de dogma administrativo utilizado para hacer realidad la Cuarta Transformación (4T).

Durante 2019, medidas "anticorrupción" como la eliminación de plazas de confianza en el sector público, de los salarios pagados a los funcionarios públicos y de gastos considerados superfluos (seguros de gastos médicos, vehículos de transporte, fideicomisos usados para financiar instituciones paraestatales, etc.) tuvieron como saldo una reducción importante del balance del sector público, en relación con los balances programados para 2019 y 2018.

> El balance del Sector Público presentó un déficit de 398 mil 356 millones de pesos (1.6% del PIB), monto inferior en 105 mil 485 millones de pesos al proyectado originalmente de 503 mil 841 millones de pesos (2.0% del PIB) e inferior al déficit público registrado en 2018 de 494 mil 982 millones de pesos equivalente a 2.1% del PIB (Rodríguez, 2020, párr. 11).

En 2019, el "ahorro" o la reducción del déficit programado por un monto de 105 485 millones de pesos tuvo un impacto directo sobre el desempeño de la economía a lo largo del año: en el primer trimestre (t1), el PIB registró un crecimiento de 0.2%; durante los t2 y t3, la tasa de crecimiento fue de (-0.2%) y, en el t4, disminuyó a (-0.6%), instalando a México en recesión económica; esta se agudizó durante el t1 de 2020, cuando la tasa de crecimiento del PIB fue de (-1.2%) (Banxico, 2020).

La pandemia de la COVID-19 llegó en un momento difícil para las empresas y la población asalariada; López Obrador, sin embargo, la calificó crípticamente como

un "anillo al dedo", para sus fines político-administrativos. Ahora bien, en términos gubernamentales, el sector salud fue particularmente afectado por las políticas de gasto público aplicadas, cuando menos, por las administraciones de Peña Nieto y de López Obrador. La gráfica 1 muestra la evolución tanto del gasto público en salud como la estimación del crecimiento de la población total del país. A partir de ella, podemos destacar los siguientes aspectos relevantes:

Primero, pese a las críticas actuales contra la administración de Felipe Calderón Hinojosa, un acierto de esta es haber mantenido la tendencia hacia el incremento del gasto público en salud hasta 2012 cuando alcanzó una proporción de 2.9% en relación con el PIB; se trató del máximo histórico y el primer año de la administración de Peña Nieto puede ser inscrito en la inercia de esa tendencia, pues el gasto en salud registró la misma tasa para declinar progresivamente durante los años subsecuentes, hasta ubicarse en 2.5% del PIB, en 2018. De acuerdo con las estimaciones del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP), durante 2019 y 2020, la administración de López Obrador mantuvo la misma proporción del gasto en salud; sin embargo, las cifras corresponden al gasto programado y, como hemos visto, el gasto realizado ha sido inferior tanto en el sector salud como en otros sectores gubernamentales.

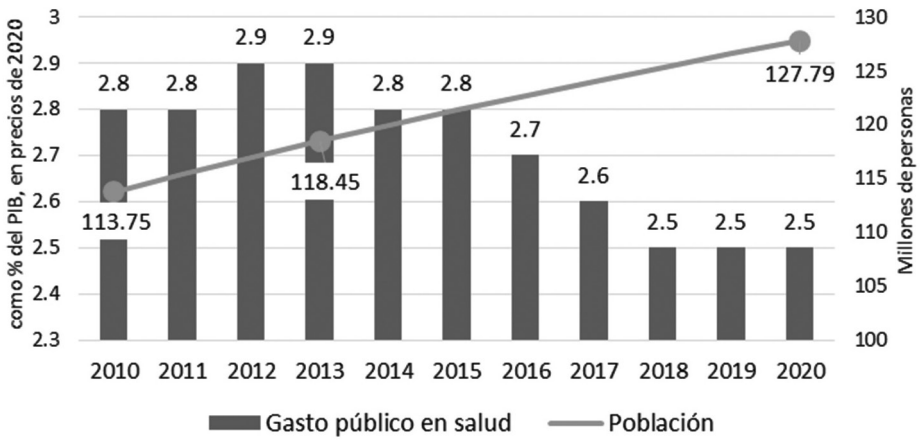
Segundo, durante 2010-2020, las estimaciones sobre el crecimiento de la población suponen un aumento de 14.04 millones de personas (MP). El punto es doblemente importante: por un lado, esa cifra equivale a la población total estimada de un país del tamaño de Zimbabue en 2020; por otro, supone un crecimiento, en términos absolutos, de las necesidades sanitarias de los habitantes de México.

Tercero, durante 2013-2020, la población total de México pasó de 118.45 a 127.79 (+9.34) MP, mientras el gasto público en salud programado se redujo de 2.9 a 2.5% del PIB; eso significa una reducción drástica del gasto en salud per cápita y un deterioro, en términos relativos, de los satisfactores de las necesidades sanitarias tanto de la población nacida antes de 2013, como de la nacida durante 2013-2020.

La gráfica 1 ha sido construida teniendo en cuenta el gasto programado en salud; pero durante 2019, la reducción relativa reflejada en la proporción de dicho gasto

con respecto al PIB es insuficiente para explicar el deterioro del sistema estatal de salud; para tener una imagen más completa del subejercicio presupuestal, debemos considerar la reducción absoluta del gasto efectivo en salud: un informe periodístico señala que, en 2019, el gasto programado para infraestructura y equipamiento de los servicios de salud era de 17 752 millones de pesos; sin embargo, debido a la política de austeridad, el gasto ejercido fue de 6 242 millones de pesos, es decir, solo 35.16% del gasto disponible (Campos y Balam, 2020). Dicho informe pone de realce las condiciones de operación en materia de programas y proyectos de infraestructura para la salud, para las tres principales instituciones públicas de seguridad social y para el ramo 33 (convenios con los estados de la federación sobre descentralización y reasignación de recursos, véase gráfica 1).

Gráfica 1. Gasto público en salud y tamaño de la población, 2010-2020



Gasto público en salud: incluye IMSS, ISSSTE, SS, PEMEX, SEDENA, SEMAR, FASSA y R19.
PIB en pesos constantes de 2020, Cuenta pública de 2010 a 2018, PEF 2019 y PPEF 2020.
Fuente: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (Méndez, 2020).

El primer aspecto que destaca en el cuadro 1 es la importancia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): la institución más importante del país y, en función de ello, su presupuesto es, de lejos, el más grande; así, su asignación programada fue de 12 240 millones de pesos, es decir, 68.95% de los fondos totales del sector salud; sin embargo, en términos absolutos, fue la institución más afectada por la austeridad, pues

el monto ejercido fue tan sólo de 3 935 millones de pesos (-8,305 MP), equivalentes a 32.15% del presupuesto aprobado.

En segundo término, resalta el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), pues aun cuando tuvo asignado un presupuesto de 1 607 millones de pesos, muy similar fue para la Secretaría de Salud (SS) con 1 503 millones de pesos; en términos relativos, fue la institución más afectada por la austeridad, en la medida en que el presupuesto ejercido fue de 307 millones de pesos, equivalente a 19.10% del presupuesto aprobado.

En tercer lugar, sobresalen la SS y el ramo 33; pese a la diferencia sustancial de los presupuestos asignados (1 503 y 2 402 MP) y ejercidos (790 y 1 210 MP), fueron menos afectadas por la austeridad: los presupuestos ejercidos representaron 52.45 y 50.37% de los aprobados.

Cuadro 1. Presupuestos aprobado y ejercido por institución, 2019 Programas o proyectos de infraestructura para salud

	a. Monto aprobado	b. Monto ejercido	c = b - a	b como % de a
Secretaría de Salud*	1 503	790	-713	52.56
imss	12 240	3 935	-8 305	32.15
issste	1 607	307	-1 300	19.10
Ramo 33	2 402	1 210	-1 192	50.37
Total	17 752	6 242	-11 510	35.16

*Incluye el presupuesto destinado a convenios con las entidades federativas, sobre descentralización y reasignación.

Fuente: Elaborado por México Evalúa con información de los apartados XIX y XX del "Anexo de Finanzas Públicas" del *Informe sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública*, del IV Trimestre de 2019. Recuperado de Campos y Balam, 2020.

En diversas ocasiones, López Obrador ha insistido en que el subejercicio del presupuesto no es tal, sino un ahorro; sin embargo, el ahorro, entendido a su manera, ha sido contraproducente para la economía en general y para el sistema de salud en particular. En este marco se inserta nuestro texto, el cual tiene como objetivo evaluar las condiciones generales en que se encontraba el sistema nacional de salud para enfrentar la pandemia de COVID-19 y los esfuerzos gubernamentales en la escala hospitalaria, para responder a las exigencias sanitarias de la pandemia del SARS-CoV-2. En ese sentido, efectuamos una primera aproximación a la reconversión hospitalaria a partir de cuatro temas

diferentes: el primero de ellos es la transformación propiamente dicha de hospitales de los niveles III y II, para atender exclusivamente enfermos de COVID-19; destacamos las condiciones en que se encontraba el sistema hospitalario en el inicio de la pandemia y comparamos la inferioridad numérica de las metas cuantitativas oficiales con la reconversión real, para formular una hipótesis: las estimaciones sobre los efectos de la pandemia en la población presentadas al público eran muy inferiores a los resultados posibles de los cálculos realizados por los funcionarios de la Secretaría de Salud. Nuestro análisis sobre la transformación de camas hospitalarias en camas de terapia intensiva para atender enfermos graves refuerza, pero no comprueba esa hipótesis.

El segundo tema es la adquisición de ventiladores para atender un número esperado de enfermos graves mucho más grande que las estimaciones presentadas al público; con esto, nuestra hipótesis arriba señalada vuelve a ganar fuerza. El análisis de los precios de compra deja en el aire preguntas sobre la permanencia de prácticas propias de las administraciones del periodo "neoliberal": tráfico de influencias, sobreprecios, comisiones para intermediarios y para funcionarios públicos, etc.; todo esto en un contexto de liberalización del mercado de insumos médicos y sanitarios promovida por López Obrador y sin que el gobierno haya llegado a dotarse de mecanismos de control.

El tercer tema es la grisalla de las adquisiciones; a través de dos ejemplos dados a conocer por organismos privados de vigilancia, analizamos la permanencia de prácticas "neoliberales" aborrecidas, en principio, por López Obrador y por los partidarios de la 4T: el tráfico de influencias, las comisiones excesivas obtenidas mediante las compras gubernamentales de ventiladores, la impunidad de los responsables de instituciones como el IMSS o de personajes influyentes y el sacrificio de chivos expiatorios. Tales fueron los casos de las compras de respiradores hechas por el IMSS a un personaje acusado de fraudes tanto en México como Estados Unidos y al hijo del director de la Comisión Federal de Electricidad. En medio de este último sainete, salió a relucir una compra poco regular realizada por el gobierno de la CDMX, sin que hubiera ninguna investigación ni mucho menos sanción alguna.

El cuarto tema de la reconversión hospitalaria es el compromiso del Conacyt para construir respiradores, con miras a asegurar la soberanía tecnológica. El embrollo generado por la directora del Conacyt volvió a poner sobre la mesa de discusiones la permanencia de las prácticas de simulación y de la ausencia de sanciones ante el incumplimiento de objetivos institucionales propuestos cuando están en juego las vidas de los ciudadanos.

En resumen, desde el punto de vista administrativo, la reconversión hospitalaria ha mostrado que la 4T implica la restauración de los vicios "neoliberales" y que el combate contra la corrupción genera serias dudas sobre los resultados alcanzados.

La reconversión hospitalaria

El 18 de marzo, en la conferencia vespertina sobre COVID-19, el director general de información en salud de la SS, presentó un balance sobre los recursos materiales y humanos disponibles en la Secretaría para enfrentar la pandemia. Uno de los temas tocados, pero no desarrollado, fue la reconversión hospitalaria, es decir, la adaptación de espacios existentes para atender las necesidades de hospitalización derivadas de la difusión del SARS-CoV-2. De acuerdo con las estimaciones de ese momento, el funcionario expuso que el sistema hospitalario podría tener una demanda de 15 000 pacientes simultáneos; de esos, entre 1 500 y 1 800 podrían requerir hospitalización e indicaba que, en ese momento, no tenían una evaluación concreta del número posible de pacientes que requerirían terapia intensiva (Gobierno de México, 2020a).

El funcionario indicó que la SS disponía de 1 553 camas de terapia intensiva, las cuales cubrían prácticamente la demanda de 1 5001 800 hospitalizados; si además, son tomadas en consideración las camas de otras instituciones de salud, el sistema estatal contaba con un total de 2 446 camas para terapia intensiva (véase cuadro 3); en esas condiciones, la demanda estimada de hospitalizaciones críticas era ampliamente cubierta con la infraestructura instalada. Sobre la "reconversión hospitalaria", señaló que los hospitales nivel III tendrían asignado un papel central, en la medida en que ofrecen atención especializada, sobre la base de personal altamente especializado y de recursos técnicos con tecnología de última generación (véase cuadro 2); por supuesto, el funcionario no excluía la posibilidad de que algunos hospitales del nivel II fuesen incorporados al programa de reconversión.

Cuadro 2. Estructura del sistema hospitalario de México

Nivel I	Promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria. Planificación familiar, tratamiento de enfermedades comunes y atención de primeros auxilios
Nivel II	Atención de las afecciones que requieran hospitalización o atención de urgencia. Intervenciones quirúrgicas y traumatológicas "básicas". Las unidades están organizadas en las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia
Nivel III	Atención especializada (servicios médicos que combinan procedimientos clínicos o quirúrgicos, con tecnología de última generación), aunada a actividades de investigación básica o clínica. Incluye los 12 institutos nacionales de salud

Fuente: *El Universal,* 2020a.

En la misma conferencia, el funcionario de la SS presentó un balance general sobre la infraestructura hospitalaria, detallando el número de hospitales, de consultorios y de camas, de acuerdo con cada uno de los tres niveles de la estructura hospitalaria. En el cuadro 3, hemos incluido las cifras correspondientes a los niveles II y III, por ser las más importantes para la reconversión. Además, hemos completado el cuadro con la información proporcionada por el mismo gobierno federal (Gobierno de México, 2020b) sobre el número de camas de terapia intensiva y de unidades de terapia intensiva, disponibles en las diferentes instituciones públicas de salud.

Si tomamos como base de nuestro análisis el número de hospitales clasificados en el nivel III, el sistema nacional de salud contaba con 164 unidades; de esos, únicamente ocho eran privados; el esfuerzo de la reconversión recayó sobre el sistema público de salud y, como podemos observar, la SS, en primera instancia, estuvo en el epicentro, en la medida en que disponía de 164 hospitales nivel III (entre los cuales sobresalen los 12 institutos nacionales de salud); le seguían, por orden de disponibilidad, el IMSS (22 hospitales), el ISSSTE (14 hospitales) y otros como PEMEX, SEDENA y SEMAR (14 hospitales).

En términos de las camas para hospitalización general disponibles en los hospitales de nivel III, el total nacional era de 22 050, de las cuales 1 046 correspondían al sector privado y 21 004 al sector público. En este, de nueva cuenta, es constatable el predominio de la SS; sin embargo, su preponderancia debe ser matizada, pues si bien es cierto que, por cada hospital nivel III del IMSS, la SS tenía prácticamente cinco, por cada cama hospitalaria del IMSS, la SS disponía de un poco más de dos. En gran

medida, estas son las razones por las cuales la SS y el IMSS fueron la columna vertebral de la reconversión hospitalaria. Sin disminuir el mérito de las instituciones públicas restantes, debemos reconocer que su papel fue secundario.

Ahora bien, el 24 de marzo, en la conferencia matutina de López Obrador, el vocero de la política anti-COVID-19 proporcionó informaciones complementarias: en primer término, indicó que el sistema público de salud disponía, en el área de terapia intensiva, de 2 446 camas y 356 unidades. El cuadro 3 permite observar su distribución entre las diferentes instituciones de salud; de nueva cuenta, sobresale la SS, con 1 553 camas y 204 unidades de terapia intensiva; le seguían el IMSS, con 430 y 79, y el ISSSTE, con 330 y 55; PEMEX, SEDENA y SEMAR, en conjunto, disponían de 133 y 18 (Gobierno de México, 2020b). En el área de terapia intensiva, el sistema disponía de capacidad para atender 2 806 hospitalizados graves, cifra superior al estimado total de hospitalizaciones generales, indicado días antes por el director general de información en salud de la SS.

Cabe destacar que el 24 de marzo fue declarada la fase 2 de la política sanitaria tendiente a limitar los contagios y los decesos provocados por el SARS-CoV-2, mediante la JNSD. En consecuencia, todo indica que, en ese momento, las estimaciones de los contagios y de los decesos presentadas al público eran inferiores a las de un diagnóstico más detallado que arrojaría cifras más drásticas. De no ser así, la reconversión hospitalaria no hubiera tenido ningún sentido, pues, entonces, la capacidad instalada para casos de terapia intensiva era ampliamente suficiente para atender las demandas estimadas de hospitalizaciones generales y de aquélla. Por supuesto, carecemos de información suficiente para sostener lo antes dicho, pero los datos presentados por la SS inducen a pensar en ese sentido.

Cuadro 3. Infraestructura hospitalaria, pública y privada, 2020

			Camas		Unidades
	Unidades	Consultorios	Hospitalarias	T. Intensiva	T. Intensiva
II	4 534	29 627	98 169		
III	164	3 142	22 050		
SS	773	2 278	39 716	1 553	204
II	667	1 989	28 838		
III	106	289	10 878		

Continúa...

Cuadro 3. Infraestructura hospitalaria, pública y privada, 2020

IMSS	270	8 406	33 873	430	79
II	248	7 342	28 539		
III	22	1 064	5 334		
IMSS-Bienestar	81	1 244	2 059		
II	81	1 244	2 059		
ISSSTE	112	2 901	6 977	330	55
II	98	2 098	4 303		
III	14	803	2 674		
Otros	169	3 518	7 541	133	18
II	155	2 650	5 423		
III	14	868	2 118		
Privados	3 293	14 422	30 053		
II	3 285	14 304	29 007		
III	8	118	1 046		
Total	4 698	32 769	120 219	2 446	356

Fuente: Elaboración propia con información del Gobierno de México, 2020a y 2020b.

En todo caso, en el inicio de la reconversión hospitalaria, el gobierno federal contaba con 164 hospitales nivel III, 21 004 camas para hospitalización, 2 446 camas de terapia intensiva y 356 unidades de terapia intensiva. Por otra parte, si tenemos en cuenta que el máximo de contagios diarios (9 556 casos) no se produjo el 8 de mayo, como anticipó el vocero del gobierno federal para la pandemia, sino el 1 de agosto, podemos ver que la reconversión hospitalaria alcanzó su máxima extensión durante el tránsito de julio a agosto. En términos cuantitativos, esa ampliación se expresó en:

1. Un incremento de 164 hospitales nivel III a 899 hospitales habilitados para atender personas contagiadas. En términos relativos, la expansión de las unidades hospitalarias fue de 448.17%. Ahora bien, los objetivos cuantitativos de la reconversión hospitalaria no siempre son asequibles; sin embargo, en una presentación en PowerPoint, el gobierno federal estimaba que, durante la fase 1 de la política sanitaria, 117 hospitales estarían especializados en la atención de

enfermos de COVID-19; en la fase 2, el número sería ampliado a 421 y, en la fase 3, a 745 (Gobierno de México, 2020c). En términos reales, las expectativas iniciales fueron rebasadas con el reacondicionamiento de 154 hospitales más de los previstos durante la fase 3.

2. Un aumento de 21 004 a 30 712 (+46.21%) camas para hospitalización; por supuesto, dada la rápida transmisión del virus, todas las camas debieron ser acondicionadas para evitar complicaciones entre las personas hospitalizadas.
3. Una ampliación de 2 802 a 10 401 (+271.20%) de las camas para terapia intensiva, dotadas de un ventilador.

Cuadro 4. Hospitales COVID-19 y camas existentes durante el máximo de contagios

	Contagios	Hospitales	Camas hospitalarias		Camas con ventilador	
	diarios	COVID-19	Total	Ocupadas	Total	Ocupadas
30-jul	7 730	899	30 510	14 240	10 298	3 922
31-jul	8 458	nd	31 023	14 299	10 401	3 985
01-ago	9 556	nd	30 712	13 860	10 388	3 994
02-ago	4 853	nd	30 221	13 405	10 163	3 944

n.d.: no disponible

Fuente: Gobierno de México, 2020b, 2020c, 2020d y 2020e.

Un aspecto que llama la atención es la subutilización de la capacidad instalada tanto de camas hospitalarias como de aquellas con ventilador, durante la fase más crítica de la pandemia; las tasas de ocupación más altas fueron registradas, en el primer caso, el 30 de julio (46.67%) y, en el segundo, el 2 de agosto (39.30%). Los informes periodísticos señalaron casos de personas que, padeciendo los síntomas de la infección, acudían a los hospitales, les era prescrito paracetamol y eran reenviadas a sus domicilios bajo el consejo de volver en caso de agravación de los síntomas; también informaron de personas que fallecieron en casa, en los traslados al hospital o durante la espera en estos; asimismo, investigaciones periodísticas señalaron el desajuste existente entre los decesos anunciados en las conferencias COVID-19 vespertinas y los registrados por las autoridades responsables del registro de todas las defunciones. En un primer momento, el vocero gubernamental negó tales informes, pero terminó aceptándolos; de manera tácita, reconoció que fueron puestos en práctica mecanismos para disuadir a la población de acudir a los hospitales, con

el fin de evitar una saturación de estos. Las tasas de ocupación de las camas en los hospitales COVID-19 apuntan en esa dirección.

Ahora bien, para expandir la capacidad de terapia intensiva destinada a la atención de las personas infectadas más graves, fue necesario adquirir equipos nuevos; dedicaremos la siguiente sección de nuestro trabajo a dicha adquisición.

La liberación del mercado de insumos médicos y la adquisición de ventiladores

El 24 de marzo, al declarar la entrada en la fase 2 de la política sanitaria tendiente a mitigar la difusión de los contagios y a reducir el número de decesos, el vocero de la SS presentó un balance más completo de los recursos humanos y materiales existentes en las instituciones públicas de salud; el cuadro 5 resume las existencias de los principales recursos materiales. Pero si tenemos en consideración que una unidad de terapia intensiva para atender un infectado de coronavirus requiere:

> […] camas especiales, salida de gases medicinales (oxígeno y aire), vacíos para succionar, diversos equipos como ventiladores mecánicos, monitores de signos vitales y variables hemodinámicas, cardio desfibriladores, medicamentos, vías de acceso venosa y respiratorio, entre otros (Pesquisa Javeriana, 2020).

Entonces, el cuadro 5, permite constatar que, sobre la base de los 5 523 respiradores disponibles, existía un excedente de 3 567 monitores de signos vitales y de 16 627 pulsioxímetros. El informe gubernamental no incluyó bombas de infusión, pero su uso es tan común que, como en el caso de los pulsioxímetros, debía existir un número amplio para equipar las 5 523 unidades de cuidados intensivos dotadas de respiradores.

Además, es posible constatar que el IMSS mantenía una ligera ventaja sobre la SS en lo referente al equipamiento disponible, subrayando nuevamente la importancia de las dos instituciones en la reconversión hospitalaria; ISSSTE y PEMEX tenían un equipamiento modesto, mientras los de SEDENA y de SEMAR eran más bien marginales.

Cuadro 5. Equipamiento del sector público de salud, 2020

	Total	IMSS	ISSSTE	SS	PEMEX	SEDENA	SEMAR
Ventiladores	5 523	2 896	330	2 053	133	56	55
Monitores	9 090	3 055	330	5 335	198	62	110
Rayos X	576	162	212	143	40	11	8
Pulsioxímetros	22 150	7 824	6 740	7 345	82	119	40
Carros rojos	1 962	1 077	55	669	102	23	36
Ultrasonidos	436	236	150		40	2	8
Ambulancias	1 040	481	61	174	120	171	33

Fuente: Gobierno de México, 2020f.

Ahora bien, la revisión de los informes mediáticos y de los documentos oficiales sobre la reconversión hospitalaria no permite definir cuál era el objetivo numérico de unidades de terapia intensiva para atender los enfermos críticos de COVID-19. Un comentario de López Obrador apunta en ese sentido, pero de manera ambigua. En efecto, al agradecer a los presidentes de China y de Estados Unidos la venta de ventiladores, precisaba: "con estos apoyos, el sector salud contará con 13 000 ventiladores, con lo que se puede hacer frente al COVID-19 en la etapa más difícil de la pandemia" (Índigo Staff, 2020, párr. 5). La ambigüedad consiste en que López Obrador no precisa si era el número total requerido para la reconversión hospitalaria o si la cifra se refiere a nuevas adquisiciones del gobierno federal. El punto es importante pues la primera posibilidad implica un máximo de 13 000 ventiladores y la segunda supone 18 523 disponibles (5 523 ya existentes en las diferentes instituciones públicas de salud + 13 000 nuevas adquisiciones).

En todo caso, ambas cifras sirven de referencia para medir el esfuerzo gubernamental realizado en materia de adquisición de ventiladores y para evaluar las condiciones de dicha adquisición. Con esa finalidad, ha sido construido el cuadro 6; este incluye 5 523 ventiladores disponibles en las instituciones públicas de salud antes de la pandemia, 2 000 donados al gobierno por una fundación privada (*Heraldo de México,* 2020) y 8 832 nuevos comprados entre el 20 de marzo y el 13 de mayo.

En total, el gobierno dispondría de 16 355 ventiladores (+3 355 si la meta era un total de 13 000 o -2 168 si el objetivo eran 18 523). Para equipar 16 355 camas de terapia intensiva, el gobierno federal necesitaba adquirir adicionalmente

7 265 monitores de signos vitales; además, disponía ya del número necesario de pulsioxímetros y, quizás, de bombas de infusión.

Un aspecto administrativo que debemos tener en cuenta es que, el 27 de marzo, López Obrador publicó el decreto sobre las "acciones extraordinarias para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)". Entre esas medidas destacaban las acciones extraordinarias del Artículo Segundo, fracciones:

> II. Adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, […] sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla;
> IV. Llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales necesarios de los bienes y servicios a que se refiere la fracción II […] (*Diario Oficial de la Federación*, 2020).

En esas condiciones de libre mercado, las nuevas adquisiciones fueron realizadas por las instituciones mexicanas indicadas en la primera columna del cuadro 6, mediante contratos revisados por las fuentes periodísticas de referencia; en consecuencia, es de suponer que el pago y la entrega fueron hechos en buena y debida forma. Además, cuando la compra fue realizada en el mercado nacional, los precios por unidad y el monto total fue en pesos; cuando se llevó a cabo en el mercado internacional, los contratos fueron establecidos en dólares y, para facilitar el cálculo, ha sido considerada una tasa de cambio única de 20 pesos mexicanos por un dólar estadounidense. Finalmente, la información del cuadro no es necesariamente exhaustiva, pues solo incluye las adquisiciones destacadas por la prensa.

Nótese que las adquisiciones de 143 y de 25 ventiladores realizadas, respectivamente por el gobierno de la CDMX y por el gobierno federal (la de este es incluida en los 2 304 ventiladores indicados en el renglón 4 de la columna 3, del cuadro 6), fueron realizadas antes de la publicación del decreto; por lo tanto, todavía estuvieron sujetas a las regulaciones vigentes para la adquisición de bienes y servicios por parte de las instituciones públicas. El resto de los contratos fueron establecidos en el nuevo marco del mercado liberalizado de insumos médicos.

También debe tenerse en consideración que la última adquisición fue realizada el 28 de mayo y que, de acuerdo con el cuadro 4, el 31 de julio, los hospitales COVID-19 registraron 10 401 camas dotadas de ventilador, como máximo histórico de la reconversión hospitalaria. En ese sentido, el tiempo transcurrido entre la primera y la segunda fecha fue lo suficientemente amplio para que todos los ventiladores adquiridos fuesen entregados a las instituciones compradoras. En esas condiciones, el 31 de julio, del total de 16 355 ventiladores disponibles, 5 954 (36.40%) nuevos no estaban instalados en los hospitales COVID-19 del sector público de salud. Esa cifra arroja una sombra de duda sobre un gobierno que ha hecho de la lucha contra la corrupción su principal eje propagandístico y bien haría en informar abiertamente sobre el destino de los ventiladores comprados, pero no utilizados.

Otro aspecto importante son las amplias variaciones existentes entre los diferentes precios pagados por los ventiladores. En el cuadro 6, los precios promedio van desde 340 mil pesos pagados en promedio por el gobierno mexicano al gobierno estadounidense, por cada uno de los 1 000 ventiladores comprados el 19 de abril[10], hasta 2.609 millones de pesos, pagados por el gobierno de la CDMX por cada ventilador comprado el 20 de marzo, es decir, antes del decreto sobre las medidas extraordinarias. Señalamos las fechas de compra para hacer notar que el precio más caro fue pagado en la fecha más temprana de todas las incluidas en el cuadro 6; este precio y la fecha en que fue pagado contradice el principal argumento del estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Investigación Periodística (CLIP): éste concluye que, de nueve gobiernos latinoamericanos, el mexicano fue uno de los que comenzaron a comprar respiradores más tarde y que los precios pagados fueron más elevados; por esa razón, pese al monto elevado de la inversión realizada, el gobierno mexicano obtuvo una cantidad menor de ventiladores que los gobiernos restantes (CLIP, 2020).

[10] No existe información detallada sobre el precio pagado por los 1 000 ventiladores comprados a la administración Trump; sin embargo, el 5 de mayo el gobierno mexicano recibió una primera entrega de 211 ventiladores y, de acuerdo con la nota periodística, los precios oscilaban entre 16 000 y 21 000 dólares; en consecuencia, para este trabajo fue considerado el promedio de 18 500 dólares, el cual, sobre la base de la tasa de cambio de 20 pesos por dólar, arroja un valor promedio de 370 000 pesos por monitor (*Marca Claro*, 2020).

Cuadro 6. Ventiladores, por institución adquiriente y por costo estimado

			Costo estimado en pesos	
	Adquisición	Cantidad	Por unidad	Total
Gobierno CDMX	20-mar	143[1]	2 609 233	373 120 319
Gobierno Federal	24-mar/28-may	2 304[2]	790 000	1 820 160 000
SRE-China	09-abr	5 290[3]	1 250 000	6 612 500 000
SRE-EE. UU.	19-abr	1 000[4]	370 000	370 000 000
IMSS-BCS	23-abr	25[3]	805 192	20 129 800
IMSS-Sin	25-abr	50[3]	1 138 000	56 900 000
		15	1 400 000	21 000 000
		32	1 000 000	32 000 000
		3	1 300 000	3 900 000
IMSS-Zacatecas	13-may	20[3]	1 100 000	22 000 000
Donación		2 000[5]		
Disponibles		5 523[6]		
Total		16 355		
Nuevas adquisiciones		8 832	1 046 740	9 274 810 119

Fuentes:
[1] Gobierno CDMX, 2020
[2] CLIP, 2020.
[3] Expansión, 2020
[4] Staff Índigo, 2020
[5] Heraldo de México, 2020
[6] Conferencia mañanera, 2020: 24 marzo.
Fuente: Gobierno CDMX, CLIP, Expansión, Staff Índigo, Heraldo de México, Conferencia Mañanera, 2020

Los autores del estudio señalan que el rango de los precios pagados osciló entre 28 000 y 34 000 dólares y que "muchas de las compras que exceden ampliamente estos rangos deben despertar preguntas a la ciudadanía" (CLIP, 2020). Esta llamada de atención es importante por tres razones:

1. De los 2 304 ventiladores adquiridos por el gobierno mexicano, 1 966 (85.33%) fueron comprados con precios superiores a los 35 000 dólares; cierto, 1 415 de esos se obtuvieron con precios en el rango medio de la compra mexicana, es decir, entre 35 000 y 39 999 dólares; pero 581 fueron adquiridos con precios que iban de 40 000 a 69 999 dólares. Obviamente, es posible argumentar que, dada la tardanza del gobierno mexicano, en el momento de la compra, la demanda de ventiladores era

tal que los precios se incrementaron; pero también es posible hacerse las preguntas sobre las condiciones específicas de la compra-venta a la que hacen referencia los autores del estudio; en todo caso, pese a la tardanza y a las grandes variaciones en los precios pagados, el precio promedio de cada uno de los 2 304 ventiladores cubiertos por el estudio del CLIP fue de 790 000 pesos; se trata del segundo precio promedio más bajo, después del pagado a la administración Trump por los 1 000 ventiladores graciosamente vendidos.

2. Todas las demás compras de las instituciones públicas mexicanas fueron realizadas cubriendo precios todavía más elevados; estos, en consecuencia, deberían plantear preguntas adicionales a la ciudadanía mexicana.

3. Pese a las intrincadas regulaciones para la adquisición de insumos sanitarios, el gobierno de la CDMX pagó un precio 3.3 veces más elevado que el promedio pagado por el gobierno federal para adquirir los 2 304 ventiladores, incluidos en el estudio del CLIP.

Ahora bien, la liberalización del mercado de insumos sanitarios explica la multiplicación de los entes públicos compradores de ventiladores. Pero la liberalización del mercado no explica por qué la Secretaría de Relaciones Exteriores sustituyó a la Secretaría de Salud para comprar 5 290 y 1 000 ventiladores a los gobiernos de China y de Estados Unidos, respectivamente. La explicación hay que buscarla en la competencia feroz entre las diferentes instancias de la administración López Obrador; en este caso, se trata de la rivalidad entre la SS y la SRE: el vocero para la política sanitaria, respondiendo a una pregunta, expresó sus dudas sobre la pertinencia de haber vendido insumos sanitarios a China durante el mes de febrero, cuando aquel país se encontraba en la fase más álgida de la pandemia y en México apenas empezaban a manifestarse los primeros contagios importados (*El Universal,* 2020b); el secretario de Relaciones Exteriores, con más oficio político y comprensión de la dimensión internacional, replicó públicamente: "México ha sido coherente con la cooperación, en la medida en que cooperas recibes cooperación, cosechas lo que siembras"; además, señaló que "no habría ventiladores adicionales si hubiésemos tomado la decisión de esa naturaleza [no vender insumos médicos al gobierno chino, en febrero de 2020], pero además, abríamos (sic) entrado en conflicto o habríamos provocado un inmenso impacto al exterior" (Juárez, 2020).

Dos rasgos curiosos de la cooperación estilo chino fue el precio, nada económico, de 1 250 000 pesos por cada ventilador (León, 2020) y la exigencia de pagar de contado

y por adelantado el monto total de la adquisición de los 5 290 ventiladores; respecto a este detalle, López Obrador indicó: "China nos pidió un pago por adelantado y de inmediato se hizo para la compra de los ventiladores, si no tendría que licitarse y pasar por dos o tres instancias y tarda un mes ese procedimiento. Ahora se están llevando los trámites cuando mucho un día" (Luna, 2020, párr. 2). El comentario sobre la licitación salía sobrando, pues el anuncio de la compra al gobierno chino fue hecho el mismo día de la publicación del Decreto sobre las "acciones extraordinarias para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)"; en todo caso, el gobierno necesitaba proyectar una imagen de prontitud, de eficiencia y de largueza económica para enfrentar un problema que crecía día tras día, así como para atajar las críticas contra su administración derivadas de las consecuencias de la "austeridad republicana".

Las sombras sobre la compra de ventiladores

Cierto: los precios pagados por los ventiladores dejan preguntas en el aire; más allá de estas, los informes periodísticos dieron cuenta de dos casos de contratos establecidos de acuerdo con las reglas de largueza económica, propias de los gobiernos anteriores a la 4T; ambos fueron revelados por la organización Mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad (MCCI) que publicó tres notas (Sánchez y Durán, 2020; Olmos, 2020; Olmos *et al.*, 2020) de investigación periodística con los pormenores del contrato del IMSS con la empresa Levanting Global Servicios LLC S.A. de C.V.; esta, representada por Baldemar Pérez Ríos, ofreció 3 000 ventiladores al IMSS, por un monto total de 90 085 000 dólares, sin IVA; el IMSS respondió aceptando comprar 2 500 unidades, por un precio total de 93 641 000 dólares, IVA incluido; el contrato establecido tenía vigencia del 30 de marzo al 31 de diciembre de 2020.

Los tres informes de MCCI permiten reconstruir la cronología del proceso de adjudicación:

1. El 27 de marzo, en la conferencia mañanera, López Obrador anunció el decreto sobre la liberalización del mercado de insumos médicos y la compra de ventiladores hechos en China: "China nos pidió un pago por adelantado y de inmediato se hizo para la compra de los ventiladores, si no tendría que licitarse y pasar por dos o tres instancias

y tarda un mes ese procedimiento. Ahora se están llevando los trámites cuando mucho un día" (Luna, 2020). La compra de ventiladores chinos habría de concretarse poco tiempo después y fue anunciada en la conferencia mañanera del 9 de abril.

2. El 28 de marzo, Baldemar Pérez Ríos, representante de la empresa Levanting Global Servicios, envió una cotización para la venta de 3 000 ventiladores, por un monto total de 90 085 000 dólares, sin IVA, e indicando que la entrega podría ser 15 días después, dependiendo de la agilidad de la aduana. El mismo día, el responsable de la Unidad de adquisiciones e infraestructura del IMSS otorgó su visto bueno a la propuesta y la notificó a Pérez Ríos, con sendas copias para el "Presidente de México", para el embajador "de China en México" y para el Director general del IMSS.
3. El 30 de marzo, estuvo plagado de acontecimientos:
    a. El director de la división de contratos del IMSS "dictaminó procedente la excepción para adjudicar sin licitación bajo el concepto 'programa de adquisición de ventiladores para la atención a contingencia COVID-19'" (Sánchez y Durán, 2020).
    b. El IMSS notificó a la empresa la autorización para comprar 2 500, en vez de 3 000 ventiladores, por un precio de 93 millones de dólares, con el IVA incluido.
    c. El coordinador de presupuesto del IMSS solicitó al coordinador de planeación de infraestructura médica, una transferencia por 2 201 705 920 pesos para pagar los 2 500 ventiladores.
    d. Pérez Ríos presentó una factura por 660 511 777 pesos, por concepto de anticipo para garantizar la compra, pese a que el contrato IMSS-Levanting Global Servicios fue firmado hasta el día siguiente.
    e. Según MCCI, la empresa de Pérez Ríos recibió la confirmación de la venta de 2 500 ventiladores con las mismas características de los ofrecidos al IMSS, por un precio total de 32 008 500 dólares; la venta era realizada por la firma Stefano International Commerce Co. LTD., asentada en Hong Kong, en una dirección denunciada en los *Panama Papers*, como sede de empresas participantes en fraudes.
4. El 31 de marzo, los acontecimientos volvieron a agolparse:
    f. El contrato entre el IMSS y Levanting Global Servicios fue firmado; la cláusula 19 del contrato indicaba que el mismo "podrá ser rescindido

si el proveedor incurre en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada, si incumple total o parcialmente, o si entrega bienes incompletos o con descripciones y características distintas a las pactadas". De acuerdo con MCCI, el contrato incluía otra cláusula que comprometía al IMSS para pagar por adelantado 30% del precio total mediante transferencia bancaria.

g. La Aseguradora Aserta expidió una fianza por 28 092 300 dólares, equivalentes a 30% del anticipo pagado por el IMSS (Olmos *et al.*, 2020). Pese a ello, el segundo informe de MCCI indicaba que, durante la semana del 6 al 10 de abril, el vocero de la empresa "aseguró que ya están en proceso de la firma de fianzas y garantías, para que los ventiladores sean entregados a partir de la próxima semana. El viernes [17 de abril] llega el primer embarque, la siguiente semana 1 000 y la subsecuente 1 000 (más). El retraso es porque el IMSS no ha dado el anticipo, porque las afianzadoras están en cuarentena y no hay registro público para las garantías (Olmos, 2020).

El primer informe de MCCI indicaba que la página electrónica de Levanting Global Servicios señalaba que la empresa tiene "décadas de experiencia en diseño, concepción tecnológica y adquisiciones en la industria petroquímica y generación de energía" y que mantiene "una alianza estratégica con la China National Machinery Import & Export Corporation", la cual "a través de una subsidiaria están produciendo insumos para la fabricación de mascarillas para prevenir el contagio de la pandemia" (Sánchez y Durán, 2020). El segundo informe de MCCI proporcionó datos adicionales sobre la empresa contratista y sobre su propietario. La empresa habría sido constituida en febrero de 2015, en Houston, Texas, por Baldemar Pérez Ríos; este personaje tendría registradas "al menos otras seis empresas de servicios petroleros"; en 2010, una de ellas habría sido inhabilitada por "haber falsificado documentación para obtener un contrato millonario con Pemex"; el informe de MCCI, además, proporcionaba detalles sobre el involucramiento de Pérez Ríos en un fraude realizado en Texas a través de una empresa "fantasma" en 2012 (Olmos, 2020).

Finalmente, MCCI señalaba que tanto la SRE como la empresa Aeonmed (fabricante de los ventiladores) negaron tener conocimiento de la transacción

comprometida por Levanting Global Servicios LLC con el IMSS (Olmos *et al.*, 2020). Los periódicos nacionales hicieron eco a las informaciones proporcionadas por MCCI y estas llegaron hasta la Cámara de Diputados; con base en ellas, el 13 de abril, el grupo parlamentario del PAN propuso un punto de acuerdo que obviamente no fue aprobado, pero que recomendaba exhortar al IMSS a informar sobre los criterios para firmar el contrato de adjudicación a la empresa Levanting Global Servicios y a la Secretaría de la Función Pública (SFP) a verificar el proceso de asignación; todo esto con el fin de determinar si se incurrió en tráfico de influencias y otra conducta ilegal.

La organización MCCI indicaba que el 14 de abril concluía el plazo para la entrega de todos los ventiladores y que la empresa había incumplido; en medio del escándalo mediático-político, el 16 del mismo mes, el coordinador de planeación e infraestructura médica del IMSS anunció la cancelación del contrato, argumentando que "el mencionado proveedor ha incumplido con lo establecido en el contrato, en virtud que a la fecha no ha llevado a cabo la entrega, recepción, distribución, instalación, puesta en operación y capacitación de los bienes adjudicados. Originando (sic) una grave afectación a la asistencia médica a los derechohabientes" (Duran y Sánchez, 2020). Así, de manera administrativa y recurriendo a la cláusula de rescisión de contrato, el IMSS dio por terminado el problema, sin responder a los cuestionamientos por las irregularidades y, sobre todo, sin sancionar ningún funcionario participante.

El segundo caso de contratos de compra-venta con precios por encima del "precio de mercado" fue de tres bandas, pues involucró de nueva cuenta al IMSS, a León Manuel Bartlett Álvarez e indirectamente al gobierno de la CDMX.

De acuerdo con MCCI (Sánchez y Olmos, 2020), el 16 de abril, la Jefatura de servicios médicos del IMSS convocó la contratación para comprar ventiladores destinados al Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1, en Pachuca, Hidalgo; el mismo día, recibió cotizaciones de diferentes empresas; el 17 de abril, el IMSS firmó dos contratos para comprar ventiladores: uno fue establecido con la empresa Cyber Robotics Solutions, por 20 ventiladores, por un total de 31 000 000 de pesos o por 1 550 000 pesos por cada ventilador; otro con la empresa Conduit Life, por 2 ventiladores, cotizados cada uno en 880 000 y 1 110 000 pesos. La diferencia entre los precios pagados llamó la atención de los investigadores de MCCI y pusieron en evidencia los hechos siguientes sobre Cyber Robotics Solutions:

- Es propiedad de León Manuel Bartlett Álvarez; este actuaría como *brocker* entre el IMSS y la empresa Imágenes y Medicina S.A. de C.V., empresa mexicana fabricante de los respiradores, la cual confirmó haber vendido y facturado los ventiladores mencionados.
- Fue constituida el 20 de marzo de 2010, por Alejandro Marina Vales, socio de Bartlett Álvarez; ambos personajes son los apoderados de una filial registrada en Panamá, el 11 de marzo de 2019, en condiciones no del todo regulares.
- Su apoderado legal, es decir Bartlett Álvarez, ha sido el responsable de presentar al IMSS otras propuestas de venta. De acuerdo con un informe periodístico citado por los investigadores de MCCI, desde 2010, la empresa habría obtenido contratos por 800 millones de pesos, por vender equipo médico al ISSSTE y a la SS. Asimismo, Bartlett Álvarez habría tenido la responsabilidad de presentar cotizaciones anteriores al IMSS.

Los medios volvieron a hacer eco al informe de MCCI y, para defenderse, Bartlett Álvarez involucró al gobierno de la CDMX, acusándolo de comprar ventiladores con precios casi al doble de los propuestos por su empresa. En un mensaje de Twitter, señaló:

> Si dicen ser tan objetivos en @MXvsCORRUPCION hagan un comparativo real de precios de mercado. Por ejemplo, citen el contrato SSCDMX-DGAF-051-2020, por el cual el GCDMX pagó $384,067,603 para la adquisición de 143 ventiladores, más de $2.68 MDP cada uno, casi 2x lo nuestro (Sánchez y Olmos, 2020).

El 2 de mayo, la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF) del gobierno de la CDMX respondió, dando precisiones sobre las condiciones de la compra; en primer término, señaló:

> Si se quiere hacer un comparativo, el costo de la unidad de terapia respiratoria y lo que incluye, las unidades adquiridas por la Secretaría de Salud de la CDMX se encuentran dentro del promedio del precio del mercado y de compras similares realizadas por otras instituciones […].
>
> La compra anticipada de insumos y servicios incluida en esta cotización, blinda a las finanzas de la ciudad en contra del incremento de precios por la inflación, por su posible

> escasez o por cambios en el mercado, y garantiza contar con todos los insumos que se requieren para este tipo de terapia por tres años: un ventilador sin sus consumibles no puede ser utilizado en un paciente (*Animal Político,* 2020).

En segundo lugar, la SAF del gobierno de la CDMX publicó los precios presentados por cuatro empresas, los cuales iban de 2 726 800 a 2 315 334 pesos por unidad. La empresa Nudomi ofrecía el precio más bajo y el tiempo más corto de entrega (45 días hábiles). La revisión de la base de datos sobre las adquisiciones del gobierno de la CDMX arroja, sin embargo, informaciones diferentes: el contrato establecido por el gobierno de la CDMX, y señalado por Bartlett Álvarez, implicaba 143 ventiladores, por un monto total de 373 120 333 pesos o por 2 609 233 pesos por cada ventilador. Las cifras son inferiores a las señaladas por Bartlett, pero superiores a las de la SAF del gobierno de la CDMX. Todavía más, la información oficial indica que el contrato fue establecido el 20 de marzo, es decir, siete días antes de ser publicado el decreto sobre la liberalización del mercado de insumos médicos; en consecuencia, la adjudicación directa, indicada en la base de datos del gobierno capitalino, violaba las disposiciones administrativas para las compras gubernamentales (Gobierno CDMX, 2020).

Además, es posible señalar que, de acuerdo con las fechas de las adquisiciones incluidas en el cuadro 6, la del gobierno de la CDMX, es la más temprana, la más costosa en términos del precio unitario y la más alejada, por ejemplo, de los 790 000 pesos pagados en promedio por los ventiladores comprados al gobierno estadounidense. Las condiciones del mercado de los ventiladores, en consecuencia, difícilmente pueden ser citadas como justificación para el pago de un precio tan elevado.

El caso fue turnado a la SFP y el IMSS señaló que, el 8 de mayo, había levantado el acta administrativa "para la devolución de estos equipos, los que ya fueron entregados al proveedor"; la devolución fue justificada de la siguiente manera: "derivado de la revisión técnica de los equipos, se determinó que no reúnen los requerimientos y características técnicas-funcionales acordadas en el contrato" (Vega, 2020).

El colofón de este sainete llama la atención: por un lado, el IMSS ya había recibido los ventiladores; pero, aun así, los representantes del Instituto afirmaron que este no había erogado ningún recurso por ese contrato; por el otro, movido por una medida cautelar de la SFP, el Instituto terminó sancionando a cuatro funcionarios menores, entre los cuales estaba la directora del IMSS-Hidalgo (*Expansión*, 2020); este

último punto entra en contradicción con la apertura de la convocatoria y con el otorgamiento del contrato realizado por las oficinas centrales del IMSS. Todo indica que la simulación, el tráfico de influencias y el sacrificio de víctimas propiciatorias siguen siendo cultivados en el seno de la 4T.

El desarrollo de ventiladores domésticos

El 23 de abril, durante la conferencia vespertina sobre el COVID-19, la directora del Conacyt, María Elena Álvarez-Buylla presentó un diagnóstico sobre la ciencia neoliberal y anunció el programa para asegurar la "Soberanía tecnológica para enfrentar la pandemia." En términos generales, el diagnóstico indicaba que la ciencia neoliberal había generado: *1)* Dependencia tecnológica. *2)* Capacidad de articulación limitada. *3)* Baja eficiencia en innovación. *4)* Transferencias millonarias al sector privado. *5)* Abandono de la ciencia básica. *6)* Un sector privado con mínimo aporte a la ciencia y tecnología nacionales (Gobierno de México, 2020d). La estrategia para alcanzar la soberanía tecnológica y enfrentar la pandemia, rezaba una primera transparencia, consistía en producir "ventiladores mecánicos nacionales: 700 equipos para el 15 de mayo". Dichos ventiladores tendrían como características: *1)* Invasivos. *2)* De tecnología 100% mexicana. *3)* Económicos. *4)* Alta calidad y seguridad biomédica (Gobierno de México, 2020g).

Pese a asegurar la disposición de 700 equipos para el 15 de mayo, el anuncio de la producción de ventiladores mexicanos estuvo marcado por la ambigüedad: en su presentación oral durante la conferencia, indicaba que estarían listos el 15 de mayo:

> […] ante esta pandemia, **el reto concreto** que nos planteó el presidente de la república **es tener al menos la producción de 700 equipos de ventiladores mecánicos para el 15 de mayo**,[11] para las dos primeras semanas de mayo, que de acuerdo con los modelos que se venían haciendo en este grupo coordinado por CONACYT eran las fechas o son las fechas donde se empiezan a vislumbrar los primeros picos epidémicos en diferentes regionales del país (Gobierno de México, 2020g).

[11] Las negritas son nuestras.

Sin embargo, la fecha comprometida verbalmente contradecía las indicaciones contenidas en las transparencias sobre los dos modelos de ventiladores que el Conacyt se proponía construir: tanto el modelo basado en el diseño básico del Massachusetts Institute of Technology (MIT), como el modelo Gätsi, debían empezar a ser construidos el 15 de mayo (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Información general sobre los respiradores diseñados y construidos bajo la coordinación del CONACYT

	Modelo	
	Abierto del MIT	Gätsi
Pruebas en humanos	24-abr-20	Ya realizadas
Volumen de fabricación general	1 000	1 000
Volumen de fabricación por semana, 1er lote	200	500
Inicio de fabricación 1er lote	15-may-20	15-may-20
Costo por equipo en pesos	137 000	240 000-285 000

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020g.

Al terminar su presentación oral, la directora del Consejo insistió que, entre las metas del programa específico del Conacyt, estaba "la producción acelerada, en esta emergencia, para las primeras semanas, en particular la segunda de mayo" (Gobierno de México, 2020g). Más tarde, cuando los medios reprocharon el incumplimiento de las metas definidas verbalmente, buscó cubrirse con esta ambigüedad de su presentación. Durante esta, en todo caso, también señaló que la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) ya contaba con el expediente del modelo Gätsi e incluso ya había supervisado las instalaciones de la planta de montaje; en el caso del modelo abierto del MIT, los dos trámites todavía estaban pendientes, pero que, en cuestión de días, serían cubiertos.

Para poner de realce la importancia de los respiradores construidos en México bajo la égida del Conacyt, Alvarez-Buylla presentó un cuadro con sus precios, comparados con los de las compras realizadas por el gobierno a otras empresas foráneas. En principio, el precio presentado resultaba interesante; pero si el gobierno requería 13 000 respiradores, la producción total de 2 000 por parte del consorcio liderado por

Conacyt, apenas cubriría poco menos de 1/6 de la demanda gubernamental. Todavía más, el Conacyt preveía tener listas 700 unidades para el 15 de mayo, cuando se produciría el máximo esperado de contagios; en esas condiciones, la contribución del Consejo al control de la pandemia sería limitada.

Cuadro 8. Precios comparativos de los ventiladores producidos por Conacyt y los vendidos por otras empresas

Empresa	*Ubicación*	*Precio(s) dólares*
Conacyt-CIDESI	México	6 680
Gätsi-DYDETEC	México	9 600-11 400
1	China	15 000
2	Irlanda/EUA	25 000
3	Irlanda/EUA	60 000
Compras del Gobierno	China	20 000-56 000

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020g.

Por si eso no bastara, el cuadro de precios ponía en entredicho la política de adquisiciones de ventiladores, pues, a pesar de que el Decreto del 27 de marzo señalaba, en la fracción IV del Artículo Segundo, que el gobierno debía "Llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales necesarios de los bienes y servicios a que se refiere la fracción II del presente artículo", la amplitud del abanico de precios indicaba la incapacidad del gobierno para evitar la especulación.

Una ambigüedad adicional del diagnóstico sobre la ciencia neoliberal derivaba de los ítems 1, 2, 3 y 6, señalados por la directora del Conacyt: *1)* Dependencia tecnológica. *2)* Capacidad de articulación limitada [entre los sectores privado, académico y gubernamental]. *3)* Baja eficiencia en innovación. *6)* Un sector privado con mínimo aporte a la ciencia y tecnología nacionales. En efecto, hacia el final de su presentación, se refirió al trabajo de sendos consorcios intersectoriales que trabajaban sobre 15 prototipos de respiradores hechos en México. En número, predominaban las empresas privadas; pero contaban con la participación del ITESM, la Universidad Anáhuac, la Universidad Autónoma de Baja California, el Centro Tecnológico de Hermosillo, la Universidad Estatal de Sonora, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, el Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica, así como la Universidad Nacional Autónoma de

México. De manera involuntaria, la presentación mostraba, en el campo del desarrollo de respiradores, un sector privado capaz de articularse con instituciones académicas, para desarrollar la innovación tecnológica en ese campo específico y limitar la dependencia tecnológica nacional.

Llegado el 15 de mayo, la prensa señaló el incumplimiento del compromiso de la directora del Conacyt y el vocero oficial de la pandemia señaló, dos días después:

> No se logró tener la producción de estos ventiladores para la fecha originalmente contemplada, que era el 15 de mayo, y son varios proyectos de desarrollo de ventiladores mecánicos de creación en México; algunos en alianza con organismos privados y otros, también, basados en la experiencia científica y técnica de instituciones públicas, en particular Conacyt, pero no conozco el detalle de cuándo es la fecha nueva contemplada (*El Mañanero Diario,* 2020).

El subsecretario de salud terminó con un comentario poco amable: "afortunadamente [los ventiladores construidos bajo la coordinación del Conacyt] no fueron necesarios para cubrir la necesidad específica que se contemplaba, dado que antes llegaron otros que, de origen, no habían sido contemplados" (*El Mañanero Diario*, 2020).

En la conferencia mañanera del 14 de julio, la directora del Conacyt presentó los "primeros prototipos de ventiladores de asistencia para enfermos de Coronavirus, elaborados por el Conacyt" (Presidencia de la República, 2020). En efecto, se trataba de dos prototipos, pues, de acuerdo con Alvarez-Buylla: "el Ehécatl 4T y Gätsi han iniciado a fabricarse en serie" (Villa y Caña *et al.*, 2020). Finalmente, el 15 de agosto, la prensa dio cuenta de la distribución de los primeros 275 ventiladores fabricados bajo la coordinación del Conacyt; de acuerdo con los informes, 10 fueron entregados a la SEMAR en la CDMX; 120, en Veracruz; 100 en Nuevo León; 25, en Querétaro y 20, en Chiapas.

El corolario de este episodio correspondió al secretario de Relaciones Exteriores: el 13 de agosto, anunció que la Cofepris avaló el primer ventilador mexicano; de acuerdo con la conferencia mañanera de ese día, el ventilador no fue creado por el Conacyt, sino por el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán; además, precisó que los constructores "en un tiempo récord del 3 de abril hasta hace un par de semanas, desarrollaron un ventilador que ya tiene permiso de Cofepris y tiene un excelente rendimiento" (Miranda, 2020). El anuncio del secretario puso en

cuestionamiento el trabajo del Conacyt; pues, sin el visto bueno de la Cofepris, la distribución de sus ventiladores era imposible.

Conclusiones

Teniendo como fondo el combate contra la corrupción, hemos visto que, en la dimensión de los recursos materiales, la reconversión hospitalaria ha sido llevada a cabo en un contexto marcado por la restauración de los principales vicios del periodo "neoliberal". Para empezar, si bien es cierto que la crisis sanitaria exigía respuestas expeditas, López Obrador reaccionó liberalizando el mercado de insumos médicos y sanitarios; también lo es que su decreto insistía en la necesidad de poner en práctica medios "para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales" y que dichos medios nunca fueron definidos, ni puestos en práctica. Eso propició el tráfico de influencias, la imposición de sobreprecios y, con toda probabilidad, los detestados y denunciados "moches" pagados a los responsables de las instituciones de salud.

Teniendo en cuenta los tres casos de adquisiciones irregulares de respiradores analizados en la segunda parte de nuestro texto, sería necesario revisar las compras de aparatos respiratorios y de insumos médicos en las cuales participaron intermediarios entre el gobierno y los constructores, para deslindar las responsabilidades de los funcionarios gubernamentales y para dar transparencia a un proceso donde fueron gastados más de 10 000 millones de pesos o más de 10% del "ahorro" derivado del subejercicio presupuestal durante 2019.

Otro aspecto de la 4T que podemos observar en filigrana de la adquisición de respiradores es la ausencia de solidaridad entre los responsables de las distintas dependencias de la administración López Obrador; pudimos apreciarla en diversas ocasiones: cuando la directora del Conacyt anunció que los modelos matemáticos usados para predecir la evolución de la pandemia fueron hechos por un equipo coordinado por el Consejo; en el momento en que López-Gatell criticó veladamente el incumplimiento del Conacyt en la construcción de respiradores; a través de las declaraciones contrapunteadas entre López-Gatell y Ebrard Casaubon sobre las ventas de insumos médicos a los chinos; mediante los anuncios de este, en vez de la SS o del IMSS, sobre las compras hechas a los chinos; o bien, al anunciar la SRE el primer respirador hecho en México por el Instituto Nacional de Nutrición avalado por la Cofrepis.

Tanto la ausencia de solidaridad interinstitucional como la carencia de un mecanismo central único para adquirir los respiradores son muestras de la inexistencia de capacidades para utilizar de manera efectiva y, sobre todo, eficiente la enorme concentración de los hilos del poder en manos del presidente de la República.

En resumen, para salvaguardar su prestigio y ya pasado el momento más álgido de la primera fase de la pandemia, la presidencia necesitaría revisar de manera transparente todos estos procesos administrativos, para aplicar las sanciones necesarias; asimismo, revisar críticamente el desempeño de sus colaboradores del primer círculo para garantizar que cada uno cumpla con las funciones que le asigna la división del trabajo gubernamental. No hacerlo tendrá como saldo la imagen de un gabinete presidencial fracturado e ineficiente que poco hace por cumplir los cometidos de la lucha contra la corrupción.

CAPÍTULO IV

LA RECONVERSIÓN HOSPITALARIA Y LOS INTRÍNGULIS DE LA "JORNADA NACIONAL DE RECLUTAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: MÉXICO CONTRA COVID-19"

El 28 de febrero de 2020, el gobierno mexicano registró el primer caso de infección del virus SARS-CoV-2; se trataba de un mexicano que había regresado de un viaje por Italia. Los efectos sobre los actores sociales fueron inmediatos:

1. El público se volcó sobre las farmacias para adquirir cubre bocas y gel desinfectante, provocando una escasez inmediata.
2. El subsecretario de prevención y promoción de la salud entró en colisión con el director general de la OMS; éste, dos días antes, insistía en que todavía era posible la contención del virus (OMS, 2020b), mientras, Hugo López-Gatell afirmaba: "lo advertimos desde el inicio, esto no se puede contener", cuando apenas era registrado el primer contagio. Pese a ello, deslizó una ambigüedad flagrante: "eso no quiere decir que no se pueda mitigar la transmisión hasta el grado potencial de eliminarlo (sic)" (*El Universal,* 2020). Si aceptaba la posibilidad de eliminar la transmisión, reconocía necesariamente la viabilidad de la contención; con ello, introdujo el sello propio de su discurso marcado por afirmaciones categóricas que, tarde o temprano, él mismo rectifica. Entre las afirmaciones categóricas de ese día, añadió: "No se necesitan hospitales especializados" y "no se necesitan cuartos aislados"; más tarde, el programa de reconversión hospitalaria demolería esos dos juicios iniciales, al dotarse el gobierno de una infraestructura hospitalaria *ad hoc*, analizada en el capítulo precedente.
3. Los especialistas en temas sanitarios fueron más cautos: pusieron de realce las medidas preventivas sugeridas por el gobierno, pues "lo importante es cortar los mecanismos de transmisión"; pero también indicaron las dificultades para cortar tales mecanismos: "hay lugares en la Ciudad de México en los que la densidad es de más de 5 000 personas por km^2, aquí el factor de transmisibilidad es mucho

más rápido. Imagina la transmisión yendo en metro o transporte público en hora pico. Es inevitable, definitivamente"; en consecuencia, también señalaron que "se va a tener que hacer en algún momento lo mismo que en 2009, que una semana completa se limitó a la población y no se dejó (sic) salir a nadie". Asimismo, mencionaron las fallas de la intervención sanitaria en ese año: las autoridades dejaron "pasar mucho tiempo desde que se conocieron los primeros casos hasta que se hizo la vigilancia epidemiológica y el rastreo de personas con quienes tuvieron contacto" (*El Universal,* 2020, 31).

4. El presidente de los Estados Unidos Mexicanos afirmó triunfal: "tenemos los médicos, los especialistas, los hospitales, la capacidad para hacerle (sic) frente a este caso de coronavirus. Estamos preparados". Además, sin conocimiento de causa, afirmó de manera tajante: "No es algo terrible, fatal. Ni siquiera es equivalente a la influenza" (*El Universal,* 2020, 42).

La primera afirmación de López Obrador iba totalmente en sentido contrario a la denuncia del enorme déficit de personal médico hecha por él mismo, el 14 de julio de 2019, durante una gira por Michoacán: "nos faltan 123 000 médicos generales y 72 000 especialistas. Tenemos 270 600 médicos generales y, de acuerdo con la norma internacional, deberíamos de contar con 393 600"; es decir, el país registraba un déficit de 123 000 médicos generales; las informaciones proporcionadas por los servicios de prensa de la oficina de la presidencia completaban el diagnóstico de López Obrador: "de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, México cuenta con 146 300 médicos especialistas y deberían haber 219 000"; en este caso particular, el déficit era de 72 700 especialistas; de ahí, la conclusión: "en suma al país le faltan 200 000 médicos" (Oficina de la Presidencia, 2020).

En ese mismo tenor, el 7 de abril, en plena expansión de los contagios locales, el secretario de Salud retomó *grosso modo* y completó las cifras presentadas nueve meses antes por López Obrador: "reconoció que México tiene un déficit de 200 000 médicos y de 300 000 enfermeras"; precisó que "del déficit de 200 000 médicos, 123 000 son generales y alrededor de 76 000 son especialistas"; en el caso de las enfermeras, la situación del país era peor: "(se necesitan) 300 000 mínimo, hacen falta muchísimo, es (sic) una necesidad" (Arista, 2020).

Las informaciones sobre el personal médico especializado para enfrentar la crisis sanitaria disponible en el sistema público de salud, también redimensionaban el

optimismo exagerado de López Obrador. Así, el 19 de marzo, el director general del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece, dependiente de la SS) indicó que el sistema público de salud contaba con más de 150 000 trabajadores, de los cuales eran 112 042 enfermeras y 27 596 médicos generales; nótese, estas cifras se sitúan muy por debajo de las presentadas por López Obrador y por su secretario de salud; el diferencial, sin duda, se debe a que éstos consideraban el sistema de salud nacional en conjunto, mientras el director general del Cenaprece hacía referencia exclusivamente al personal disponible en el sistema público de salud. En todo caso, en las áreas de especialidades específicas para atender infecciones respiratorias el censo era muy pobre, pues había 1 284 urgenciólogos, 440 epidemiólogos, 207 neumólogos y 174 infectólogos (Flores, 2020); si traducimos estas cifras a las tasas por cada 100 000 habitantes utilizadas en las mediciones internacionales, considerando una población total de 123.52 millones de personas en 2020, la proporción es todavía más pobre: 1.04 urgenciólogos, 0.36 epidemiólogos, 0.17 neumólogos y 0.14 infectólogos.

Otro estudio publicado en 2018 mostraba la distribución desigual de los médicos especialistas (ME) en el territorio nacional; indicaba que, estimando la población total del país en 123.52 millones de habitantes señalados anteriormente y el número total de ME es de 147 910, la tasa media nacional por cada 100 000 habitantes era de 119.8; a partir de este criterio, mostraban que solo la CDMX, Nuevo León, Jalisco y Yucatán tenían tasas superiores a la media nacional que iban de 505.7 a 135.0; para el resto de los estados, las tasas variaban, con una gran amplitud, desde un máximo de 118.7, en Querétaro, hasta un mínimo de 35.9 en Chiapas (Heinze-Martin *et al.*, 2018). Cierto, el estudio abarcaba todas las especialidades y el lector puede imaginar que la distribución geográfica de los especialistas para la atención de los afectados por la pandemia era todavía peor.

El 4 de abril, todo indica que los pronósticos moderados iniciales sobre la pandemia habían sido ampliamente rebasados por los acontecimientos y que era necesario abandonar el optimismo desmedido inicial; solo así es explicable el comentario de López Obrador durante la conferencia mañanera de ese día:

> Uno de los rezagos que tenemos, una de las herencias nefastas del periodo neoliberal es la falta de médicos especialistas en el país, no tenemos todos los médicos especialistas que requiere el país, ojalá y esto lo alcancen a internacionalizar los que defendían y siguen

> defendiendo ese modelo inhumano cuyo propósito fundamental era sacar provecho personal, el saqueo, la corrupción, ahora tenemos que enfrentar esta carencia y si no tenemos en general el número de especialistas que se requieren, como se comprenderá, no tenemos el número de especialistas que se requiere para enfrentar la pandemia, sobre todo los especialistas para terapia intensiva, entonces vamos a fortalecer un plan emergente (Espino y Jiménez, 2020, párr. 3).

Ese plan de emergencia estuvo centrado sobre la "Jornada nacional de reclutamiento y distribución de recursos humanos en salud: México contra COVID-19"; orientada hacia el reclutamiento tanto de médicos, generalistas y especialistas, como de médicos residentes de posgrado, por las diferentes instituciones públicas de salud. La primera parte del presente capítulo es dedicada a este tema, concentrando nuestra atención sobre las condiciones generales del reclutamiento, así como la discusión entre la SS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) sobre la pertinencia de las cifras presentadas por el responsable de la primera; asimismo, a través del contraste de las convocatorias del IMSS para reclutar médicos y la de la SS para contratar médicos y médicos residentes, destacamos las condiciones de contratación de ambos tipos de personal sanitario en el IMSS; mostramos la permanencia de las viejas estructuras del corporativismo priista: las relaciones laborales triangulares gobierno-sindicato-empleados.

En la segunda parte del presente capítulo, volvemos, en un sentido amplio, sobre las condiciones de trabajo, internas y externas, del personal médico. En una primera sección abordamos, primero, las protestas del personal médico para ilustrar la precariedad de las sistemas y protocolos de protección para dicho personal, al atender enfermos de COVID-19; segundo, destacamos el movimiento de los médicos internos de pregrado (MIP), organizado en torno a la denuncia de esas precariedades y a la reivindicación del reconocimiento de sus relaciones y derechos laborales por parte de las instituciones hospitalarias. En la segunda sección, analizamos las condiciones externas a los hospitales del desempeño del personal médico: destacamos en primer término las agresiones físicas y verbales de las cuales han sido objeto enfermeras y médicos; en segundo lugar, resaltamos la ausencia de respuestas o de respuestas débiles de las autoridades ante la problemática.

La campaña de reclutamiento de personal médico

El inicio de la "Jornada nacional de reclutamiento y distribución de recursos humanos en salud: México contra COVID-19" fue anunciada el 4 de abril, durante la conferencia matutina de López Obrador (Gobierno de México, 2020a); ese mismo día, en la conferencia vespertina sobre COVID-19 (Gobierno de México, 2020b), los funcionarios del sistema estatal de salud presentaron dos iniciativas puestas en práctica para remediar la escasez de médicos especialistas para enfrentar la pandemia.

La primera de ellas fue el anuncio del "Modelo en cascada" para la formación de especialistas en la atención de enfermos graves de coronavirus. Un médico (o una enfermera) especializado en terapia intensiva, tendría a su cargo la formación de otros cinco médicos (o enfermeras); al final, cada uno de estos estaría facultado para atender hasta cinco pacientes críticos.

La segunda iniciativa fue el anuncio, por parte del responsable de la Coordinación Nacional Médica del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), de la convocatoria titulada "México contra COVID-19. Jornada nacional de reclutamiento y contratación de recursos humanos para la salud". El texto de la convocatoria estaba marcado por la generalidad de sus cuatro rubros principales:

1. Estaba destinada a "Médicas(os) y Enfermeras(os) generales y especialistas, Personal paramédico y de apoyo a los servicios de salud […]".
   a. Durante la presentación, el funcionario de la SS señaló que el interés prioritario era la contratación de médicos especialistas en terapia intensiva, infectología, urgenciología y anestesiología; por supuesto, sin excluir médicos y enfermeras generales.
   b. Otro aspecto importante es que la convocatoria no precisaba el número de plazas disponibles; pese a ello, durante la conferencia de prensa, el responsable precisó las metas de las contrataciones: 6 600 médicos y 12 300 enfermeras. El propósito del gobierno era alcanzar 100% de las contrataciones el 20 de abril.
2. Los requisitos para participar exigían: "compromiso para servir al Pueblo de México"; "título, cédula profesional o documento que acredite el perfil profesional"; "no estar inhabilitada(o) para el servicio público, ni encontrarse en alguna otra causa de impedimento legal".

3. Las condiciones de contratación indicaban: "contratación eventual hasta por 6 meses, con seguridad social y todas las prestaciones de la ley"; "salario competitivo"; "capacitación para manejo técnico de equipo, protección personal, prevención de infecciones, entre otros".
    a. La contratación temporal del personal médico marcaba el programa: se trataba de una iniciativa para enfrentar un problema urgente, pero con una respuesta puntual y temporal; en modo alguno se pretendía comenzar a resolver las carencias estructurales del sistema público de salud. Adicionalmente, el representante del INSABI indicó que la convocatoria era un esfuerzo conjunto de las instituciones de salud; sin embargo, al consultar la página del Gobierno de México, titulada "México contra COVID-19", los interesados en registrarse para participar en la convocatoria eran canalizados hacia la SS, el ISSSTE o el IMSS; el punto es doblemente importante pues las prestaciones de ley estarían sujetas a las ofrecidas por cada una de las instituciones de salud y, además, cada institución preservaría su propio funcionamiento sin intervención de terceras partes.
    b. El tema de los salarios fue evocado por uno de los asistentes a la conferencia; el director general del IMSS hizo referencia a los salarios devengados por los médicos generales (26 600 pesos mensuales) y por los especialistas (34 755 pesos mensuales) en su institución; equívocamente, algunos medios consideraron el primero de ellos como el ofrecido a través de la convocatoria (por ejemplo, ver Ramírez, 2020). Ante pregunta expresa, el representante del INSABI reconoció que, hasta ese momento, no habían fijado ningún monto salarial y prometió hacerlo público cuando hubiera sido definido; pero hasta el momento de escribir estas líneas, la información no había sido difundida.
4. Los estímulos ofrecidos eran: "un mes de salario por adelantado, al momento de la firma del contrato"; "pago de viáticos en caso de existir comisiones para el desempeño de la función"; "la capacitación y el cumplimiento del contrato otorgarán dos puntos para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)".

Es interesante ver que el primer estímulo era el pago de un mes por adelantado; el punto es relevante pues es "archisabido" que el pago del primer salario puede tardar un tiempo indefinido en las instituciones de la administración pública. Los viáticos

no resultaban muy atractivos, pues estarían sujetos a comisiones definidas por las funciones acordadas a cada persona contratada. Más interesante resultaba la obtención de dos puntos para el ENARM, sobre todo para los jóvenes egresados de las escuelas de medicina deseosos de proseguir su formación de posgrado, en las especialidades ofrecidas por el sistema universitario y de salud pública. Como veremos en la siguiente sección, este estímulo adquirió gran relevancia, en el caso particular del IMSS.

En resumen, la información sobre la contratación de personal médico, presentada el 4 de abril, durante la conferencia vespertina sobre COVID-19 era muy general. Más tarde, conforme progresaban la pandemia y el proceso de contratación surgieron informaciones nuevas.

El informe general de la SS sobre contrataciones

El 12 de mayo, el secretario de Salud ofreció informaciones sobre el estado en que se encontraba el proceso de contratación de personal médico, hasta ese momento (ver cuadro 1). El rasgo más notorio es que, de acuerdo con la meta original de 6 600 médicos y 13 300 enfermeras por contratar, el secretario anunció haber contratado 10 869 (+95.57%) médicos y 20 166 (+63.95%) enfermeras. Las cifras son bivalentes: por un lado, muestran el éxito de la convocatoria gubernamental y, por otro, revelan las disparidades de ese sector específico del mercado laboral. En efecto, si tenemos en consideración que, en la convocatoria original la proporción de enfermeras/médicos era 13 300/6 600 o 2.02 enfermeras por cada médico, en el personal contratado la proporción fue de 20 166/10 869 o 1.85 enfermeras por cada médico. Visto desde la perspectiva del segmento específico del mercado laboral, la oferta de médicos desempleados o subempleados era mayor que la oferta de enfermeras en situaciones análogas. Esta desproporción es todavía más notoria cuando se hace referencia, por separado, al personal médico generalista y especializado: en el primer caso, la proporción fue de 0.41 enfermeras por cada médico especialista; en el segundo, de 2.59 enfermeras por cada médico general.

Estas disparidades en la relación enfermeras-médico, primero, apuntan hacia un sistema escolar con deficiencias generales, pero también particulares con respecto a la escasa formación de especialistas en las áreas de medicina y enfermería; en el caso de las enfermeras, la escasez es todavía más aguda que la de los médicos; así, una

nota publicada por el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República, recuperando las cifras sobre el déficit de 123 000 médicos generalistas y 72 000 médicos especialistas, presentado por López Obrador, indicaba: "para el caso de la enfermería, si bien no hay una estimación oficial disponible, algunos análisis sugieren que hacen falta 730 mil enfermeras y enfermeros para cubrir las necesidades sanitarias del país" (Patiño y Giles, 2020); esta cifra supera ampliamente la presentada días atrás por el secretario de Salud; ahora bien, de acuerdo con esas estimaciones, por cada médico faltante, harían falta 3.74 enfermeras. Segundo, en términos prácticos, las disparidades entre el personal médico implicaron la necesidad de adaptar el sistema de capacitación "en cascada", a las condiciones específicas del personal médico disponible: *a)* Los especialistas contratados no necesariamente correspondían a las disciplinas requeridas para enfrentar la emergencia sanitaria; en consecuencia, se imponía la necesidad de especializar en cuidados intensivos a algunos (médicos y/o enfermeras) que, a su vez, tendrían bajo su responsabilidad cinco (médicos y/o enfermeras) capacitados para atender enfermos críticos. *b)* En el nivel de las instituciones, las proporciones entre enfermeras y médicos eran muy dispares; en el caso de los especialistas, el IMSS y la SEMAR registraron proporciones por debajo de la media, mientras eran superiores en SSA, ISSSTE y, sobre todo, SEDENA; en el caso del personal generalista, SS e IMSS sobresalen con proporciones superiores a la media; en el otro extremo se encontraban ISSSTE, SEMAR y SEDENA (ver cuadro 2).

Cuadro 1. Personal contratado por el sector salud
(Corte 11 de mayo de 2020)

	Total	Médicos			Enfermeras			Otro
	Personal	Subtotal	Especialistas	Generales	Subtotal	Especialistas	Generales	Personal
IMSS	19 153	3 429	1 315	2 114	6 661	91	6 570	9 063
ISSSTE	2 506	775	310	465	1 043	182	861	688
SSA	17 839	5 243	1 807	3 436	10 214	861	9 353	2 382
SEDENA	4 450	1 299	193	1 106	2 101	353	1 748	1 050
SEMAR	299	123	50	73	147	15	132	29
PEMEX	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	44 247	10 869	3 675	7 194	20 166	1 502	18 664	13 212

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud (2020).

En ese contexto, el 14 de junio el secretario general del Comité Ejecutivo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social cuestionó los aspectos cualitativos de las cifras presentadas un mes antes por el secretario de Salud y añadió otras de interés para los fines de nuestro trabajo.

La información más relevante fue que el IMSS no había contratado ningún especialista: "las categorías principales [del personal contratado] son enfermería, medicina general, personal de limpieza y, en menor número, de almacén. Médicos especialistas no hemos contratado, por la carencia que hay […], en México no existen los suficientes" (Miranda, 2020). Obviamente, para el ciudadano común se trata de la palabra del secretario de Salud (en calidad de representante del gobierno federal) contra la del dirigente sindical (como vocero de los trabajadores del Instituto); la pregunta lógica resultante del desmentido sindical consiste en saber cuántos especialistas fueron contratados en otras instituciones; desafortunadamente, la información disponible mediante las redes no permite responder de manera asertiva.

En ese contexto, el 14 de junio, el secretario general del Comité Ejecutivo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social cuestionó los aspectos cualitativos de las cifras presentadas un mes antes por el secretario de Salud y añadió otras de interés para los fines de nuestro trabajo.

La información más relevante fue que el IMSS no había contratado ningún especialista: "las categorías principales [del personal contratado] son enfermería, medicina general, personal de limpieza y, en menor número, de almacén. Médicos especialistas no hemos contratado, por la carencia que hay […], en México no existen los suficientes" (Miranda, 2020). Obviamente, para el ciudadano común se trata de la palabra del secretario de Salud (en calidad de representante del gobierno federal) contra la del dirigente sindical (como vocero de los trabajadores del Instituto); la pregunta lógica resultante del desmentido sindical consiste en saber cuántos especialistas fueron contratados en otras instituciones; desafortunadamente, la información disponible mediante las redes no permite responder de manera asertiva.

El segundo dato importante concierne a la convocatoria del gobierno federal del 4 de abril; pues, de acuerdo con el sindicalista, el 28 de marzo el IMSS abrió una convocatoria con la finalidad de contratar especialistas en 10 áreas médicas (IMSS, 2020).[1] Es decir, el IMSS se había adelantado a la iniciativa conjunta del sistema de salud, presentada el 8 de abril. Respecto a esta, aquél fue tajante: "ante el déficit de especialistas, el IMSS lanzó la convocatoria para la contratación de médicos residentes. Los equipos de respuesta se conformarán por neumólogos, internistas, intensivitas y urgenciólogos, así como enfermeros, especialistas intensivistas y generales" (Miranda, 2020). Como señalamos líneas arriba, la convocatoria era tan general que cabe la posibilidad de que el IMSS se acomodase a ella para poner en práctica una estrategia institucional propia y sobre la base de la contratación de médicos residentes, poniendo en evidencia el desfase existente entre el IMSS y la Secretaría de Salud en lo que se refiere a las iniciativas prácticas para enfrentar la emergencia sanitaria. La inclusión de dos puntos para el ENARM en los estímulos ofrecidos a quienes respondieran a la convocatoria es una señal inequívoca que tiende a confirmar esta suposición.

Sobre esta base, es pertinente analizar con detalle las condiciones de operación de la convocatoria en el IMSS, pues ilustra los mecanismos de contratación prevalecientes en las instituciones de salud pública; es decir, se trata del sistema de relaciones laborales desarrolladas por el priismo y vigentes hasta ahora, pese a la alternancia política, basadas en el corporativismo donde el sindicato media la relación entre el gobierno patrón y el personal médico empleado.

---

[1] La convocatoria puede ser consultada en línea, sin embargo, la fecha de publicación fue el 27 de marzo. Las 10 especialidades incluidas fueron: epidemiología, infectología, neumología, pediatría en servicios de urgencia, terapia intensiva, geriatría, medicina interna, otorrinolaringología, pediatría médica y urgencias (IMSS, 2020).

Las condiciones de contratación de médicos y enfermeras en el IMSS

En efecto, pese a las declaraciones reiteradas del cambio institucional promovido por la 4T, las condiciones de contratación del personal médico por parte del IMSS (y, nos atrevemos a decir, de la SS, del ISSSTE y de PEMEX) fueron determinadas por el sistema de relaciones laborales propio del corporativismo priista: es decir, la relación entre el gobierno-patrón y el médico/enfermero-empleado sigue siendo mediada por el sindicato, por una casta trabajadora por su origen, pero que ha hecho de la vida sindical una esfera de intereses diferentes a los de los trabajadores directos.

El peso de los sindicatos se refleja en que la convocatoria del 8 de abril, pese a haber sido presentada como única y en nombre de todas las instituciones del sistema público de salud, en términos prácticos fue administrada separadamente por cada una de las instituciones y la razón de ello es que el Estado, empleador en última instancia, está sujeto, mediante el sistema de relaciones laborales, a los dictados de cada sindicato institucional, cuando menos en materia de contrataciones; en ese sentido, cabe suponer que, en el caso del IMSS, la contratación del personal bajo dicha convocatoria se ajustaba a los criterios de la publicada por el Instituto el 27 de marzo; así, esta última en la primera de las bases de participación estipulaba:

> El ingreso se desarrollará en estricto apego a los principios de legalidad, transparencia, eficiencia, objetividad, calidad, imparcialidad y equidad de género, sujetándose el desarrollo del proceso a las cláusulas 22 y 23 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente, así como al Reglamento de Bolsa de Trabajo inserto en el referido instrumento jurídico y lo enunciado en la base (sic) QUINTA y SEXTA de la presente Convocatoria (IMSS, 2020).

Al estar, tanto el contrato colectivo como el reglamento de la bolsa de trabajo bajo el control del sindicato, la contratación del personal médico quedaba sujeto a las reglas establecidas por la burocracia sindical. Así, la base quinta de la convocatoria del 27 de marzo establecía que el "proceso selectivo" sería "aplicable solo a médicos especialistas interesados en formar parte de la Bolsa de Trabajo", es decir, dispuestos a someterse a las reglas del sindicato. En efecto, el Artículo 1 del Reglamento de Bolsa de Trabajo indica que: "el ingreso de trabajadores de base, a (sic) obra determinada o substitutos, se hará invariablemente a través de las Bolsas de Trabajo, establecidas en los términos de este Reglamento en todo el sistema" (SNTSS, 2020). Con el adverbio

"invariablemente", el reglamento de marras extiende su cobertura a la contratación temporal mediante la convocatoria del 8 de abril y, dado que el Artículo 2 define la bolsa de trabajo como "el organismo que opera el registro de propuestas sindicales, de candidatos y su nominación para ocupar plazas vacantes y de nueva creación", el sindicato termina por decidir quiénes son susceptibles de ser contratados.

Por otra parte, la cláusula 22 del contrato colectivo referida en la convocatoria establece el monopolio del sindicato tanto sobre el contrato como sobre la exclusividad de "los puestos de base" existentes o "que se aumenten o modifiquen"; además, establece con claridad meridiana que "para trabajar en el IMSS es requisito indispensable ser miembro del SNTSS"; por si eso no bastara, el IMSS queda obligado a solicitar al sindicato el personal que requiera, mientras, este proporcionará dicho personal, sobre la base de las estipulaciones de la cláusula 23 del contrato colectivo (SNTSS, 2020).

La cláusula 23, a su vez, estipula que todos los trabajadores (de base, para obra determinada, para sustituciones o de nuevo ingreso) "provendrán invariablemente de las Bolsas de Trabajo"; con esto, queda cerrado el círculo del monopolio sindical sobre las contrataciones y el gobierno, en tanto que el patrón, en última instancia, queda limitado a proponer los programas institucionales, mientras el sindicato administra la contratación de recursos humanos, fuente de sus intereses gremiales.

En relación con las condiciones de contratación, la convocatoria de la SS del 8 de abril, pese a su generalidad, era más explícita que la del IMSS del 27 de marzo; en efecto, como condiciones de contratación aquella señalaba: "contratación eventual hasta por seis meses, con seguridad social y todas las prestaciones de la ley", "salario competitivo" así como "capacitación para el manejo técnico de equipo, protección personal, prevención de infecciones, entre otros" (Gobierno de México, 2020b). Para nuestros fines interesan las dos primeras condiciones.

Siendo temporal, la contratación no sería necesariamente por seis meses en todos los casos; pues la expresión "hasta por seis meses" denota la posibilidad de contratar por plazos más breves, suponemos que en función de la evolución de la pandemia. En el caso particular del IMSS, el representante sindical afirmó que "sobre el contrato, el periodo mínimo es de seis meses, pero te doy la seguridad de que se les seguirá dando contrato, quizá no de manera continua, pero sí en cuanto haya oportunidad" (Miranda, 2020). De cualquier forma, predominaba la incertidumbre laboral en un contexto marcado por una profunda recesión económica, por una pérdida drástica de empleos y por el subempleo de personal calificado, como el médico.

Cuadro 2. Sueldos tabulares mínimos, prestaciones y compensaciones económicas en caso de defunción otorgados por el IMSS a los contratados recientes

	Médicos		Enfermeras		Residentes	
	General	Especialista	General	Especialista	R1	R8
SUELDOS MINIMOS PAGADOS DURANTE LA PANDEMIA						
a. Sueldo base mensual	7 941	10 459	2 808	5 046	2 288	2 930
Sueldo base diario	265	349	94	168	76	98
b. Beca					2 808	3 565
c. Bono COVID-19 (20% sueldo)	1 588	2 092	562	1 009	458	586
d. Ingreso mensual (a+c o a+b+c)	9 529	12 551	3 370	6 055	5 554	7 081
PRESTACIONES SEGÚN CONTRATO COLECTIVO						
e. Renta	500	500	500	500	500	500
Adicional: 60.05% del sueldo	4 769	6 281	1 686	3 030	1 374	1 759
f. Guardería	400	400	400	400	400	400
g. Aguinaldo (3 meses por año o equivalente a la fracción de año trabajada)*	1 985	2 615	702	1 262	286	366
h. Despensa	400	400	400	400	400	400
INGRESO TOTAL MENSUAL	17 583	22 746	7 058	11 647	8 514	10 507
COMPENSACIONES EN CASO DE DEFUNCIÓN						
Pagadas por el IMSS						
i. Fondo de ayuda	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000
j. Seguro	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
k. 1 095 días de sueldo	289 847	381 754	102 492	184 179	83 512	106 945
l. 50 días por año trabajado o por fracción equivalente	6 618	8 716	2 340	4 205	1 907	2 442
m. Subtotal	516 464	610 469	324 832	408 384	305 419	329 387
Pagadas por el SNTSS						
n. 100 días de sueldo	26 470	34 863	9 360	16 820	7 627	9 767
o. Seguro de vida	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
p. Subtotal	71 470	79 863	54 360	61 820	52 627	54 767
TOTAL	587 934	690 333	379192	470 204	358045	384 153

* Libre de impuestos

Fuente: Elaboración propia, con información de Miranda, 2000 y de SNTSS, 2020.

En cuanto a las prestaciones ofrecidas por el IMSS, el dirigente sindical indicó que los contagiados de COVID-19 como consecuencia de su trabajo "recibirán incapacidad de riesgo de trabajo" y "se les dará su sueldo íntegro". En caso de fallecimiento debido a una infección contraída durante el trabajo, "se les paga no solo lo que compete como personal sindicalizado, sino [también] un fondo de ayuda por defunción, que corresponde a 160 000 pesos, más 60 000 pesos que da la aseguradora"; otros apoyos económicos ofrecidos por el IMSS son: 1 095 días de salario, además de 50 días de paga por cada año laborado; 100 días de salario para gastos de funeral y 45 000 pesos por el seguro de vida estipulado por el contrato colectivo; un bono COVID-19 consistente en un pago extra quincenal equivalente a 20% del salario. Dado que todo el personal contratado por el IMSS forma parte del sindicato, estas prestaciones también benefician a los trabajadores temporales contratados por el IMSS para enfrentar la pandemia.

En relación con el "salario competitivo" indicado en la convocatoria, el representante sindical no dio ninguna información; sin embargo, diferentes fuentes señalan montos muy diversos:

1. El director general del IMSS, en la Conferencia COVID-19 del 4 de abril, habló de un abanico salarial que iba de 26 600 a 34 750 pesos mensuales, entre médicos generalistas y médicos especialistas; para fines de comparación con otras fuentes, podemos decir que el salario promedio sería de 15 037 pesos mensuales.
2. El tabulador salarial del contrato colectivo de trabajo SNTSS-IMSS indica salarios base mensuales de 7 941 y de 10 459 pesos, para las dos categorías de médicos; dos cosas deben ser tomadas en consideración: primero, se trata del sueldo base, bruto y sin tener en cuenta las prestaciones económicas omnipresentes en las instituciones dependientes financieramente del gasto público; segundo, si tenemos en cuenta las prestaciones más importantes garantizadas mediante el contrato colectivo de trabajo,[2] los ingresos totales mensuales de cada categoría de médicos serían 17 583 y 22 746 pesos (véase cuadro 2).
3. Las estimaciones realizadas por el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República situaban, en 2019, el salario medio de los médicos en 16 146 pesos mensuales; en la medida en que se trata de la media nacional, esta cifra incluye

[2] El contrato colectivo vigente indica explícitamente que solo el aguinaldo es libre de impuestos; en consecuencia, es de esperar que todos los demás rubros del ingreso total están sujetos al pago del impuesto sobre la renta.

médicos de los servicios público y privado; en ese sentido, los ingresos mensuales brutos de los médicos empleados por el IMSS son superiores al ingreso promedio estimado en el estudio del Instituto Belisario Domínguez.

4. En el caso de los sueldos pagados a las enfermeras, el director general del IMSS no hizo ninguna mención; sin embargo, el tabulador salarial del contrato colectivo define un sueldo mensual mínimo de 4 974 pesos para una enfermera general y otro máximo de 8 340 pesos para una enfermera jefa de piso; si a esos sueldos base añadimos las prestaciones, los ingresos mensuales brutos serían de 7 058 y 11 647 pesos (véase cuadro 2); el primero estaría por debajo de los 9 909 pesos mensuales, estimados en el estudio del Instituto Belisario Domínguez; mientras el segundo estaría por arriba.

Ahora bien, si, como punto de comparación, tomamos los 143 054 pesos mensuales devengados como ingreso bruto mensual por el presidente de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados, 2019), encontramos que el trabajo de riesgo realizado por los médicos equivale a 12.29% o a 15.90%; en el caso de las enfermeras, la variación va de 4.93 a 8.14%. En referencia a las compensaciones económicas en caso de defunción, para los médicos representaría 4.06 o 4.76 veces el salario mensual bruto del presidente; en el caso de las enfermeras, la proporción sería 2.63 o 3.27 veces dicho salario.

En esas condiciones cabe preguntarse si la ausencia de respuesta por parte de médicos especialistas mencionada por el representante del SNTSS también ha estado acompañada de un análisis costo-beneficio, realizado por los escasos profesionales existentes, para desempeñar una labor de alto riesgo. De ser así, en el caso del IMSS, adquiere plena justificación la reorientación de la convocatoria del 27 de marzo para reclutar médicos especialistas hacia la contratación de médicos residentes o de aspirantes a ingresar a la residencia médica, mediante la convocatoria del 4 de abril.

Las condiciones laborales de los médicos residentes de posgrado en el IMSS

El contrato colectivo de trabajo suscrito por el SNTSS con el IMSS también regula las relaciones de los médicos residentes de posgrado (MRP) con el IMSS y con el mismo sindicato. Así, el control ejercido por el sindicato para proporcionar al Instituto

todo el personal (con excepción de los "empleados de confianza") requerido para su funcionamiento también se extiende a los médicos residentes; de acuerdo con el "Reglamento de médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad" integrado en el contrato colectivo, los principales aspectos de la incorporación de los MRP al Instituto son los siguientes:

1. El número de MRP es determinado por el sindicato, en función de la convocatoria definida juntamente con el IMSS (Artículo 21).
2. La selección de los MRP es realizada por una comisión mixta, integrada por dos representantes del IMSS y uno del sindicato (Artículo 22).
3. La contratación de los MRP es por tiempo determinado (Artículo 24); en consecuencia, los deberes y derechos laborales de los MRP son los mismos de cualquier empleado del Instituto.
4. Los requisitos de ingreso son dos: *a)* la aprobación de un examen aplicado por el IMSS y *b)* en igualdad de circunstancias, los familiares de los trabajadores del IMSS tendrán preferencia sobre los otros candidatos (Artículo 25).
5. Las prestaciones del contrato colectivo de trabajo son extendidas a los MRP:
   a. El sueldo es determinado por el tabulador (ver cuadro 2).
   b. Reciben una beca complementaria, fijada por el tabulador salarial.
   c. El IMSS cubre 50% de la colegiatura universitaria.
   d. El IMSS proporciona ayuda económica para la adquisición de material didáctico (Artículo 30).

En resumen, para fines laborales, los MRP tienen los mismos derechos y obligaciones que todos los trabajadores tanto ante el IMSS, como ante el sindicato. La única diferencia entre ellos y el resto de los empleados son el sueldo base y la beca complementaria del mismo (véase cuadro 2). Uno y otro son definidos por el tabulador salarial del contrato colectivo; este, a su vez, establece ocho niveles entre los residentes:

Para el residente nivel 1, el sueldo base es de 2 288 pesos y la beca, de 2 808 pesos;[3] si, además, tenemos en consideración que el bono COVID-19 de 20% del salario base equivale a 458 pesos, el ingreso mensual básico sería de 5 554 pesos brutos; las prestaciones reguladas por el contrato colectivo equivalen a 2 960 pesos

[3] Beca libre de impuestos.

y, con ellas, el ingreso mensual bruto es de 8 154 pesos. Para el residente en el nivel 8, los mismos rubros representan un ingreso mensual básico de 7 081 pesos brutos y las prestaciones 3 425 pesos, totalizando 10 507 pesos como ingreso mensual bruto.

En términos comparativos, los sueldos y prestaciones de los MRP se sitúan entre los ingresos totales del personal de enfermería y, junto con este, son quienes han recibido la responsabilidad de la atención directa de los enfermos de COVID-19. Un aspecto que no hemos podido dilucidar mediante la información difundida por los medios, es la jornada de trabajo; pues, de acuerdo con el Reglamento, un MRP está comprometido a trabajar cuando menos 5 horas por semana en el hospital asignado por el IMSS, el resto del tiempo es dedicado a la formación académica en la facultad de adscripción; pero, una vez contratado para atender casos COVID-19, ningún informe notifica cuánto tiempo habrá de dedicar al trabajo en el hospital, aunque cabe suponer que sería dedicación de tiempo completo, durante un máximo de seis meses.

De cualquier forma, para un graduado en la Licenciatura de Medicina, con credenciales de médico generalista, los ingresos económicos no son el principal incentivo para aceptar un trabajo que implica un riesgo grave; quedaría por indagar directamente con los MRP la importancia que tiene para ellos la experiencia y el currículo adquiridos como elementos importantes para ser aceptados en la residencia médica de posgrado cuando son recién egresados o para aspirar a una plaza en el IMSS al ser reclutados en calidad de MRP.

También queda pendiente ver las condiciones en que este tipo particular de personal médico ha sido incorporado a la atención de enfermos de COVID-19 en otras instituciones.

Las condiciones de trabajo, internas y externas, del personal médico

El 23 de marzo, el vocero gubernamental para la pandemia indicó que, hasta ese día, el gobierno tenía registrados 367 contagios confirmados, de los cuales 292 eran importados, 70 asociados a los casos importados y solo 5 sin antecedentes identificables de importación (Gobierno de México, 2020c). El número de contagios, en principio, era manejable; pues los casos importados y los relacionados con ellos debían estar plenamente identificados. Pese a ello, en esa fecha fue registrada la primera manifestación del personal médico en la escala nacional, para protestar por

la ausencia de material sanitario y de protocolos para atender los contagiados. Se trataba de los primeros desmentidos, por parte del personal médico, a la afirmación enfática de López Obrador pronunciada prácticamente un mes antes: "tenemos los médicos, los especialistas, los hospitales, la capacidad para hacer frente a este caso de coronavirus. Estamos preparados".

La protesta nacional del 23 de marzo fue realizada por el personal médico del IMSS y todo indica que el sindicato había sido rebasado, pues las fuentes hemerográficas señalan que los antecedentes de protestas habían comenzado diez días antes, en diferentes centros hospitalarios del IMSS (Moreno, 2020). En el margen de las protestas del personal médico del IMSS, los representantes sindicales e institucionales negociaron un convenio sobre las medidas que habría de adoptar el Instituto en relación con su personal para evitar contagios; pero nada mencionaba sobre las condiciones de trabajo del personal responsable de atender directamente los enfermos de COVID-19. El informe periodístico correspondiente indicaba que:

> Los trabajadores lamentaron que no existan medidas de prevención adecuadas para garantizar el abasto de dichos insumos [para atender enfermos de COVID-19], especialmente porque se avecina la fase 2 de la contingencia, en la cual se incrementarán de manera exponencial, sin que exista la seguridad de que los trabajadores contarán con los materiales necesarios para hacer su trabajo sin exponer su salud (Moreno, 2020, párr. 7).

A partir de entonces, las movilizaciones del personal médico fueron frecuentes y, por regla general, el motivo de las protestas ha sido la carencia de equipo sanitario para atender adecuadamente a los enfermos de COVID-19 y la ausencia de medidas para proteger la integridad física de médicos, enfermeras y personal involucrados en la atención de los contagiados. A continuación, analizaremos dos temas relacionados con las condiciones de trabajo de segmentos importantes del personal médico: el primero es el movimiento de los médicos internos de pregrado (MIP) de la UNAM, organizado en torno a dos reivindicaciones centrales: la seguridad personal en el contexto de la pandemia y el reconocimiento de las relaciones laborales que los vinculan a las instituciones hospitalarias. El segundo tema es complementario de la seguridad del personal médico dentro de los hospitales: la seguridad en el exterior, puesta en riesgo por las agresiones físicas contra médicos y enfermeras por el temor de la población a la transmisión de las infecciones.

El movimiento fallido de los médicos internos de pregrado

A partir del 23 de marzo, las protestas del personal médico fueron constantes por la impreparación de las autoridades sanitarias federales para proveer los insumos sanitarios necesarios para una intervención segura y eficiente del personal médico. Una acción significativa fue la decisión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México de "separar los internos [de pregrado] de las sedes clínicas a partir del 6 de abril y hasta el 30 de abril, momento en el cual se valorará nuevamente la situación". De acuerdo con las instancias académicas de la Facultad "los internos de pregrado no podrán estar en los servicios de urgencias, en la ruta de los pacientes de COVID-19 o en áreas de terapia intensiva" (Wong, 2020). La explicación de la UNAM sobre esa situación fue la siguiente:

> […] en muchos casos, los internos están realizando acciones que no les corresponden sin contar además con la protección y capacitación adecuada (sic), situación que se repite en diferentes sedes a pesar de la buena voluntad de las autoridades educativas de los hospitales, y que responden a diversas situaciones generales y particulares entre otras que no cuentan con un equipo de protección suficiente para los internos (Wong, 2020).

Fuentes informativas alternas daban una explicación más profunda a esta decisión institucional (Oile, 2020): después del 24 de marzo, fecha de inicio de la fase 2 de la política sanitaria, los MIP de la UNAM habrían exigido a las autoridades sanitarias de la Ciudad de México el reconocimiento de derechos laborales; pues, siendo becarios y sin el reconocimiento formal como trabajadores, carecen de derecho a contar con equipo de protección, cualesquiera que sean las funciones desempeñadas en los hospitales; es factible que la intención de los MIP era ser reconocidos laboralmente de manera análoga a los MRP en el IMSS, por ejemplo; es decir, con el pago de un salario y con derechos laborales.

Ante la negativa de las autoridades sanitarias de reconocer esos derechos, los MIP habrían solicitado el respaldo de la Facultad de Medicina, para exigir medidas de protección y para no suspender sus actividades. La intervención de las autoridades universitarias habría permitido llegar a un primer acuerdo con la Secretaría de Salud (SEDESA) de la Ciudad de México: "las actividades de internos de pregrado ubicados tanto en el primero como en el segundo nivel de atención quedan suspendidas hasta

nuevo aviso, lo mismo para el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Hospital Médica Sur y Hospital Escandón" (Oile, 2020). Pero el resto de las instituciones de salud (SS, IMSS, ISSSTE y PEMEX) estuvieron al margen de ese acuerdo y los MIP reaccionaron extendiendo su movilización y aumentando la presión sobre las autoridades universitarias; estas, finalmente, el 6 de abril anunciaron el retiro de todos sus MIP de las instituciones a las cuales se encontraban adscritos (Oile, 2020).

Nótese, la medida de la UNAM incumbía a los estudiantes de licenciatura, es decir, a los médicos en formación académica; pero aunque no se tratara de los estudiantes de posgrado, sujetos potenciales de la convocatoria del 4 de abril, la medida práctica de la UNAM anunciada dos días después, ponía en entredicho las capacidades institucionales para enfrentar la pandemia, al mismo tiempo que desmovilizaba a los estudiantes. Ante el riesgo de extensión de un movimiento que se desarrollaba en los hospitales y que atraía estudiantes de otras instituciones, el 8 de abril, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Anáhuac siguieron el ejemplo de la UNAM y retiraron sus estudiantes de la Licenciatura en Medicina de los hospitales donde estaban adscritos como residentes (*Quadratín*, 2020).

Con ello, el desafío de fuerzas entre los MIP y las autoridades sanitarias estaba prácticamente resuelto; las segundas respondieron presionando a los estudiantes para que volviesen a las instituciones hospitalarias de adscripción; hacia finales de abril, antes de terminar el plazo del retiro de funciones respaldado por la UNAM, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la SEDESA emitió un oficio con sus respuestas al conflicto:

1. Establecía la primera quincena de mayo como periodo para que los MIP se reincorporasen a sus actividades.
2. Señalaba que "los MIP sin factores de riesgo deberían permanecer en las unidades médicas por jornadas no mayores de 24 horas y retirarse al término de estas.
3. Resaltaba que "aquellos MIP que tengan alguna condición de riesgo para desarrollar complicaciones en caso de tener COVID-19, como embarazo o en lactancia, enfermedades crónicas como obesidad mórbida, insuficiencia renal, lupus, cáncer, diabetes, hipertensión o inmunosupresión adquirida, seguirán fuera del servicio sin perder el apoyo monetario".

4. Establecía que los MIP "que no tengan factores de riesgo para COVID-19 y no se reincorporen al servicio en las unidades de salud durante la primera quincena de mayo, podrán continuar con su formación académica, pero tendrán que llegar a un acuerdo con la institución educativa y perderán su beca".
    a. Indicaba que "los servicios estatales de salud y las unidades receptoras de MIP tienen hasta el 18 de mayo para informar a quiénes se les suspenderá temporal o de manera definitiva el pago de su beca por no haber regresado a sus actividades". Además, advertía:
        - "El pago de la beca podrá reactivarse a partir de su reincorporación efectiva en las unidades de salud a que sean asignados. En ningún caso aplicarán pagos retroactivos. Una vez que termine la contingencia por la pandemia podrán retomar sus actividades en la unidad de salud asignada, pero solo por el tiempo que falte de la promoción, en ningún caso habrá ampliación del ciclo".
        - "Al concluir el ciclo, los sistemas de salud y la DGCES extenderán la carta de término a los médicos internos de pregrado sin factores de riesgo que se hayan reincorporado y dejará claro que aquellos sin factores de riesgo que decidan voluntariamente no reincorporarse podrán solicitar una constancia por el tiempo de servicio efectivo en la unidad de salud que les corresponda" (Miranda *et al.*, 2020).

Las respuestas de la DGCES despertaron las suspicacias de los MIP, pues las becas fueron suspendidas durante el retiro de los hospitales y las cartas de término indicarían el tiempo que estuvo cada MIP en funciones; existía el temor de que dichas cartas no fuesen aceptadas para obtener la titulación o que fueran consideradas como un antecedente negativo en el momento de presentarse al examen para la residencia de posgrado (Arista, 2020b).

La prensa concentró su atención sobre la ola levantada por la decisión de las instituciones de educación superior de retirar sus estudiantes de medicina de los centros hospitalarios; sin embargo, descuidó por completo la corriente de fondo constituida por un movimiento estudiantil, con reivindicaciones académicas y laborales. Sobre este, la información disponible permite destacar las siguientes características: primero, se trató de un movimiento localizado en la Ciudad de México; segundo, la movilización estudiantil se desarrolló en los centros

hospitalarios y fue encabezada por los MIP de la Facultad de Medicina de la UNAM; tercero, su localización en los hospitales sensibilizó a los MIP de otras instituciones, creando las condiciones para que deviniese un movimiento interinstitucional; cuarto, las autoridades de la UNAM, siempre sensibles a las manifertaciones estudiantiles susceptibles de perturbar su funcionamiento, mediante el retiro de sus estudiantes de los hospitales, frenaron una movilización que no debía interesar a un gobierno preocupado por el efecto de su política sanitaria sobre su imagen pública; quinto, la intervención de las autoridades de otras instituciones reforzó la desmovilización estudiantil.

Al final, el desafío de fuerzas fue ganado por un gobierno que utiliza los mismos mecanismos institucionales de las administraciones pasadas. Los MIP debieron incorporarse a las instituciones hospitalarias como becarios, sin derechos laborales y con todos los riesgos sanitarios, legales y académicos del caso.

Agresiones contra el personal médico

El 1 de junio, el vocero gubernamental para la pandemia anunció 93 345 contagios y 10 167 defunciones acumuladas. El mismo día, un grupo de cinco diputadas del Partido Revolucionario Institucional (PRI) propuso un punto de acuerdo para que "el Poder Legislativo haga un exhorto a las instancias correspondientes, con el objetivo de cuidar y defender a los profesionales de salud". Las legisladoras señalaban la gravedad de "que los trabajadores de salud se preocupen por la falta de insumos de protección y la saturación en hospitales, y además se cuiden de ser víctimas de actos discriminatorios y posibles ataques de algunos ciudadanos" (Cámara de Diputados, 2020); ponían el dedo sobre la llaga lacerante del sistema nacional de salud pública, abierta por las administraciones federales anteriores (bajo la responsabilidad de su partido y del Partido Acción Nacional) y no cerrada por la administración actual; pero también indicaban otro fenómeno social de carácter estructural: la siempre presente violencia contra el personal médico, recrudecida a raíz de los temores y prejuicios de los sectores más atrasados de la sociedad mexicana.

En efecto, con la difusión de la información sobre el progreso de las infecciones locales, comenzaron las expresiones de la violencia contra el personal médico, a lo largo y ancho del país, como puede ser constatado mediante la revisión de la prensa.

Desafortunadamente, ninguna institución, pública o privada, lleva un registro sistemático de todas las agresiones sufridas por el personal médico (Observatorio Nacional Ciudadano, 2020). Esa ausencia impide realizar un diagnóstico certero sobre este problema; sin embargo, las agresiones se han producido y son un segundo factor de riesgo para el personal sanitario; un riesgo que debería ser considerado en los contratos colectivos, en la medida en que el desempeño profesional implica la integridad física y moral del personal médico. Por nuestra parte, deseamos resaltar algunos de los aspectos más relevantes de esta problemática determinada por el contexto de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

Un récord estadístico incompleto y no sistemático

Las notas periodísticas sobre los informes oficiales relacionados con las agresiones contra personal médico son, con frecuencia, contradictorias y es difícil sistematizar los datos presentados. El informe de la Secretaría de Gobernación (SG), correspondiente a abril-mayo de 2020 (Gobierno de México, 2020c), es más sistemático, pero presenta los datos separados de acuerdo con la institución que los ha recuperado; en consecuencia, no es posible tener una visión de conjunto, pues no es posible saber si hay repeticiones en esos registros.

Así, la SG da cuenta de 103 agresiones contra personal de salud, detectadas mediante "fuentes abiertas" y realizadas durante abril-mayo:

1. En términos del tipo de agresiones: 45 fueron físicas; 25 verbales; 2 escritas; 31 de otro tipo.
2. En relación con el sexo del agredido: 51 fueron contra mujeres; 26 contra hombres; 26 sin sexo definido.
3. Con respecto a la ocurrencia por estados: 19 fueron en CDMX; 15 en Jalisco; 7 en Coahuila e Hidalgo; 6 en Yucatán; 5 en Querétaro y Veracruz; 4 en Guerrero y Morelos.
4. Sobre los agresores, la información es interesante:
    a. 50 eran hombres; 9 mujeres; 44 no hay sexo identificado.
    b. En 68 casos, el agresor estuvo acompañado por dos o más personas: familiares o vecinos (Gobierno de México, 2020d).

5. La SG también registra 55 agresiones contra el personal de enfermería del IMSS:
6. Por tipo de agresiones: 17 fueron físicas y 24 verbales.
7. Por el sexo del agredido: 43 contra mujeres y 12 contra hombres.
8. En cuanto a la distribución geográfica, Veracruz predominaba con 12, seguido por Jalisco (10), Estado de México (9), CDMX (5), San Luis Potosí (5), Tamaulipas y Yucatán (4 cada uno), Sinaloa (3), así como Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Tabasco y Zacatecas (con 1 cada uno).
9. Fueron cometidas 44 agresiones en medios de transporte o en la vía pública (Gobierno de México, 2020d).

Como hemos mencionado, las cifras son parciales y, además, solo referidas a abril y mayo; faltaría incorporar las agresiones registradas durante junio, julio y agosto para tener un cuadro más completo del problema. En todo caso, podemos destacar algunos elementos generales:

> Primero, entre el personal agredido predominan las mujeres; los informes periodísticos suelen destacar que las agresiones, físicas o verbales, en la calle van dirigidas principalmente contra aquellas ataviadas con ropa de trabajo. Esta pauta permite entrever diferentes prejuicios anclados en la cultura popular masculina: la indefensión de las mujeres, la impotencia y el miedo masculinos canalizados agresivamente contra ellas como transmisoras de males. En contraparte, las agresiones contra los hombres suelen ser hacia médicos en los lugares de trabajo y están vinculadas con la responsabilidad adjudicada por los familiares al médico tratante.
>
> Segundo, en la mayoría de los casos, los agresores actúan colectivamente, buscando eludir la responsabilidad individual y utilizando el grupo para asumir una conducta que no adoptarían como individuos.
>
> Tercero, las agresiones en la vía pública son predominantes; esto es una consecuencia directa de los dos elementos anteriores y está vinculada con el desarrollo de la pandemia en un medio urbano que garantiza el anonimato y la impunidad.
>
> Cuarto, en términos numéricos, las agresiones están en relación directa con el tamaño de la población de los conglomerados urbanos. En ese sentido, vale la pena destacar que, durante la fase de difusión de los contagios (febrero-julio), la pandemia se desarrolló esencialmente en esos espacios; en consecuencia, en

términos estadísticos, es normal que las agresiones tengan una mayor incidencia en las entidades geográficas con numerosa población urbana; sin embargo, esto entraña una paradoja cultural, pues la mayor frecuencia de agresiones se presenta en las áreas donde la población detenta altos niveles de escolaridad y donde sería esperado un comportamiento individual más racional.

Una actitud más que tolerante de las autoridades

En términos generales, el portavoz gubernamental para política sanitaria orientada a mitigar los efectos de la pandemia COVID-19 indicó que, al ponerla en práctica, el gobierno mexicano sería "respetuoso de los derechos humanos y de las libertades civiles" (Gobierno de México, 2020d); como vimos anteriormente, esa actitud fue determinante en el fracaso de la política sanitaria aplicada desde el inicio de su fase 2 hasta la instauración de la "nueva normalidad" y constituye el marco general de las agresiones contra el personal médico. El informe de la SG sobre violaciones de derechos humanos en el contexto de la pandemia aporta elementos adicionales sobre esa actitud que va más allá de la tolerancia de conductas que atentan contra el interés público. En efecto, en la primera sección del informe señala con índice flamígero que "los gobernadores, al ser autoridad sanitaria, tienen facultades para dictar medidas sanitarias en el ámbito de sus competencias. No obstante, algunas acciones que estos han adoptado han rebasado sus facultades y han representado riesgos para la protección y garantía de los derechos humanos" (Gobierno de México, 2020d). El lenguaje utilizado es ambiguo; pues si los gobiernos estatales pusieron en práctica medidas sanitarias que rebasaban sus facultades y que, además, violaban los derechos humanos, la función de la instancia responsable del gobierno interior era denunciar dichas violaciones e imponer medidas correctivas; sin embargo, la autoridad optó por calificar dichas acciones como "riesgos para la protección y garantía de los derechos humanos".

Esto es tan evidente que, en los dos párrafos siguientes, la SG ofrece argumentos sólidos para justificar "toda medida que restrinja derechos"; pues su puesta en práctica considera la autoridad:

> […] (1) debe tener un fin legítimo y constitucionalmente válido, como la salud pública; (2) debe ser idónea para alcanzar el fin perseguido: (3) la medida debe ser necesaria; (4) no debe haber otra medida menos lesiva que logre el mismo fin; (5) se debe ponderar si el beneficio obtenido por la medida es mayor a la afectación ocasionada, y (6) la medida debe tener una temporalidad limitada y estar sujeta a vigilancia (Gobierno de México, 2020d).

Estos criterios permiten a la SG evaluar las políticas sanitarias puestas en práctica por cada una de las autoridades de las 32 entidades de la federación. Así, el cuadro titulado "Total de medidas extraordinarias por entidad que implican una restricción de derechos implementadas por la Ciudad de México, los estados y municipios", incluye 428 de esas medidas puestas en práctica por los gobiernos estatales: comienza por el de la CDMX, con un total de 43 iniciativas, y culmina con los de Campeche y de Tlaxcala, cada uno con tres medidas.

El cuadro, además, incorpora ocho tipos de medidas "que implican una restricción de derechos": reducción de movilidad, filtros sanitarios, uso obligatorio del cubrebocas, toque de queda, acceso restringido, restricción de movilidad, cierre de acceso y otra. En sentido estricto, las medidas bien hubieran podido ser limitadas a tres: reducción de movilidad, uso obligatorio de cubrebocas y otra; pues las demás son diferentes modalidades de la reducción de movilidad y no hay una justificación jurídica para presentarlas por separado.

Más allá de las objeciones taxonómicas de "las restricciones de derechos", destaquemos las finalidades de las mismas: de acuerdo con el vocero gubernamental para la pandemia, la sana distancia y la permanencia en casa tenían (y, para quien puede hacerlo durante la "nueva normalidad", permanecer en casa sigue teniendo) como principal finalidad reducir y, si posible, suprimir los contagios; en otros términos, las medidas sanitarias son "el medio idóneo para alcanzar el fin perseguido", es decir, reducir o suprimir los contagios para disminuir o evitar muertes causadas por el SARS-CoV-2. En última instancia, lo que está en juego con las "restricciones de derechos" es el derecho a la vida, el derecho humano fundamental e incuestionable en cualquier contexto cultural o jurídico.

En este marco, la reducción de movilidad (bajo cualquiera de sus formas) y el uso obligatorio de cubrebocas son constitucionalmente justificados por ser medidas necesarias para preservar la salud pública; Hugo López-Gatell repitió hasta el cansancio

que el confinamiento aplicado durante las fases 2 y 3 de la política sanitaria tenía como finalidad mitigar los contagios y, en consecuencia, el número de decesos; cierto, su opinión sobre la efectividad del uso del cubrebocas no ha sido constante, pero las instituciones internacionales de salud e incluso el IMSS recomiendan su uso en espacios concurridos para reducir la emisión de micropartículas de saliva contaminada o para limitar su aspiración por personas sanas; la polémica persiste entre una autoridad federal reacia a hacer obligatorio el uso del cubrebocas y autoridades estatales inclinadas hacia esa obligatoriedad.

En todo caso, mientras las restricciones de la movilidad impuestas por el confinamiento atentan contra el derecho constitucional de libre circulación, el uso obligatorio del cubrebocas no lesiona ningún derecho civil, ni mucho menos humano. En cambio, el beneficio obtenido por ambas medidas (salvar vidas) es mayor a la afectación ocasionada (suprimir transitoriamente el libre albedrío en la movilidad territorial e imponer el uso incómodo de un utensilio sanitario en los espacios públicos).

La emergencia sanitaria generada por la difusión del SARS-CoV-2 creó una situación de excepción donde la seguridad colectiva debía ser puesta temporalmente por encima de las libertades individuales; sin embargo, las autoridades federales optaron por privilegiar las segundas sobre la primera, con los consecuentes 75 457 decesos registrados hasta el 24 de septiembre de 2020.

Esta actitud defensiva a ultranza de derechos generales es el reflejo de una cultura legalista que privilegia los derechos sobre los deberes que siempre deberían acompañarlos. Pero para los responsables políticos es más cómodo y, sobre todo, más redituable en términos de imagen pública, reivindicar derechos que enunciar las obligaciones a la que quedan sujetos los individuos para gozar esos derechos. En el contexto de la pandemia, los derechos de cada individuo deberían ser determinados por la obligación de respetar la vida de los otros; sin embargo, una porción importante de los integrantes de nuestra sociedad tiene poco aprecio por su vida y, en consecuencia, desprecia la de los demás.

Este tema es importante, pues en su informe, la SG denuncia puntualmente prácticas sanitarias de los gobiernos estatales que "restringen" derechos de los ciudadanos; pero si violación de derechos hubo, la SG se privó de definir las sanciones a las cuales se hacían acreedoras las autoridades estatales. Y eso que ocurre en el plano político general, se repite en el plano concreto de la vida cotidiana del personal médico: la

autoridad nunca ha sido clara sobre las sanciones legales que merecen quienes agreden física o verbalmente al personal médico.

Ejemplos de esa ausencia de claridad son el mismo informe de la SG y los boletines del Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (Conapred) con motivo de las expresiones de violencia contra el personal y las instalaciones hospitalarias.

En el caso de la SG, además de los datos estadísticos sobre las agresiones contra el personal médico, presenta informaciones sobre casos destacados por la prensa nacional; pero, nuevamente, se abstiene de tipificar los delitos cometidos y las sanciones derivadas de ellos cuando es agredido un integrante del personal médico.

El 30 de marzo, ante el conocimiento "de actos en contra de la integridad del personal de salud debido a sospechas infundadas sobre su estado de salud", el Conapred se limitó a señalar las funciones del personal de salud en el marco de la pandemia y a proporcionar los datos del Conapred para levantar una queja en caso de agresión (Conapred, 2020a). Asimismo, el 1 de abril hizo un llamado "enérgico" a la población "a evitar amenazas o actos de violencia contra el personal de salud o las instalaciones hospitalarias" (Conapred, 2020b); comparado con el llamado "enérgico" a la población, la reacción institucional fue débil, pues se limitó a señalar que "dañar o destruir las clínicas y hospitales puede constituir un delito", en vez de precisar cuál era el delito y cuáles las sanciones derivadas de su comisión; todavía más, guardó silencio sobre las consecuencias legales de las agresiones contra el personal médico.

Durante la pandemia, surgieron prácticas y expresiones de diferentes grupos de la población que atentan contra su propia vida y que ponen en riesgo la de los demás; un síntoma grave y extremo de la decadencia de nuestra sociedad nacional. Los principios básicos de la democracia, libertad e igualdad no pueden florecer en un terreno donde el ser individual no es apreciado por la persona ni por la colectividad. La reeducación o, si se quiere, la regeneración de la sociedad pasa, en primer término, por la de sus responsables políticos; pues, como hemos visto con el uso del cubrebocas y de los "detentes", su ejemplo influye directamente sobre el comportamiento de los individuos.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha puesto al descubierto las carencias en materia de personal médico, tanto general como especializado. Sería de esperar que las experiencias derivadas de la política sanitaria sirviesen para empezar a subsanar las múltiples deficiencias existentes en el sistema de salud; en lo referente al personal especializado, dos acciones se imponen como necesidades absolutas: del lado de la oferta, la formación de recursos calificados (en pregrado y en posgrado) debería ser intensificada para superar el déficit de 200 000 médicos y 730 000 enfermeras; respecto de la demanda, el sistema nacional de salud debería crear nuevas plazas, con salarios que integren el conjunto de las prestaciones, a fin de satisfacer todas las necesidades básicas de sus trabajadores (y de todos los servicios públicos).

Dada la enorme importancia de la formación práctica de médicos en los hospitales, las experiencias de los MRP en el IMSS deberían servir de base para el reconocimiento de los derechos laborales de los MIP. Salvando las diferencias en materia de formación académica y hospitalaria, los servicios de estos son análogos a los de aquéllos y no debería existir ningún impedimento para incorporarlos a los marcos legales laborales, en la medida en que se encuentran en una suerte de limbo entre la universidad y el hospital.

En términos de las condiciones de trabajo del personal de salud, cualquier reforma hospitalaria debería garantizar la seguridad sanitaria de quienes tienen en sus manos la salud de los ciudadanos. En el momento de escribir estas conclusiones, una nueva polémica ha surgido entre el gobierno y los comunicadores en torno al número de muertes por COVID-19 entre el personal médico. De acuerdo con los medios, un informe de Amnistía Internacional publicado el 3 de septiembre de 2020 indicaba que en todo el mundo "son al menos 7 000 profesionales de la salud que han perdido la vida por la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2"; de esos, 1 320 corresponderían a México; 1 077 a Estados Unidos; 634 a Brasil (Forbes, 2020c).

El director general de epidemiología de la SS tuvo la responsabilidad de responder ese mismo día, precisando que "para hacer una comparación entre países, o incluso entre estados y municipios, es preferible comparar tasas y no números totales porque el sector salud es diferente en cada región" (Ortiz, 2020). El director general citó las cifras actualizadas el 3 de septiembre: entre los trabajadores de la salud, la SS registró 104 590 contagiados y 1 410 fallecidos, cifras superiores a las presentadas

por Amnistía Internacional; pero si tenemos en cuenta que el total acumulado de infectados fue de 616 894 y el de decesos de 66 329, los trabajadores de la salud representan 16.95 y 2.13% de esos totales. La primera proporción es muy elevada y permite entrever las carencias en materia de protección para el personal de salud dentro de las instalaciones hospitalarias. La segunda es menos escandalosa, pero el director general de epidemiología optó por desestimar la cifra absoluta presentada por Amnistía Internacional, mediante una cifra absoluta más grande, sin lograr refutar el argumento de la organización defensora de los derechos humanos: México es el país con el mayor número absoluto de muertes por COVID-19 entre el personal de salud.

Cuadro 3. Balance de contagios y decesos totales y entre el personal de salud (3 de septiembre de 2020)

	Infecciones		Decesos	
	Total	%	Total	%
Personal de salud	104 590	100	1 410	100
Médicos	28 239	27	691	49
Enfermeras	43 928	42	254	18
Laboratoristas	2 092	2	28	2
Odontólogos	1 046	1	28	2
Otros	29 285	28	409	29
Total acumulado	616 894		66 329	

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020e.

El informe de Amnistía Internacional señalaba que "las personas encargadas de la limpieza en los hospitales de México son especialmente vulnerables a la infección. Muchas de ellas están subcontratadas, lo que significa que tienen menos protección" Servicio Especial de la Mujer México (SEMMéxico, 2020). Sin embargo, el director de epidemiología respondió con datos completamente diferentes: de los 105 490 casos de infecciones entre el personal de salud: 42% correspondía a enfermeros; 27% a médicos; 2% a laboratoristas; 1% a odontólogos; la clasificación otros acumulaba 28%. Es decir, de acuerdo con las cifras oficiales, 69% de los contagios correspondió al personal médico directamente en contacto con los pacientes.

En relación con los decesos, las proporciones eran drásticamente diferentes: 49% correspondió a médicos, 18% a enfermeras, 2% tanto a laboratoristas como

odontólogos; 29% a otros. Los médicos sacaban la peor parte con prácticamente la mitad de los decesos. Quedaría por ver, cuáles son las subcategorías de médicos más o menos afectadas.

Más allá de las proporciones de los contagios, de los decesos o de la comparabilidad con otras experiencias, estas informaciones refuerzan nuestros argumentos y nuestra conclusión: las condiciones de seguridad para el personal de salud han sido deficientes y requieren atención urgente e inmediata, pues la primera ola local de contagios todavía no termina y en el resto del mundo comienza ya la segunda.

El informe de Amnistía Internacional (2020) menciona la necesidad de reformas institucionales y legales para subsanar estas deficiencias. Como hemos visto en la segunda parte de este capítulo, esas reformas necesitarían cubrir tanto el entorno hospitalario como el social del personal de salud, para garantizar su seguridad sanitaria y su integridad física.

CAPÍTULO V

EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL: LA MOVILIDAD DE LOS ENFERMOS Y EL RIESGO SANITARIO

Las estadísticas oficiales de la pandemia han acaparado la atención de los medios; ante la ausencia de la aplicación de pruebas en números suficientes y de manera aleatoria (con el fin de garantizar la validez estadística de una muestra representativa sobre la extensión de la difusión del SARS-CoV-2 en el territorio nacional), instituciones y expertos en modelos matemáticos han presentado sus propias estimaciones y cuestionado los resultados presentados, tarde tras tarde, por el gobierno federal. Así, bajo presión mediática, de vez en vez, las autoridades de salud revisan sus cifras y presentan datos indicativos de que la pandemia ha ido más lejos de lo que ellas mismas aceptan.

Como ejemplo tenemos los datos presentados durante la Conferencia COVID-19 del 6 de septiembre de 2020, el director general de promoción de la salud de la SS indicó que, hasta ese día, tenían registrados 67 326 defunciones de enfermos de COVID-19. En contrapunto, el director general del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece) señaló que, de acuerdo con el Registro Nacional de Población (Renapo), del 15 de marzo al 1 de agosto, "se esperaba que ocurrieran 207 450 muertes y se reportaron 330 050 decesos, 59% más" (Boites, 2020); en términos absolutos, eso significaba 122 600 decesos no esperados, durante el periodo del conteo. El funcionario indicó que esas cifras solo incluían 24 entidades federativas y que quedaban fuera Chiapas, Durango, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Yucatán; estas, en conjunto, concentraban 26 027 632 habitantes, 20.75% de la población total estimada del país, al 20 de junio de 2020, y, al no ser incluidas en la contabilidad de decesos, volvían a arrojar una subestimación de las muertes no esperadas.

Un ejercicio aritmético permite comprender el alcance posible de los decesos durante el desarrollo de la pandemia; en efecto, en el cuadro 1 consideramos la población total del país, estimada por el Consejo Nacional de Población (Conapo,

2010) en 127 091 642 personas; las 24 entidades incluidas en la contabilidad del director del Cenaprece concentran 101 064 010 habitantes; las mortalidades esperada y registrada correspondientes eran de 207 450 y 330 050 personas; es decir, la tasa esperada de mortalidad era de 0.2053%; pero, la tasa registrada fue de 0.3266%. Si consideramos que todo el país se comporta homogéneamente y que las tasas de mortalidad son las mismas para las 32 entidades federativas; en esas condiciones, para las ocho entidades federativas excluidas del conteo del Cenaprece, tendremos que las mortalidades esperada y registrada eran de 53 426 y 85 000 decesos; es decir, 31 574 muertes estimadas y no consideradas en el conteo del Cenaprece.

La suma de los dos excesos de muertes arroja un total de 154 174 decesos. Ahora, si tenemos en consideración que, el 1 de agosto de 2020, el registro oficial indicaba un total acumulado de 47 472 muertes por COVID-19, podemos concluir que, por cada deceso incluido en el registro oficial, quedaban fuera del mismo 2.25 decesos; cierto, dada la ausencia de pruebas de contagio, es imposible afirmar que ese exceso de decesos estuvo ligado directamente a la infección COVID-19; sin embargo, podemos afirmar que el mismo fue el resultado del contexto sanitario generado por la pandemia, en el cual se conjugan el SARS-CoV-2 y los factores de comorbilidad señalados en el capítulo I del presente trabajo.

Sobre la base del informe del Cenaprece del 6 de septiembre, un experto en matemáticas señalaba que "el riesgo real para la población [que llega a contagiarse] en su conjunto es más bien cercano a 1%, suponiendo que se brinda atención médica oportuna" y "suponiendo que la tasa de mortalidad en México fuera de 2% (por las debilidades del sistema de salud y de las comorbilidades), los datos del Cenaprece permiten afirmar que ya hay mucho más de 10 millones de personas que han sido contagiadas" (Rojas, 2020). A partir de esos criterios, si 154 174 decesos representan 1.00% de los contagios, tendríamos un total de 15 417 400; si representaran 2.00%, el total sería 308 348 personas; en todo caso, el supuesto básico es que los 154 174 decesos extraordinarios serían causados por el SARS-CoV-2; sin embargo, como hemos indicado, sin la aplicación masiva y aleatoria de las pruebas COVID-19, es imposible afirmar que todos los decesos se deben exclusivamente a la infección del coronavirus; en todo caso, el SARS-CoV-2 se conjuga con los factores de comorbilidad y éstos pueden intervenir como causas de muertes no esperadas.

Cuadro 1. Decesos esperados y registrados 15 de marzo-1 de agosto 2020

	Población	Esperados	Decesos Registrados	Diferencial
Tasa de mortalidad		0.2053	0.3266	0.1213
Decesos COVID-19, 1/08/20			47 472	
24 entidades incluidas	101 064 010	207 450	330 050	122 600
8 entidades excluidas	26 027 632	53 426*	85 000*	31 574*
Población total	127 091 642	260 876	415 050	154 174

* Cifras estimadas

Fuente: Elaboración propia, con información de Boites, 2020 y de Gobierno de México, 2020a.

En todo caso, las tasas de mortalidad de 1.00 o 2.00% del total de contagiados permiten ir más allá del total acumulado de 47 442 decesos, registrados oficialmente el 1 de agosto de 2020; ese número sería la consecuencia necesaria de 4 747 200 o de 2 878 600 contagios. Sobre estas bases, si la tasa de mortalidad fuera de 1.00% del total de contagios, el número total de estos oscilaría entre 4 747 200 (a partir del registro oficial) y 15 417 400 contagios (si todas las muertes excedentarias fueran por COVID-19); si esa tasa fuera de 2.00%, el margen de variación sería entre 2 878 600 y 7 708 700 contagios. En todo caso, el subconteo de decesos implica necesariamente un subregistro de los contagios y las tasas de mortalidad oficiales distorsionan la extensión real de los mismos.

Con la finalidad de ofrecer al lector elementos para trascender esa distorsión, en el capítulo final de nuestro trabajo analizamos algunas dimensiones cuantitativas del funcionamiento del sistema hospitalario nacional. Nuestro objetivo es poner de relieve tanto formas de operación de dicho sistema que influyeron en la expansión de las infecciones, como indicadores cuantitativos que revelaron cualidades específicas del funcionamiento del sistema de salud durante la reconversión hospitalaria.

Para alcanzar nuestros cometidos, utilizamos la base oficial de datos sobre el coronavirus (Gobierno de México, 2020b); incluía un total de 1 053 835 registros hospitalarios, durante el periodo 1 de enero a 26 de agosto de 2020; si tenemos en cuenta que el primer contagiado fue registrado oficialmente el 27 de febrero, las discordancias con el registro oficial presentado durante las conferencias vespertinas sobre la pandemia comienzan a salir a flote: la base de datos de la

SS indica dos hechos importantes: *a)* Los dos primeros enfermos de COVID-19 fueron hospitalizados el 13 y 29 de enero; se trataba de un hombre de 26 años y una mujer de 27. *b)* El 27 de febrero fueron registrados cuatro contagios; todos eran hombres nacidos en la CDMX; tres de ellos seguían residiendo en esta, y uno en Guerrero; sin embargo, este último no fue atendido en la entidad de residencia, sino en Sinaloa. Por otra parte, el registro muestra que dos comenzaron a tener síntomas de COVID-19, el 22 de febrero uno de ellos fue declarado enfermo ambulatorio (en Sinaloa) y el otro hospitalizado (en la CDMX); los otros comenzaron con síntomas, el 23 y 27 de febrero; este último tenía 65 años, fue hospitalizado ese mismo día y el 30 de abril murió aparentemente debido a las complicaciones derivadas de la diabetes y COVID-19. Estos seis primeros casos resaltan debido a los siguientes aspectos:

Primero, ponen en entredicho el registro oficial presentado tarde tras tarde en la Conferencia COVID-19; pues sus animadores siguieron insistiendo que el primer contagio en México fue registrado el 27 de febrero, cuando la base de datos oficial no solo indica dos contagios previos, sino también que ese día fueron registrados cuatro casos.

Segundo, la primera muerte fue determinada por complicaciones resultantes de COVID-19 en un paciente diabético; en el contexto social mexicano, los especialistas en sociodemografía están al tanto de que padecimientos cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, inmunosupresión, hipertensión, obesidad, deficiencias renales crónicas y tabaquismo son muy frecuentes y que algunas de esas patologías figuran entre las principales causas de mortalidad (ver capítulo I del presente libro); los epidemiólogos, en consecuencia, tenían todos los elementos para prever un escenario de la mortalidad determinado por la acción de esos factores y del SARS-CoV-2.

Tercero, la movilidad territorial de enfermos (como en el caso del contagiado originario de la CDMX, pero residente en Guerrero y atendido en Sinaloa) fue un vector de contagio muy importante; pues aun cuando la base de datos no indica dónde pasó la convalecencia ese enfermo, es de suponer que de Sinaloa, volvió a Guerrero, su lugar de residencia, con todos los riesgos que ello implica para terceras personas en contacto directo con él, durante los traslados, así como en los lugares de tratamiento médico y de convalecencia.

Cuarto, *a posteriori*, este riesgo potencial, pero no menos real, representado por enfermos trasladándose de una a otra entidad, pone en entredicho la pertinencia de la decisión oficial entorno a la laxitud de los confinamientos individuales y colectivos, so justificación de no violentar los derechos humanos y las libertades civiles de los ciudadanos.

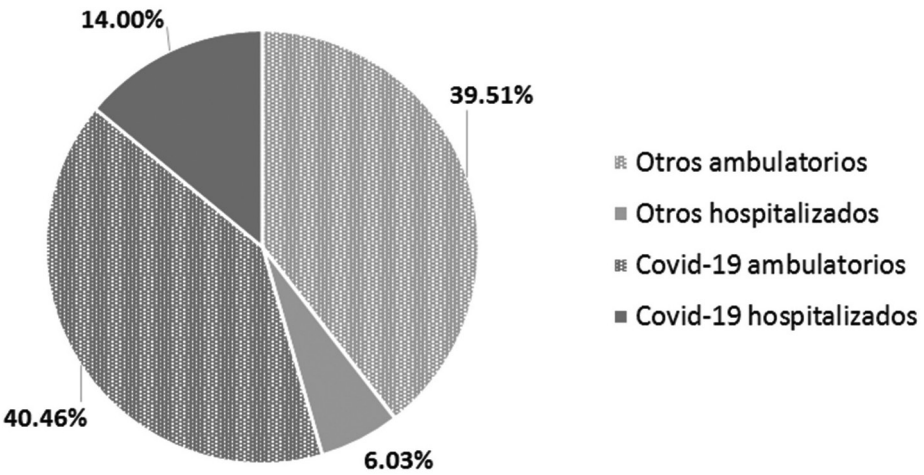
La movilidad de los enfermos de COVID-19 es, en consecuencia, el hilo conductor del presente capítulo. Como veremos a continuación es el resultado de la improvisación en la escala nacional, así como de la ausencia de mecanismos efectivos de coordinación entre autoridades federales y estatales. Siguiendo esta idea rectora, en la primera parte analizamos las características generales del funcionamiento del sistema hospitalario, destacando la influencia de las elevadas tasas de mortalidad entre los hospitalizados en la construcción de una imagen de los hospitales como cámaras de la muerte. En la segunda parte, iniciamos el análisis del funcionamiento del sistema hospitalario en la escala de las entidades federativas; ponemos de relieve las características de las entidades que concentran el mayor número de enfermos ambulatorios y de enfermos hospitalizados, de tal manera que sirven de transición para la tercera parte. En esta, volvemos sobre el funcionamiento del sistema hospitalario destacando las entidades que atraen enfermos residentes en otras entidades y aquellas cuyos enfermos locales optan por buscar los servicios médicos en otros estados; dicho de otra manera, definimos el sistema de flujos de enfermos entre entidades y ponemos de realce el peligro real que representan como vectores de contagio.

El SARS-CoV-2 y la mortalidad: los hospitales percibidos como cámara de la muerte

Nuestra primera aproximación al funcionamiento hospitalario es necesariamente general, para resaltar el cambio en el foco de atención del sistema de salud nacional; en efecto, la pandemia impuso la necesidad de atender un número creciente de enfermos de COVID-19, a tal punto que, de 1 053 833 personas atendidas del 1 de enero al 26 de agosto de 2020, la atención brindada a enfermos de COVID-19 creció de 0.0 a 54.46%, del 27 de febrero al 26 de agosto; en sentido inverso, la atención para otro tipo de enfermos decreció de 100.00 a 45.54 por ciento.

Por supuesto, esta dinámica afectó esencialmente los 900 hospitales reconvertidos para atender a enfermos COVID-19 (ver capítulo II); en ellos, la atención a otros enfermos fue reducida, cuando no cancelada, obligando a la reprogramación de tratamientos médicos considerados no urgentes. Si vemos con más detalle el tipo de enfermos, sabremos que, por cada paciente hospitalizado por otras enfermedades (6.03% del total), los hospitales internaron 2.37 enfermos de COVID-19 —14.00% del total— (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Atención hospitalaria, por tipos de enfermos, 1 enero-26 agosto 2020



Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020b.

A partir de esta gráfica, podemos destacar algunas de las condiciones de operación de los hospitales reconvertidos para la atención de los contagiados de COVID-19. El primer aspecto que debe ser destacado es que todos los enfermos incluidos en la base de datos oficial fueron sometidos a pruebas para confirmar o negar los contagios de COVID-19; es decir, todos los enfermos, por necesidad, convivieron en los hospitales, tornando estos en focos potenciales de contagio y temidos por la población, como muestran informes periodísticos o testimonios individuales. El segundo es que esa convivencia se acentuó en los casos de los enfermos hospitalizados y, pese a las medidas sanitarias para aislar uno y otro tipo de enfermos, la percepción de la población sobre el riesgo representado por los hospitales tendió a ser un disuasivo para recurrir a ellos,

ya fuese para consulta o para hospitalización, cuando los síntomas de COVID-19 eran evidentes. Tercero, dada la laxitud de las medidas de aislamiento individual o colectivo, las 426 374 personas (40.46% del total de enfermos) contagiadas de COVID-19, declaradas como enfermos ambulatorios, se convirtieron en propagadores del virus. Finalmente, sin pruebas masivas de COVID-19 es imposible evaluar el número de enfermos asintomáticos, ni el alcance estimado de la pandemia.

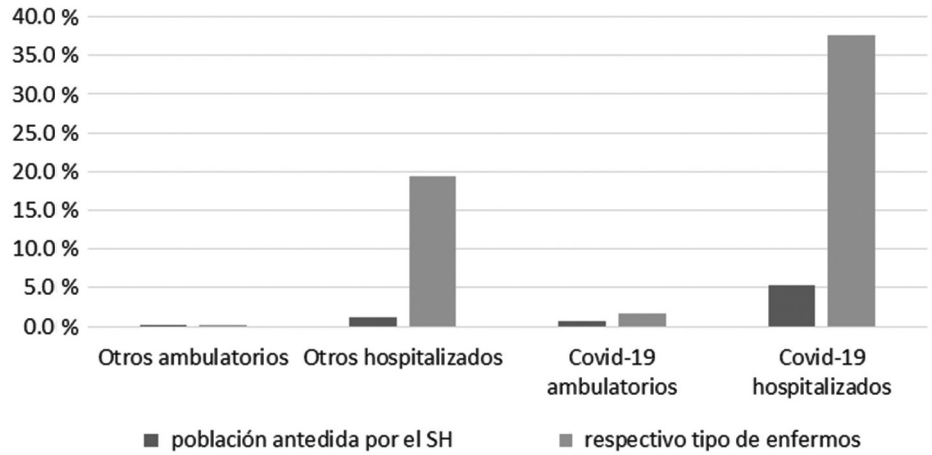
Otro tema que nos interesa destacar son las tasas generales de mortalidad; para fines de nuestro estudio, consideramos las proporciones de los decesos de cada tipo de enfermos, primero, con respecto a la población total y, segundo, en relación con el total del mismo tipo de enfermos; esas tasas generales son representadas en la gráfica 2. Con respecto a la población total del país, las tasas de mortalidad de otros enfermos ambulatorios, de contagiados de COVID-19 ambulatorios y de aquellos hospitalizados representan de 0.10 a 1.17% de la población total y podríamos considerarlas cuantitativamente marginales; sin embargo, cuando concentramos nuestra atención sobre el hecho de que los decesos de enfermos COVID-19 hospitalizados representan 5.27% del total (1 053 833) de personas que recurrieron a los servicios hospitalarios, la mortalidad de la pandemia adquiere una dimensión de catástrofe sanitaria amplificada si adicionamos las dos tasas de mortalidad de los contagiados de COVID-19; pues, en conjunto, lindan 6.0% del total de pacientes atendidos por el sistema hospitalario; por supuesto, la catástrofe tenderá a ser más grande mientras mayor sea el progreso de los contagios y de los decesos consecuentes.

En el plano del funcionamiento hospitalario, la mortalidad ha sido todavía más aguda: entre todos los enfermos atendidos por el sistema hospitalario, 19.31% de otros enfermos hospitalizados y 37.64% de contagiados de COVID-19 hospitalizados fallecieron; en el primer caso, uno de cada cinco de ellos murió y, en el segundo, más de uno de cada tres. La función de los hospitales como cámaras mortales acentuó las percepciones negativas de la población sobre ellos y, sin duda, esto pesó tanto en la subcontabilidad de los casos de infección y del número de fallecimientos, como en el no desbordamiento de los hospitales; en ese sentido, el vocero gubernamental reconocía que:

> […] hemos comentado escenas reales que vemos y sabemos que existen. Llegan personas demasiado tarde, mueren inmediatamente, dramáticamente. Hay personas que, incluso, mueren en el medio de transporte, hay personas que mueren en su casa, y a todas

estas personas no se les pudo tomar una muestra útil para diagnóstico por laboratorio (Gobierno de México, 2020c).

Gráfica 2. Proporción de decesos, en relación con la población total y con el mismo tipo de enfermos



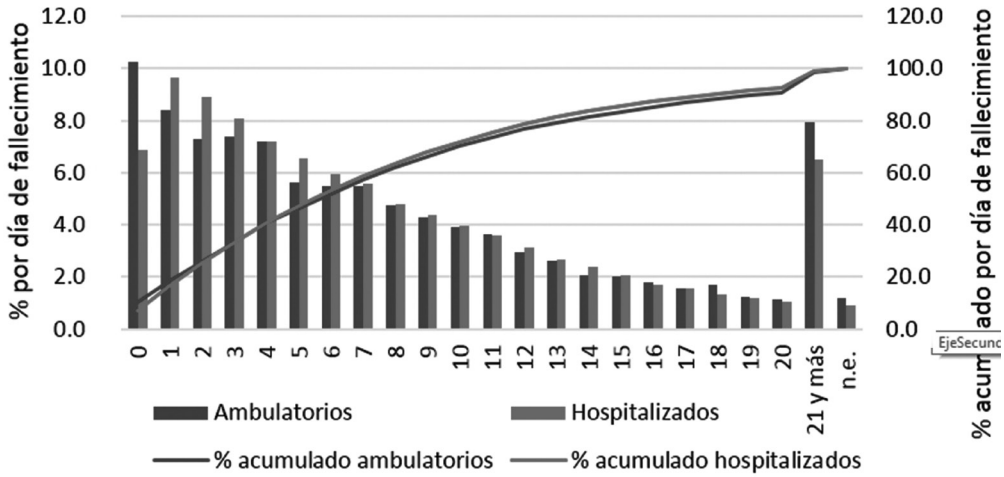
SH = sistema hospitalario

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020b.

En todo caso, la imagen de los hospitales como lugar para el desenlace fatal de la enfermedad es reforzada por la incidencia de los decesos, de acuerdo con el día en que suceden después de que el enfermo fue hospitalizado. En efecto, en la gráfica 3 podemos apreciar las diferencias en las curvas de la incidencia de decesos de enfermos ambulatorios y de hospitalizados: en el primer caso, la pendiente de la curva descrita por las barras azules es permanentemente negativa y tiende a desenvolverse por debajo de la curva de los decesos de hospitalizados; comienza con un drástico 10.27% de decesos antes de transcurrir las primeras 24 horas de la hospitalización y luego desciende progresivamente. En el segundo caso, la incidencia de decesos es de 6.87% antes de transcurrir las primeras 24 horas de hospitalización y aumenta hasta un valor máximo de 9.66% durante las segundas 24 horas; a partir de ahí, la pendiente de la curva descrita por las barras rojas es permanentemente negativa y, como ya indicamos, se desplaza por encima de la curva de los decesos de enfermos ambulatorios.

Las curvas de los porcentajes acumulados tienen como peculiaridad común que ambas sobrepasan 50.0 puntos de los decesos totales durante el 6º día de hospitalización. Dicho de otra manera, poco más de 50.0% de los casos críticos, llega al hospital para morir; para el resto, el periodo para el desenlace fatal se extiende desde 7 hasta poco más de 100 días, en unos cuantos casos excepcionales.

Gráfica 3. Distribución porcentual de decesos de enfermos COVID-19, por días de hospitalización



Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020b.

Nuestra gráfica muestra una imagen estática que resume, en términos generales, los decesos durante el tiempo transcurrido desde el inicio de la hospitalización y de acuerdo con cada uno de los tipos de enfermos de COVID-19; otros estudios han mostrado que, con el tiempo, la incidencia de decesos ha disminuido, como muestra la gráfica siguiente, tomada de uno de esos estudios (Sánchez, 2020). En efecto, señala el porcentaje de pacientes hospitalizados que fallecieron, por fecha y por institución de atención. El primer aspecto que debemos notar es la relación inversa existente entre la progresión de los contagios y la reducción porcentual de los decesos. El segundo rasgo importante es la diferencia existente entre las tasas de mortalidad registradas en los sistemas hospitalarios privado y público: las relacionadas con el primero son siempre inferiores a las de las instituciones públicas; aunque, nótese, la pendiente

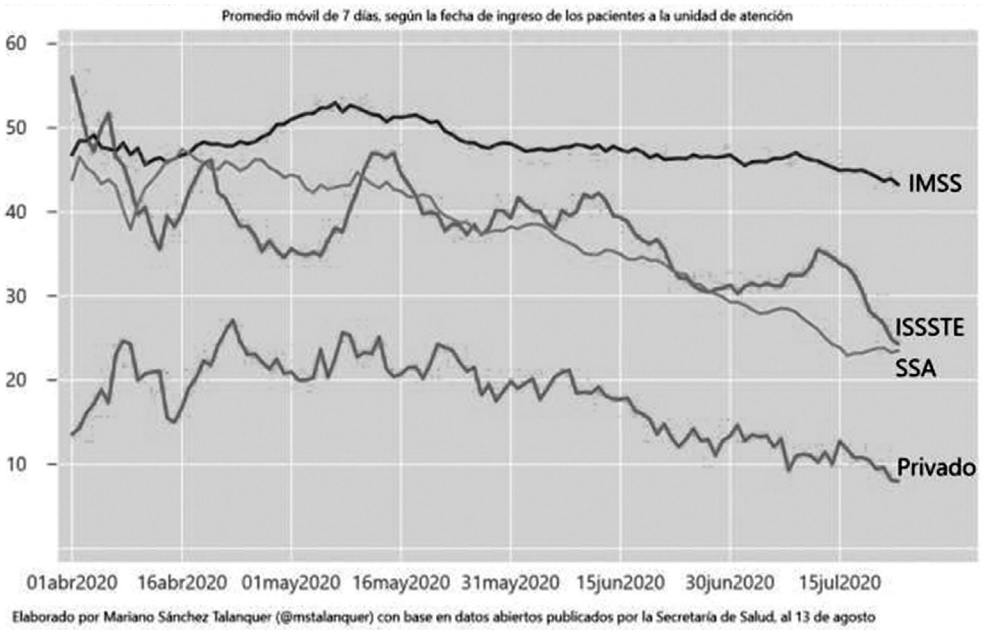
positiva inicial de la curva de tendencia indica también un período de aprendizaje sobre la manera de tratar una enfermedad desconocida; sin embargo, después del punto de inflexión, las tasas descienden desde cerca de 27% a alrededor de 8%. La tercera característica de la gráfica es la diferenciación progresiva entre el ISSSTE y la SS, por un lado, y, por otro, el IMSS; en los dos primeros casos, la reducción de las tasas de mortalidad es de cerca de 20 puntos porcentuales, mientras que en el tercero es apenas de 10 puntos. El autor del ensayo indica que esta evolución positiva:

> […] podría deberse a cambios en el perfil de los pacientes atendidos por institución en el tiempo; pero también al aprendizaje médico e institucional. Mejores protocolos y más equipo, así como mayor conocimiento sobre la enfermedad y su posible tratamiento, pueden estar contribuyendo a disminuir las muertes (Sánchez, 2020).

De este diagnóstico, pondríamos en relieve la adquisición de experiencia, en el hospital, por parte del personal médico de las instituciones públicas, reclutado sin ser necesariamente especialista en el tratamiento de enfermedades respiratorias contagiosas. Al respecto, el 14 de septiembre, el vocero gubernamental sobre la pandemia señalaba:

> Sobre los médicos, hicimos todo nuestro esfuerzo para que tuvieran mejor capacidad técnica con tutores de los institutos de salud, pero no es lo mismo que tener especialistas en medicina crítica. Podría ser que eso explique las muertes, pero es la realidad que enfrentamos. Teníamos un déficit de 240 mil trabajadores de la salud. Sobre que las personas llegan graves, fue al principio. No teníamos camas suficientes y si decíamos: "no te esperes", se hubieran saturado los hospitales (Cruz, 2020).

Gráfica 4. Porcentaje de pacientes hospitalizados con COVID-19 que fallecieron, por fecha e institución de atención



Fuente: Recuperado de Sánchez, 2020.

Volviendo sobre nuestra gráfica 3, podemos deducir que, durante abril y mayo, la incidencia de mortalidad fue todavía más elevada durante los primeros días de las hospitalizaciones y que, conforme progresaba la práctica del personal médico, fue disminuyendo, al hacer la pendiente de la curva menos pronunciada. Ahora bien, como reconoce el vocero gubernamental, es innegable que las fallas estructurales de los sistemas de salud pública y de formación de personal médico explican por mucho la elevada incidencia de muertes; pero también es cierto que ella se debe a una multiplicación acelerada de contagios que pudo haber sido evitada, si las autoridades sanitarias federales hubieran sido más estrictas para poner en práctica, desde antes de la llegada a México de los primeros contagiados en el extranjero, una política sanitaria de contención que permitiese transitar con flexibilidad hacia la mitigación efectiva de los contagios. En la sección siguiente volveremos sobre estos temas, en la medida en que la movilidad de los enfermos, tolerada por las autoridades, contribuyó a la difusión de los contagios y, por ende, al incremento de los decesos.

El desarrollo de la pandemia en la escala de las entidades federativas: los rasgos generales

El vocero gubernamental para la pandemia ha insistido en reiteradas ocasiones que el comportamiento de la pandemia en la escala del país es muy diferente a la dinámica que sigue en cada una de las entidades federativas. Por esa razón, es importante analizar el comportamiento de las infecciones en esta última escala y, en ese sentido, el cuadro 2 resume la principales características de las mismas; cabe señalar que, mientras las autoridades sanitarias suelen presentar las informaciones estadísticas sobre la base del número de enfermos atendidos por las instituciones de salud de cada entidad, nosotros hemos optado por utilizar el número total de enfermos residentes en cada entidad, en la medida en que estos no coinciden con los números de los enfermos atendidos en cada entidad y, en consecuencia, permiten ver con mayor claridad cómo se ha desarrollado la pandemia y cómo la movilidad de los enfermos ha influido en la difusión de los contagios.

En términos generales, podemos decir que, en México, la pandemia de COVID-19 es un fenómeno sanitario marcado por una triple concentración, de acuerdo con el tipo de enfermos a los cuales hagamos referencia:

1. Enfermos ambulatorios. De los 426 374 enfermos ambulatorios de COVID-19, 64.22% se concentra en diez entidades; de éstas, Ciudad de México, Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla y Veracruz también figuran entre las diez con mayor número de habitantes; asimismo, están entre las que detentan el mayor grado de urbanización; en ese sentido, podemos decir que, durante el primero ciclo, la pandemia se ha desarrollado en las entidades que concentran proporciones importantes de población urbana; es dcir, en un medio esencialmente urbano, marcado por la convivencia familiar en espacios estrechos y por desplazamientos físicos en medios de transporte colectivos; aunque tiende a permear poco a poco a las áreas rurales, esta dimensión de la expansión de la pandemia ha progresado hasta ahora lentamente; pero, si llega a acelerarse, la dinámica será completamente diferente a lo que hemos visto hasta hoy.
2. Enfermos hospitalizados. De los 147 514 enfermos hospitalizados, diez entidades también concentran 64.93%; en gran medida esto es la consecuencia directa de la concentración de los enfermos ambulatorios, pues las siete entidades resaltadas en

negritas figuran en ambas secciones del cuadro 3 y, de ellas, Sonora es la única que no figura entre las diez más pobladas del país. En todo caso, tanto Sonora como Hidalgo, Baja California y Sinaloa también figuran entre las que predomina la población urbana, apegándose al patrón de la pandemia que se desarrolla en el medio urbano.

3. La tercera forma de concentración se expresa a través de la proporción de enfermos hospitalizados con respecto a los enfermos ambulatorios; así, en la escala nacional, esa proporción es de 34.60% y si utilizamos este valor como parámetro, tendremos dos grupos perfectamente diferenciados: por un lado, Puebla, Hidalgo, Veracruz, Sinaloa, Baja California y Jalisco detentan proporciones superiores a la media nacional y que van desde 42.17 hasta 65.85%; por otra parte, Estado de México, CDMX, Nuevo León y Sonora registran proporciones inferiores a la media nacional y que varían de 24.45 a 34.12%. De estas diez entidades, podemos mencionar las especificidades de las siguientes:

    a. Jalisco aparece como la segunda entidad con respecto al número de enfermos ambulatorios y como la primera en relación con el número de hospitalizados; además detenta la mayor de las proporciones de hospitalizados con respecto a los ambulatorios. Si consideramos que la finalidad de la JNSD y el uso de medidas sanitarias de responsabilidad individual han tenido como objetivo reducir los contagios y, por ende, las hospitalizaciones, podemos formular la siguiente hipótesis para ser verificada mediante investigación ulterior: en el caso de Jalisco, las medidas sanitarias han sido poco efectivas, provocando el segundo número de contagios, pero el primero de hospitalizaciones.

Cuadro 2. Concentración de los enfermos de COVID-19 en las diez principales entidades, por tipo de enfermo

		a. Ambulatorios			b. Hospitalizados		b como
		Subtotal	%		Subtotal	%	% de a
	10 entidades con más enfermos		64.22			64.93	
1	CDMX	75 689	17.75	Jalisco	26 118	17.71	**65.85**
2	Jalisco	39 663	9.30	CDMX	18 508	12.55	24.45
3	Estado de México	24 523	5.75	Veracruz	9 667	6.55	**54.20**
4	Tabasco	23 267	5.46	Puebla	7 691	5.21	**42.17**
5	Nuevo León	21 347	5.01	Nuevo León	5 966	4.04	27.95
6	Tamaulipas	19 876	4.66	Hidalgo	5 927	4.02	**45.22**
7	Puebla	18 239	4.28	Baja California	5 898	4.00	**57.06**
8	Veracruz	17 836	4.18	Sinaloa	5 577	3.78	**55.34**
9	Chiapas	17 685	4.15	Sonora	5 347	3.62	34.12
10	Sonora	15 672	3.68	Estado de México	5,079	3.44	20.71
	Total	426 374	100.00	Total	147 514	100.00	34.60

Fuente: Elaboración propia, con información de los cuadros 1 y 2 del Anexo estadístico.

b. En el extremo opuesto aparece la CDMX; siendo la segunda entidad más poblada (8.379 millones de habitantes), pero con una población apenas un poco más grande que la de Jalisco (8.363 millones de habitantes), registró el mayor número de enfermos ambulatorios; para este tipo de enfermos, nuestra hipótesis interpretativa es similar a la de Jalisco: las normas sanitarias fueron todavía menos atendidas por la población que en el caso de Jalisco, de ahí el elevado número de enfermos ambulatorios; en el espacio de los enfermos hospitalizados, la

hipótesis interpretativa adquiere un cariz muy diferente: la reducida proporción de hospitalizaciones con respecto a la media nacional indicaría la renuencia de una parte considerable de los contagiados locales a recurrir a los servicios hospitalarios por miedo a sumarse a las estadísticas de decesos frecuentes en las instituciones de salud de la CDMX; sin duda, detrás de esta actitud están tanto el peso de los medios de comunicación en la difusión de la imagen negativa del sistema hospitalario local, como las prácticas del personal de salud para reenviar frecuentemente a casa personas cuyos síntomas no eran considerados de gravedad, el personal médico de las áreas de triaje ha seguido recetando paracetamol y enviando a su casa un número importante de pacientes que se presentan en los hospitales con síntomas que creen ser de COVID-19. Todavía más, después del 16 de septiembre, los kioscos de publicidad usados por el gobierno de la CDMX seguían pregonando "Si tú o un familiar tienen síntomas, quédense en casa 15 días"; es decir, háganlo hasta que sepan no estar infectados o que la gravedad sea tal que el hospital será el lugar del desenlace fatal.

c. El Estado de México es un caso *sui generis*: tiene una población de 18.075 millones de habitantes; pero, de acuerdo con la base oficial de datos sobre COVID-19, el 26 de agosto, el estado sólo registraba 24 523 enfermos ambulatorios y 5 079 hospitalizados; además, la proporción de los segundos con respecto a los primeros era de 20.71%, la más baja de todas las entidades incluidas en el cuadro 2. La principal explicación es que la pandemia se ha desarrollado esencialmente en los municipios urbanos mexiquenses incluidos en las zonas metropolitanas del Valle de México[4] y de Toluca;[5] así, la página de la Secretaría de Salud del Estado de México muestra que la pandemia se ha desarrollado esencialmente en 25 municipios, todos ellos pertenecen a una de las dos áreas metropolitanas. De esos 25 municipios y recurriendo a los registros estatales sobre COVID-19, podemos destacar los aspectos siguientes:

---

[4] La Zona Metropolitana del Valle de México está compuesta por las 16 alcaldías de la Ciudad de México, un municipio del estado de Hidalgo y 59 municipios del Estado de México; entre estos últimos, figuran como principales espacios de difusión de la pandemia: Acolman, Atizapán, Chalco, Chicoloapan, Chimalhuacán, Coacalco, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec, Huixquilucan, Ixtapaluca, La Paz, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Nicolás Romero, Tecámac, Texcoco, Tlalnepantla, Tultitlán, Valle de Chalco y Zumpango (Wikipedia, s.f.).

[5] Los municipios pertenecientes al Área Metropolitana de Toluca son: Toluca, Lerma, Metepec y Zinacantepec (Gobierno del Estado de México, 2020a).

I. El 16 de mayo, el gobierno federal presentó la lista de los "Municipios de la esperanza"; de los 2 457 existentes en el país, 318 municipios de 14 entidades, cumplían los requisitos de no haber registrado contagios durante los 28 días anteriores y de no tener ningún municipio vecino con contagios (Gobierno de México, 2020d); el Estado de México no figuraba entre las entidades incluidas en esa lista, pese a que 13 de sus 125 municipios no registraban ningún contagio, pero no cumplían con el requisito de lindar con municipios sin contagios; en todo caso, en esa fecha, los 25 municipios más importantes concentraban 89.18% de los contagios.
II. El 26 de agosto, fecha de nuestra consulta a la base oficial de datos sobre COVID-19, la concentración de los contagiados en esos 25 municipios había descendido a 80.40%, indicando con ello, la propagación de la pandemia a los 100 municipios restantes (en ese momento, sólo 11 de ellos no registraban decesos por COVID-19).
III. El 16 de septiembre, la proporción de los contagiados concentrados en los 25 municipios había aumentado marginalmente a 80.46%; indicando una difusión lenta, pero progresiva en el resto de los municipios, como muestra el incremento absoluto de los contagios en los 100 municipios restantes y el mantenimiento de esos 11 municipios sin registro de decesos (Gobierno del Estado de México, 2020b).

Veracruz también tiene peculiaridades que lo singularizan, pero ellas dan pie al tema de la movilidad territorial de los enfermos, ambulatorios y hospitalizados, tratados por los hospitales del sistema nacional de salud; por lo tanto, el análisis de esas peculiaridades las dejamos para el apartado siguiente.

El desarrollo de la pandemia en la escala de las entidades federativas: la movilidad de los enfermos como vector de contagios

Veracruz tiene una población de 8.328 millones de habitantes, es la cuarta entidad con mayor número de pobladores, pero muy cercano a los de la CDMX y de Jalisco; como muestra el cuadro 3, Veracruz figura tanto entre las entidades con mayor

número de enfermos ambulatorios (17 836), como entre aquellas con mayor número de hospitalizados (9 667); además, también está entre las que detentan las mayores tasas de hospitalizados con respecto a los ambulantes (54.20%); pero su rasgo distintivo es definitivamente su geografía física y política; en términos físicos es uno de los cuatro estados longilíneos, con extensión similar a las de Baja California y Baja California Sur, pero apenas más largo que Sinaloa; en términos políticos, colinda con siete estados diferentes (y solo es superado por San Luis Potosí, su vecino, que colinda con 8 estados); la combinación de las configuraciones física y política influyó sobre la movilidad territorial de los enfermos, en función de la entidad de residencia y la entidad donde se encuentran ubicadas las unidades médicas que los trataron.

La base oficial de datos sobre enfermos COVID-19 atendidos por los hospitales del sistema nacional de salud, permite ir al nivel del municipio de residencia; sin embargo, para los fines de nuestro análisis, nos limitamos a analizar el número de enfermos residentes en Veracruz que han sido tratados en otras entidades (vecinas o no) y aquellos de otros estados atendidos en Veracruz. Suponemos que, por regla general, las personas afiliadas al IMSS, al ISSSTE, a PEMEX, a SEDENA o a SEMAR son atendidos por los hospitales de su circunscripción. Por el contrario, las personas sin filiación médica institucional recurren a los servicios de la Secretaría de Salud o bien a los servicios privados.

1. En caso de las personas sin filiación médica, la base de datos muestra una tendencia a que los enfermos residentes en Veracruz (o en cualquier otra entidad) recurran al hospital más cercano, sin importar si está ubicado en el territorio veracruzano o en el de una entidad vecina. Las columnas 1 a 4, de izquierda a derecha, del cuadro 4 muestran las cifras de enfermos residentes en Veracruz que han sido atendidos en los estados vecinos; divididos en dos secciones: estados vecinos y otras entidades.

   En la sección superior izquierda (enfermos residentes en Veracruz tratados en los estados vecinos) suelen predominar personas oriundas de Veracruz que, según las evidencias, recurren a los servicios sanitarios más cercanos a su lugar de residencia; un aspecto interesante es el predominio de Tabasco y Tamaulipas y nos atrevemos a suponer que esto se debe a la importancia de las zonas petroleras

existentes entre Veracruz y esos estados, en la configuración del mercado laboral regional.

En términos agregados, los enfermos residentes en Veracruz atendidos en los estados vecinos superan numéricamente a los otros tipos de enfermos incluidos en el cuadro 3.

2. En el caso de las personas que recurren a servicios privados de salud parecería predominar entre los enfermos incluidos en la sección inferior izquierda del cuadro 3; es decir, los residentes en Veracruz optan por atenderse en otras entidades, debido a la existencia de dos tipos de redes: primero, las familiares que permiten recibir a los enfermos durante la atención médica y, posteriormente durante la convalecencia. Segundo, entre familiares vivientes y familiares finados; en una conversación escuchada entre empleados públicos después del sismo del 19 de septiembre de 1985 y a raíz de los planes de descentralización del gobierno federal, una persona expresaba su renuencia a cambiar de residencia porque en la CDMX tenía "sus muertitos"; ante el desenlace incierto de COVID-19, los enfermos prefieren volver con su familia, morir rodeados de los suyos y reunirse con quienes ya han muerto.

   El lector notará que los residentes en Veracruz son atendidos en todas las otras entidades del país; con predominio de la CDMX, Campeche, Guerrero y Jalisco. Podemos decir que este tipo de enfermos privilegia los tratamientos en la CDMX y, al respecto, afirmar que también entra en juego la imagen de la ciudad dotada de servicios médicos de calidad; pero esto no juega necesariamente en deterioro de los lazos afectivos, antes bien, los refuerza.

Cuadro 3. Veracruz, movilidad territorial de los residentes veracruzanos atendidos en otras entidades y de los residentes de otros estados atendidos en Veracruz

	Residentes de Veracruz atendidos en otras entidades				Residentes de otros estados atendidos en Veracruz			
	Otros		COVID-19		Otros		COVID-19	
	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.
Estados vecinos	517	328	257	193	150	179	103	138
Chiapas	8	2	8			1		1
Hidalgo	5	8	4	5	3		1	
Oaxaca	82	28	21		67	94	49	74
Puebla	29	87	47	70	26	46	21	35
San Luis Potosí	31	4	17		3	1	2	1
Tabasco	119	17	58	14	8	28	4	20
Tamaulipas	243	182	102	104	43	9	26	7
Otras entidades	294	199	183	127	77	49	45	38
Aguascalientes	2		2					
Baja California	2		1		1	2	1	1
Baja California Sur								
Campeche	54	25	38	22		8		8
Chihuahua					1		1	
Coahuila	1				2	2	2	2
Colima	5	3		2	1	1		1
CDMX	140	98	86	51	32	17	15	10
Durango	1	1	1	1	1			
Estado de México	3	1	2					
Guanajuato	1				2	1	1	1
Guerrero	25	24	21	20	1		1	
Jalisco	22	24	8	20	18	9	12	8
Michoacán	5		1	1	2		2	
Morelos	1	1		1	2		2	
Nayarit		1		1				
Nuevo León	10	3	8	3	2	2	1	2
Querétaro	7	6	7		3	2	3	2

Continúa...

Quintana Roo	1	2			4	3	1	2
Sinaloa	4	1	2		1	1	1	1
Sonora	1	1	1			1		
Tlaxcala	4	3		1				
Yucatán	3	3	3	2	4		2	
Zacatecas	2	2	2	2				

Ambul.: ambulatorios
Hosp.: hospitalizados

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020b.

Los residentes de los estados vecinos atendidos en Veracruz (sección superior derecha del cuadro 3), presentan una problemática similar a la del primer grupo: recurren a los servicios de salud más cercanos a su lugar de residencia y, como aquel grupo, también hay un predominio de residentes de Tamaulipas, Oaxaca, Tabasco y Puebla. Los habitantes de otras entidades atendidos en Veracruz responden a una lógica diferente: constituyen una población flotante que trabaja en Veracruz, pero reside en otras entidades. En este caso, la problemática difiere radicalmente, pues para los residentes de Veracruz atendidos, tanto en los estados vecinos, como en otras entidades, los enfermos ambulatorios superan en número a los hospitalizados; ahora, los hospitalizados residentes en los estados vecinos superan a los ambulatorios; esto parecería indicar una preferencia por los servicios de salud de la periferia de Veracruz sobre los servicios de salud de los estados vecinos.

Para el cuarto grupo, el de los residentes en otras entidades atendidos en Veracruz (sección inferior derecha del cuadro 3), parecería que la pandemia los alcanzó en el lugar de trabajo y, en términos prácticos, optaron por atenderse ahí. Las preguntas que surgen de inmediato giran en torno al lugar de convalecencia de los enfermos ambulatorios: ¿los residentes de Veracruz atendidos en otras entidades mantuvieron el aislamiento en dichos lugares o regresan a Veracruz? ¿Los residentes de otras entidades atendidos en Veracruz, permanecieron allí o se trasladaron a sus lugares de residencia?

Las preguntas son importantes, pues situaciones análogas se presentan en todas las entidades federativas y la escala de la movilidad territorial de los enfermos ambulatorios es un factor multiplicador de los contagios.

En efecto, el cuadro 4 se refiere a los enfermos ambulatorios. La columna (a) recupera las informaciones generalmente presentadas tarde tras tarde en las

Conferencias COVID-19: el número total de enfermos atendidos en cada entidad federativa; la columna (b) incluye el total de enfermos residentes en cada estado; como puede notarse, en la escala nacional las cantidades coinciden, pues el número de enfermos es un universo cerrado; sin embargo, en términos prácticos, en cada entidad federativa no hay necesariamente una coincidencia entre ambos números y eso significa que, si tomamos como base el total de enfermos residentes en una entidad, la proporción de atendidos puede adquirir tres valores: un valor inferior a 1 denota una "subatención local" de los enfermos locales y la atención de una parte de ellos en otras entidades (como vimos en el ejemplo de Veracruz); un valor de 1 indica un equilibrio entre ambos tipos de enfermos y una suerte de funcionamiento autárquico de la entidad federativa; un valor superior a 1 indica una "sobreatención" de enfermos residentes en otras entidades.

Los valores de la sexta columna (a – b) indican el grado de "sobreatención" de enfermos residentes en otras entidades o de "subatención" de enfermos locales, y son el resultado de la diferencia del valor de la primera columna menos el valor de la segunda columna.

La columna (c) incluye el número de enfermos residentes en una entidad dada atendidos en las unidades médicas localizadas en ella; a partir de la diferencia de cada valor de la primera y segunda columnas menos el valor de la columna (c) obtenemos los valores de las columnas (a – c). Enfermos de otra entidad atendidos localmente y (b – c). Enfermos locales atendidos en otra entidad; de nueva cuenta, la sumatoria de los valores de la 4ª columna es la misma que la de los valores de la 5ª columna, es decir, 21 557 enfermos que se trasladaron desde su lugar de residencia a otra, para recibir tratamiento contra el SARS-CoV-2 y que, en gran medida, contribuyeron a la propagación del virus. Esta es una información a la cual no suele hacerse referencia y es la consecuencia necesaria de la aplicación laxa del confinamiento sanitario.

En todo caso, para cada entidad, la diferencia del valor de la 5ª columna menos el valor de la 4ª, es necesariamente el mismo valor de la diferencia del valor de la 2ª menos el de la 1ª e indica, en la columna 6ª, la subatención de enfermos locales (cuando el valor es negativo) o la sobreatención de enfermos de otras entidades (cuando el valor es positivo).

Sobre la base de los valores de la sexta columna, en el caso de los enfermos ambulatorios de COVID-19, las 32 entidades pueden ser divididas en dos grupos:

1. El primero es constituido por 18 entidades, con valores negativos que van de -1 (Sinaloa) a -13 368 (Jalisco); en ellas el número de enfermos locales atendidos en otras entidades sobrepasa el de aquellos de otras entidades atendidos localmente. De ahí que destaquemos la "subatención" de enfermos locales como característica de estos estados.
2. El segundo grupo compuesto por 14 entidades, posee valores positivos que van de 2 (Sonora) a 15 636 (CDMX). En estos casos, el número de enfermos de otras entidades atendidos localmente sobrepasa el número de atendidos en otras entidades; de ahí que consideremos estas marcadas por la "sobreatención" de enfermos de otras.

Cierto, podemos considerar que, en términos de la distribución territorial de las entidades y de su función en la atención de enfermos locales o de otras entidades, aquellas con valores positivos han funcionado espontáneamente como centros regionales de atención a los enfermos COVID-19 (ver figura 1). Ahora bien, de acuerdo con el caso de Veracruz, podemos suponer que:

1. Los enfermos de una entidad que acuden a otra vecina para recibir atención médica lo hacen porque esta es la más cercana a su lugar de residencia.
2. Los enfermos de una entidad que acuden a otra no vecina lo hacen por otras razones, entre ellas hemos destacado que es su lugar habitual de residencia, pero también puede ser la de nacimiento; en uno y otro caso, lo que está en juego son las condiciones familiares en que se realiza la convalecencia o el apego al lugar donde están sepultados sus mayores.
3. La urbanización de las entidades que tienden a sobreatender enfermos de otras, está necesariamente ligada al tipo de actividades económicas y, en la figura 1 podemos distinguir el eje económico que parte de la CDMX a Monterrey, con derivación hacia Jalisco-Michoacán; el núcleo del noroeste conformado por Sonora y Chihuahua; la zona petrolera de Chiapas, Tabasco y Campeche.

Cuadro 3. Dinámica de la atención hospitalaria, por entidad federativa y por residencia o lugar de atención de los enfermos de COVID-19 ambulatorios

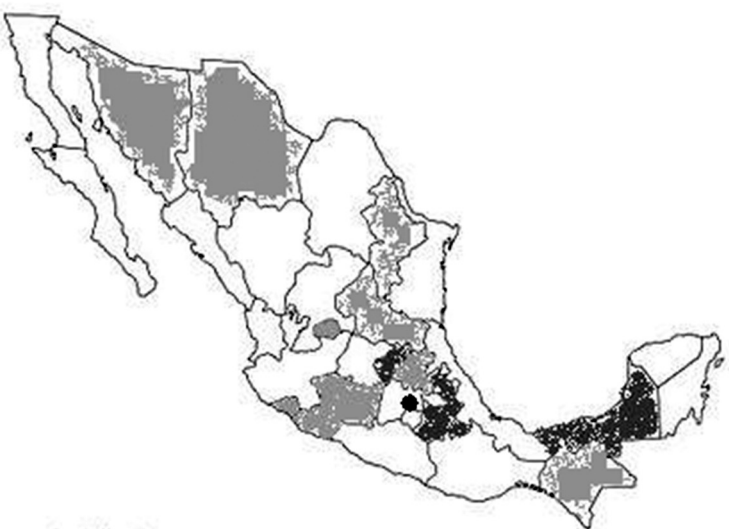
	a. Atención total por entidad	b. Enfermos por entidad	c. Enfermos locales atendidos localmente	(b - c). Enfermos locales atendidos en otra entidad	(a - c). Enfermos de otra entidad atendidos localmente	(a - b). Sobre o subatención
Jalisco	26 295	39 663	24 477	15 186	1 818	-13 368
Tlaxcala	3 535	4 092	3 420	672	115	-557
Veracruz	17 544	17 836	17 396	440	148	-292
Guerrero	6 029	6 228	5 797	431	232	-199
Morelos	2 581	2 779	2 562	217	19	-198
Coahuila	3 744	3 886	3 725	161	19	-142
Oaxaca	10 157	10 266	10 126	140	31	-109
Guanajuato	10 849	10 955	10 792	163	57	-106
Nayarit	3 241	3 301	3 201	100	40	-60
Baja California	10 300	10 337	10 262	75	38	-37
Durango	5 033	5 070	4 783	287	250	-37
Quintana Roo	6 947	6 978	6 922	56	25	-31
Yucatán	10 740	10 761	10 705	56	35	-21
Tamaulipas	19 858	19 876	19 697	179	161	-18
Baja California Sur	6 244	6 255	6 235	20	9	-11
Zacatecas	3 633	3 639	3 571	68	62	-6
Estado de México	24 519	24 523	24 328	195	191	-4
Sinaloa	10 076	10 077	10 036	41	40	-1
Sonora	15 674	15 672	15 607	65	67	2
Colima	4 902	4 897	4 866	31	36	5
Chihuahua	2 459	2 447	2 431	16	28	12

Continúa...

Hidalgo	13 146	13 106	12 954	152	192	40
Aguascalientes	4 075	4 033	4 007	26	68	42
Michoacán	11 485	11 423	11 256	167	229	62
San Luis Potosí	14 464	14 399	14 326	73	138	65
Chiapas	17 770	17 685	17 417	268	353	85
Nuevo León	21 443	21 347	21 273	74	170	96
Querétaro	4 036	3 936	3 866	70	170	100
Tabasco	23 391	23 267	23 155	112	236	124
Campeche	3 838	3 712	3 679	33	159	126
Puebla	18 771	18 239	17 986	253	785	532
Ciudad de México	89 595	75 689	73 959	1 730	15 636	13 906

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020b.

Figura 1. Distribución territorial de las principales entidades receptoras de enfermos ambulatorios de otras entidades



Fuente: Elaboración propia con información de Gobierno de México, 2020b.

Mención aparte merecen la CDMX y Jalisco; debido a tres razones: primero, la CDMX es un foco de atracción de enfermos de todo el país debido a la dotación y a la calidad de los servicios hospitalarios concentrados en ella, o bien, ya que es el lugar de nacimiento o de residencia de personas que trabajan en el resto del país; los grandes centros hospitalarios privados y los institutos nacionales de salud cuentan como factor de atracción; pese a que Jalisco es la tercera entidad, en términos del tamaño de la población total, esta tiene apenas 375 673 personas menos que aquella; sin embargo, todo indica que, en su percepción, la dotación de recursos hospitalarios local es considerada inferior a la de la CDMX.

Segundo, el diferencial cuantitativo de los valores de la columna 6, entre CDMX y Puebla o entre Jalisco y Tlaxcala son tales que justifican considerar a ambas entidades como casos aparte.

Tercero, la unicidad de la CDMX como centro de atención para no residentes tiene como complemento Jalisco como entidad que subatiende a los enfermos residentes en ella; en ese sentido, entre ambas se ha establecido una relación de complementariedad:

1. La CDMX atendió a 89 595 enfermos, 73 959 locales y 14 796 residentes en Jalisco. Ahora bien, en términos de enfermos locales, la CDMX registraba el número más elevado de todas las entidades: 75 689, de los cuales, 73 959 fueron atendidos localmente y 1 470 en Jalisco.
2. Jalisco registraba 39 663 enfermos locales; de ellos 24 477 fueron atendidos por los servicios médicos locales y 14 796 recibieron atención médica en la CDMX. En el otro sentido, los servicios médicos de Jalisco atendían un total de 26 295 enfermos; de ellos 24 477 eran residentes locales y, como indicamos, 1 470 vivían en la Ciudad de México.

Este flujo de 14 796 enfermos de Jalisco en traslado a la CDMX y de 1 470 enfermos de la CDMX en tránsito a Jalisco son el epítome tanto de la movilidad más allá de la cercanía entre el lugar de residencia y el de la atención hospitalaria, como de los riesgos de contagio derivados de esos traslados; ya que el transporte, privado o público, así como la residencia en el lugar de destino durante la atención médica, encierran la posibilidad de contagios. De nueva cuenta, aquí se hace sentir con toda su crueldad la ausencia de mecanismos legales tendientes a limitar hasta donde sea posible la libre movilidad de los enfermos.

En el anexo estadístico, hemos incluido un cuadro que corresponde a los enfermos de COVID-19 hospitalizados y que ha sido construido bajo la lógica del cuadro 3. Así mismo cuatro matrices que incluyen las 32 entidades, para el total de enfermos ambulatorios (otros enfermos + enfermos COVID-19) y el total de enfermos hospitalizados (otros enfermos + enfermos COVID-19), así como para los enfermos COVID-19 ambulatorios y los enfermos COVID-19 hospitalizados; el lector podrá ver con detalle los flujos de enfermos entre las diferentes entidades del país y, con ellos, el alcance de los contagios posibles, derivados de la movilidad de los enfermos.

La figura 3 ilustra la distribución de las entidades receptoras de enfermos COVID-19 hospitalizados; como es de esperar, mantienen la misma configuración que en el caso de los enfermos ambulatorios; la única diferencia es la inclusión de Sinaloa como centro relevante, pero podemos confirmar los mismos esquemas de funcionamiento destacados por el cuadro 3, relativo a los enfermos ambulatorios.

Figura 2. Distribución territorial de las principales entidades receptoras de enfermos hospitalizados residentes en otras entidades



Fuente: Elaboración propia con información de Gobierno de México, 2020b.

Conclusiones

Un acto considerado en sí mismo puede tener una finalidad positiva; tal es el caso, por ejemplo, de la decisión gubernamental de no imponer de manera estricta restricciones a la movilidad; sin embargo, en función del contexto social, las consecuencias de ese tipo de actos pueden ser tanto positivas como negativas. Así, del lado positivo, la ausencia de restricciones a la movilidad preservó el derecho a la libre circulación y permitió a los individuos seguir activos para ganar el sustento cotidiano, o bien, acudir al centro de atención médica más cercano, sin importar su localización. Sin embargo, dada la ausencia de una cultura basada en la preservación de la vida del propio individuo y en el respeto de la vida del prójimo, la laxitud de las medidas de confinamiento, del uso del cubrebocas y del mantenimiento de la sana distancia fueron entendidas por una parte importante de la población como permisividad gubernamental; con ello, durante la fase crítica del primer ciclo de la pandemia, los contactos personales se mantuvieron, creando condiciones propicias para la difusión de contagios y la multiplicación de decesos.

Esta bivalencia de la decisión gubernamental también encontró diferentes formas de expresión en el funcionamiento del sistema hospitalario nacional, en la escala de las entidades federativas. En términos generales, la primera de esas expresiones es la sustitución de una planeación racional del sistema por la improvisación resultante de la reconversión hospitalaria para enfrentar la pandemia de COVID-19; cierto, sin dicha reorganización del sistema hospitalario, la crisis sanitaria hubiera alcanzado una dimensión inimaginable; sin embargo, la experiencia muestra que la transformación del sistema hospitalario fue llevada a cabo con grandes deficiencias que contribuyeron a la expansión de la pandemia.

Entre esas deficiencias, la más importante fue la ausencia de coordinación entre las autoridades de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal; en el capítulo IV del presente trabajo, vimos la denuncia de la SG de lo que ella consideraba "violaciones de los derechos humanos en el contexto de la pandemia" puestas en práctica por las autoridades estatales; el grueso de tales "violaciones" estaban relacionadas con restricciones al libre tránsito. Sin embargo, las autoridades federales apuntaban hacia las restricciones a la libre circulación de los ciudadanos en general, pero todo indica que ni ellas ni las estatales ni las municipales, tuvieron en mente la restricción de la

movilidad de los enfermos de COVID-19. Como hemos visto, su traslado de una entidad a otra son un riesgo real de contagio.

En ese sentido, hemos visto que de las 573 917 personas confirmadas oficialmente como enfermos de COVID-19, sólo 147 536 (25.70%) fueron hospitalizadas, mientras 426 381 (74.29%) fueron declaradas enfermos ambulantes; en otros términos, tres de cada cuatro enfermos quedaron en libertad de circular y de recluirse en sus casas; hemos puesto el acento sobre los riesgos sanitarios de la libre circulación durante los traslados entre el lugar de residencia y la localización de los servicios médicos; pero también debemos tener presente las contingencias de salud en la residencia familiar y en la casa de los parientes que han acogido enfermos para ser atendidos en otras entidades.

La cuarentena en la residencia familiar o en casa de familiares, cuando no existen las condiciones necesarias para un aislamiento efectivo del enfermo, tuvo como saldo la multiplicación de los contagios intrafamiliares. Cierto, tanto las autoridades, como las familias tuvieron mucho cuidado en evitar que las personas mayores estuvieran expuestas a contactos interpersonales; pero eso no impidió que los miembros jóvenes de las familias, y sobre todo los responsables de asegurar la manutención día a día, salieran del hogar, exponiéndose al contagio y convirtiéndose involuntariamente en transmisores del virus en sus hogares.

En ausencia de la infraestructura y de las regulaciones legales necesarias para llevar a cabo cuarentenas estrictas, las autoridades federales, para evitar el desbordamiento de los servicios médicos, decidieron enviar a su casa a 75.00% de los enfermos confirmados de COVID-19; la movilidad de las personas y los contactos intrafamiliares se convirtieron en el factor determinante de la expansión de los contagios y, desgraciadamente, de los decesos.

REFLEXIONES FINALES

De los científicos, la ciencia y el pensamiento

La pandemia de COVID-19 es un fenómeno que tiene como base biológica la infección provocada por el SARS-CoV-2 y como fundamento social todos los mecanismos que hacen posible las trasferencias de miasmas entre personas infectadas y sanas. Las ciencias médico-biológicas se encargan de indagar los procesos de la infección en los individuos, las técnicas para tratarla, los medicamentos para combatirla y las vacunas para prevenirla. Las ciencias exactas y las ciencias sociales tienen un campo muy amplio de acción que va desde modelos cuantitativos utilizados para evaluar tanto las formas y los alcances de la difusión de las infecciones, como los flujos de personas y los contactos interpersonales de ellos resultantes, hasta las pautas culturales determinantes del comportamiento individual y colectivo de las personas.

Para los gobiernos, la tarea es inmensa, pues implica coordinar todas esas actividades con la finalidad de incidir sobre el desarrollo de una enfermedad transmisible. Además, la pandemia de COVID-19, en particular, y todas las pandemias, en general, son esencialmente dinámicas; es decir, la difusión de los contagios no está sujeta a la fatalidad; más bien, depende no del agente patógeno de la infección, sino de las conductas de los individuos; estas conductas pueden eliminar, restringir o ampliar las infecciones; las ciencias, exactas y sociales, están ahí para secundar a los políticos y auxiliarlos para tomar decisiones en los momentos adecuados, con la finalidad de limitar las infecciones y, sobre todo, el número de decesos.

Teniendo esto como marco general de referencia, es importante señalar la conferencia matutina de López Obrador del 12 de marzo de 2020; pues durante la misma, él y sus colaboradores marcaron las pautas de la política sanitaria que habría de seguir su administración. López Obrador comenzó indicando la importancia de los científicos en el diseño y la puesta en práctica de la política sanitaria:

> Todas las decisiones que tomemos van a tener como referencia las indicaciones de los técnicos, de los médicos y de los científicos. Aquí nada de política. Es lo que los señores nos indiquen porque luego por cuestiones políticas o se minimiza o se exagera. Entonces vamos a hacer lo que nos recomiendan los especialistas.

A esa declaración, añadió la siguiente:

> La política es un noble oficio, pero no sabe de epidemias, de virus. Yo de eso no sé. No soy todólogo. No soy sabelotodo y es un asunto muy serio como para estar opinando sin conocimiento. No puede haber conjeturas, improvisaciones, ocurrencias. Es un asunto que requiere de especialistas.

Y concluyó afirmando:

> Nada de que sale a declarar el presidente, o la secretaria de Gobernación, o el secretario de Hacienda, algo que tiene que ver con el coronavirus, no. Aquí vamos a estar, pero siempre con el apoyo de los científicos (Gobierno de México, 2020a).

El grupo de científicos presentado en esa conferencia estaba conformado por doce personas y, en sus adscripciones institucionales, predominaba la SS; en efecto, dos pertenecían a la representación de la OMS y de la OPS en México; en consecuencia, su función bien podía ser la de consultores externos, pero con poca incidencia sobre las decisiones prácticas. Otra persona pertenecía a la SEDESA y, otra más, al IMSS. Las ocho restantes estaban adscritas a la SS; una era el secretario de Salud; otra, el comisionado coordinador de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad y, otra más, la secretaria técnica del Consejo Nacional de Salud Mental; las cinco restantes pertenecían a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: encabezados por el subsecretario del ramo, figuraban el director general de promoción de la salud, el director general de epidemiología, el director del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y la directora del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida.

El subsecretario de prevención y promoción de la salud se presentó a sí mismo como el vocero e indicó las credenciales científicas de cada uno de los presentes; sin cuestionar sus formaciones científicas, de inmediato surgen dudas sobre la capacidad de los diez individuos integrados a instituciones gubernamentales para diferenciar entre los criterios técnico-científicos de una estrategia para enfrentar la pandemia de COVID-19 y los intereses políticos del responsable de la administración federal.

El punto es importante, pues los ocho integrantes de la SS y el representante del IMSS forman parte del gabinete presidencial y, en consecuencia, están administrativamente

subordinados al presidente de los Estados Unidos Mexicanos; el gobierno de la CDMX tiene autonomía administrativa, pero no necesariamente política, en la medida en que la jefa de Gobierno pertenece al mismo partido del presidente y es considerada como su posible sucesora.

Por otra parte, las reglamentaciones jurídicas del gobierno federal con respecto al papel de las instituciones públicas en el control de la pandemia establecen una relación de dependencia vertical entre los integrantes del continuo "Presidencia-Consejo de Salubridad General-secretario de Salud-funcionarios/científicos-" que pone en duda la autonomía científica de estos últimos.

De acuerdo con la fracción II del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre las facultades del presidente de la República figura "nombrar y remover libremente a los secretarios de Estado" (Cámara de Diputados, 2020). Por otra parte, el Artículo 12 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal indica que "cada Secretaría de Estado formulará, respecto de los asuntos de su competencia, los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, y órdenes del presidente de la República" (*Diario Oficial de la Federación*, 1976). Nótese, los asuntos de la competencia de cada Secretaría de Estado dependen, en última instancia, de las órdenes del presidente. Las peculiaridades de la administración López Obrador consisten en la concentración total de las decisiones políticas en la presidencia, la preeminencia de su opinión sobre las de sus secretarios de Estado y las renuncias de estos cuando han mantenido un diferendo con su jefe. De ahí, la necesidad de que las políticas de salud cuenten con la aprobación del titular de la rama ejecutiva del gobierno.

Ahora bien, el 23 de marzo, el DOF (2020a) publicó el Acuerdo del Consejo de Salubridad General (CSG) para reconocer "la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2, COVID-19 en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria"; en segundo término, el acuerdo definía el papel del CSG como instancia que "sanciona las medidas de preparación, prevención y control de la epidemia […], diseñadas, coordinadas y supervisadas por la Secretaría de Salud e implementadas por las entidades de la Administración Pública Federal, los Poderes Legislativo y Judicial, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos de las Entidades Federativas y diversas organizaciones de los sectores social y privado" (DOF, 2020a).

Debemos tener en consideración que el CSG es esencialmente un organismo de coordinación intersecretarial, aun cuando en él participen representantes de otras instituciones públicas y privadas, ya sea como vocales o como invitados. El punto

clave es que el secretario de Salud preside el CSG[6] y es absolutamente normal que las decisiones en materia de salubridad dependan del criterio del secretario del ramo y dada la dependencia de este con respecto al criterio del presidente, el cual termina imponiéndose como el criterio de las políticas de la SS sancionadas por el CSG, presidido por el secretario de Salud.

Finalmente, para cumplir con las órdenes del presidente, el secretario de Salud cuenta con el apoyo de sus colaboradores, en general, y de los siete funcionarios de la SS designados como los funcionarios/científicos responsables del programa de acción sanitaria; cualquier distanciamiento de las órdenes del presidente pone en riesgo la permanencia en funciones del secretario de Salud, y de los científicos como funcionarios del gabinete.

Las declaraciones de López Obrador sobre los dictados de los especialistas, por lo tanto, pueden ser consideradas como una petición de principio y su falacia consiste en presentar a científicos que ocupan cargos políticos como científicos cuyas decisiones carecen de sentido político y sobre todo del sentido que interesa al promotor de la 4T. En ese marco, para concluir nuestro trabajo, nos interesa destacar algunas de las contradicciones entre el sentido técnico-científico y el interés político de las decisiones puestas en práctica por la administración López Obrador para combatir el SARS-CoV-2.

La polémica sobre las cifras de la pandemia

La política informativa oficial sobre el coronavirus ha estado marcada, hasta ahora, por una información muy limitada sobre los modelos matemáticos utilizados para estimar el progreso de la pandemia; el público ha debido contentarse con las cifras presentadas por el vocero oficial para la pandemia. En ese sentido, deseamos comenzar poniendo énfasis sobre los diferentes pronósticos del vocero gubernamental para la pandemia, sobre el número de decesos provocados por la pandemia de COVID-19:

[6] Además del secretario de Salud, los vocales titulares del CSG son las personas responsables de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Economía, la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Academia Nacional de Medicina, A.C., la Academia Mexicana de Cirugía, A.C. y la Universidad Nacional Autónoma de México (Gobierno de México, 2020b).

El 12 de marzo, indicaba que:

1. 80% de la población va a "tener una enfermedad leve o tan leve que no se van a dar cuenta"; si, con el INEGI, consideramos que, en 2020, la población total del país es de 127 091 642 personas; entonces el número absoluto de contagiados sería 101 673 315 habitantes.
2. 15% podría tener una de las versiones leves expresada en síntomas similares a los de la influenza; desafortunadamente, el vocero no especificó si 15% se refería al total de la población o al universo total de contagiados; la diferencia es crucial, pues en el primer caso implica 19 063 746 enfermos y, en el segundo, 15 250 997 que solicitarían cuidados médicos.
3. 5% podría llegar a una situación delicada o incluso grave; de nueva cuenta, este porcentaje referido a la población total o a la población contagiada representaría 6 345 582 o 5 083 665 personas enfermas que requerirían hospitalización.
4. También mencionó la posibilidad de muertes; pero, tal vez por pudor, no se atrevió a adelantar ningún pronóstico; sin embargo, dado que la finalidad de la asociación política es, según el clásico, no solo vivir, sino vivir bien en comunidad, podemos considerar las muertes de sus miembros como el criterio para medir el éxito o el fracaso de la comunidad para garantizar su propia permanencia.

El 23 de abril presentó un pronóstico menos dramático que el del 12 de marzo; anunció que el máximo de contagios sería alcanzado entre el 8 y el 10 de mayo; pero:

1. En vez de 19 o 15 millones de enfermos leves (15% de la población total o de la población contagiada), para este tipo de enfermos su estimación del momento fue de solo 250 000 personas.
2. En lugar de 6 o 5 millones de enfermos que requerirían hospitalización, pronosticó 125 000 personas que demandarían atención médica.
3. Adelantó que 10 500 (8.40% de las 125 000 personas señaladas) requerirían cuidados intensivos.
4. Indicó que el número acumulado de decesos sería, para entonces, de 6 000 a 8 000 (Infobae, 2020a).

5. Sin embargo, no proporcionó ninguna indicación sobre las bases matemáticas que le permitían establecer esas estimaciones.

El 10 de mayo, en la conferencia vespertina sobre COVID-19, el vocero indicó que, hasta entonces, había 35 022 casos confirmados acumulados y que el total de defunciones era 3 465 (Gobierno de México, 2020c). Las cifras eran muy inferiores a las de su pronóstico anterior, pero esa fecha transcurrió y tanto los contagios como los decesos siguieron creciendo, hasta alcanzar el máximo diario el 1 de agosto.

El 28 de mayo, ante la Junta de Coordinación Política del Senado de la República, el vocero presentó otro escenario completamente diferente a los del 23 de abril y del 12 de marzo: indicó que, el 27 de febrero, en una conferencia de prensa anunció "estimaciones donde hablamos de 12 500 personas que podrían perder la vida (sic) con un intervalo tan amplio como justamente el límite de 6 000, que podría llegar hasta cerca de 25 000 o 30 000" (Infobae, 2020b). De nueva cuenta, no proporcionó información sobre los métodos cuantitativos para realizar esa estimación.

El 4 de junio, durante la conferencia vespertina sobre COVID-19, el vocero para la pandemia cambió nuevamente su pronóstico, indicó que el escenario "más catastrófico" sería de 60 000 muertes, pero que el "más plausible" sería de 30 000 decesos; se cuidó de adelantar fecha para el escenario "plausible".

Los acontecimientos volvieron a rebasar los pronósticos del científico/funcionario: el 4 de julio (exactamente un mes después de su último pronóstico), el país llegaba a un total acumulado de 252 165 contagios y 30 366 decesos correspondientes al escenario plausible. La pandemia siguió su marcha ineluctable y el 22 de agosto, poco más de seis meses después de los primeros contagios registrados en la base de datos oficial de la COVID-19, los contagios acumulados eran 556 216 y los 60 254 decesos registrados rebasaban ya el escenario catastrófico.

El 4 de junio, no obstante, proporcionó informaciones adicionales sobre los métodos para estimar la evolución de la pandemia: afirmó que la información disponible y "los métodos para hacer los análisis han cambiado"; así, indicó que, en un primer momento, "decidimos usar esa evidencia [la de Wuhan] disponible, y estimamos con eso y con un método que hoy consideramos relativamente simple comparado con los poderosos medios que tenemos hoy a la mano, a través de las comunidades científicas de matemáticas" (Vega, 2020).

El vocero oficial indicó que las estimaciones tenían como base la población censal de México y a partir de ella fueron considerados diversos escenarios, "basados en las proporciones de casos que en ese momento ocurrían en Wuhan"; así:

> […] se consideró un rango de incidencias de tasas de ataque, desde 0.5%, la que existía en ese momento en China, y quisimos estimar demás, no de menos, y consideramos 0.5[%], 0.1[%], 0.2[%], 1.0[%] e incluso 2.0[%], y en ese intervalo tuvimos un conjunto de números, el mínimo era 6 mil, otro escenario era 8 mil, otro 12,000, y así hasta 28 mil, que se redondeaba a 30 y el catastrófico que puede llegar a 60 mil (Vega, 2020, párr. 7).

Sí, el lector ha leído correctamente: desde febrero hasta inicios de junio, los pronósticos que servían de base para la política sanitaria estuvieron regidos por una estimación simple: la "tasa de ataque" de Wuhan y posibles "tasas de ataque" para el caso de México. Los "poderosos medios" para el análisis matemático brillan por su ausencia; quizá por eso el vocero había sido renuente a proporcionar detalles sobre el método de estimación utilizado; el punto es importante, pues cualquier estimación parte de una muestra aleatoria y representativa de la población total mexicana; una muestra de esa naturaleza exige la aplicación de pruebas de COVID-19; así, el universo de la muestra permite evaluar: cuántas personas han sido o no infectadas; de las infectadas, es posible distinguir las asintomáticas, las sintomáticas, las que requieren hospitalización y las que exigen cuidados intensivos; todavía más, con el fin de seguir y de pronosticar la dinámica de la pandemia, una muestra es insuficiente; es necesario levantar tantas como sean necesarias, en lapsos estratégicos.

El factor clave del procedimiento utilizado para estimar infecciones y muertes es la aplicación de pruebas de COVID-19 y se perfilan dos explicaciones plausibles sobre la renuencia gubernamental a utilizar métodos cuantitativos complejos para evaluar la evolución de la pandemia; por un lado, el mismo vocero llegó a considerar las pruebas de COVID-19 como un gasto inútil y, en ese sentido, la austeridad republicana se impuso como imperativo político categórico; por el otro, las estimaciones basadas en "poderosos medios" de análisis cuantitativo siempre señalaban la subestimación tanto de los contagios como de los decesos; el uso de pruebas aleatorias confirmaría esas subestimaciones, dejando políticamente malparada la administración López Obrador. En nuestra opinión, las dos explicaciones se conjugaron y el resultado ha sido una suerte de mistificación de la pandemia. El científico, a todas luces, terminó

plegándose a los intereses políticos (la austeridad republicana y el prestigio político) del responsable de la administración federal.

Como corolario de este tema, se impone evocar el temprano llamado de Javier Alatorre; en efecto, el 18 de abril, después de la conferencia sobre COVID-19 de esa tarde, el presentador sentenció:

> Como todas las noches, el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell encabezó la conferencia sobre el #Covid_19 en México. Pero sus cifras y sus conferencias ya se volvieron irrelevantes. Es más, se lo decimos con todas sus palabras, ya no le haga caso a Hugo López-Gatell (Forbes, 2020d, párr. 3).

Tanto el audio del noticiero como su transcripción son claros: para el presentador, las cifras y las conferencias basadas en ellas se habían tornado irrelevantes y llamaba a ignorarlas; las reacciones en las redes sociales contra el locutor fueron extremas y desnaturalizaron su mensaje; éste, en modo alguno, atentaba contra la campaña sanitaria, apuntaba a la falta de coherencia de las estadísticas presentadas por el vocero oficial.

Sin embargo, una cosa quedaba clara: la clase media con acceso a las redes sociales y con niveles educativos que cubren todo el espectro educacional, no pudo o no quiso entender el fondo del mensaje de Javier Alatorre; sus reacciones estuvieron basadas en las simpatías por el vocero, derivadas del respaldo que le ha brindado López Obrador, más que sobre un juicio sólido sobre los aspectos técnicos de la información estadística presentada por el subsecretario de Salud. Los más sorprendidos fueron los usuarios de las redes con formación universitaria, sus reacciones para defender al vocero oficial lindaron con frecuencia en la histeria. Una gran parte de la población tergiversó el juicio del presentador y mistificó no solo los informes del vocero, sino también al vocero mismo. Con ello, quedaba demostrado que la fuerza de López Obrador sí contagió su carisma y a ella recurren quienes desean sumarse a la 4T.

Criterios técnicos e intereses políticos en las medidas para mitigar y controlar los riesgos sanitarios

En el campo de las matemáticas, quien introduce normas fuera de la lógica tarde o temprano termina pagando las consecuencias de su osadía; en el campo de la política sucede lo mismo, pero resulta más difícil poner en evidencia los intereses que desvirtúan los criterios técnicos de un programa político. Sin embargo, las dimensiones técnicas de la política sanitaria para mitigar los efectos de la pandemia de la COVID-19 fueron desnaturalizados por intereses políticos.

En los capítulos I y V hemos insistido que la libertad de movilidad de la población, en general, y de los contagiados, en particular, han pesado grandemente en el desarrollo de la pandemia; ahora debemos volver sobre el tema, para analizarlo en otra perspectiva, pues desde el inicio de la pandemia en México y en seguimiento al Acuerdo del Consejo de Salubridad General del 24 de marzo de 2020, el presidente de este, en sus funciones como secretario de Salud, promulgó el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

Los considerandos del Acuerdo citaban el derecho de la población a la salud, sobre la base de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además, mencionaba la decisión de la OMS de declarar la enfermedad COVID-19 como una pandemia y las responsabilidades que, en esos marcos, el CSG le atribuía a la Secretaría de Salud.

El Acuerdo contiene dos temas controvertidos; uno de ellos está presente en el Artículo Primero: este tenía como finalidad "establecer las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2" (DOF, 2020b). El motivo de la controversia es la introducción del concepto "mitigación"; pues en la conferencia mañanera del 12 marzo, el subsecretario de Salud había insistido todavía en la "contención" como método de la política sanitaria. En efecto, ese día, señalaba:

> El Dr. Pedro Guterres, director general de la Organización Mundial de la Salud (sic), ayer señalaba la importancia de no perder la oportunidad de seguir utilizando las medidas de contención en salud pública, la detección temprana de casos y su diagnóstico, el aislamiento, el estudio y la contención de los contagios (Gobierno de México, 2020a).

En la introducción de este libro, hemos citado con detalle las diferencias, según el vocero oficial, entre "contención" y "mitigación";señalamos que el segundo método ofrece una mayor laxitud para aplicar las medidas tendientes a reducir los contagios y los decesos. Ahora, es necesario resaltar la transición de un método a otro, sin mediar explicación alguna. En el capítulo II hemos propuesto, como explicaciones del abandono de la "contención" y de la adopción de la "mitigación", las condiciones específicas de la inserción de la población mexicana en un mercado laboral marcado por la informalidad y los salarios bajos, así como el prestigio político de López Obrador que sería mermado por una aplicación estricta de las normas sanitarias aplicadas para reducir contagios y decesos.

Ahora nos interesa resaltar el segundo tema controvertido, contenido en el Articulo Segundo del Acuerdo del 24 de marzo, el cual indicaba las "medidas preventivas que los sectores público, privado y social deberán poner en práctica"; nótese, las medidas concernían a toda la sociedad y tenían la connotación de un mandato ineludible, expresado mediante el verbo "deber". Para nuestros fines, destacamos dos de las medidas enunciadas:

> a. Evitar la asistencia a centro de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo de desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella […]
> b. Suspender temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas a partir de la entrada en vigor de este Acuerdo y hasta el 19 de abril del 2020 […] (DOF, 2020b).

Los adultos mayores de México: ¿sujetos de cuidado especial u objetos descartables?

Volvamos a la conferencia mañanera del 12 de marzo y a la declaración del vocero para la pandemia sobre los grupos vulnerables; al referirse a los efectos posibles de

los contagios sobre los grandes grupos de la población mexicana, cuando se refería a 5.0% que podría requerir hospitalización, indicaba las condiciones en que, para esas personas, la infección podría complicarse y apuntaba:

> Destaco quiénes son estas personas que están en riesgo de complicarse; porque a estas personas hay que cuidarlas; se tienen que cuidar ellas mismas; por lo que tenemos en las familias, en las comunidades, que estar atentos de atender a estas personas (Gobierno de México, 2020a).

Enseguida enumeró a los adultos mayores, a los niños menores de 5 años, a las mujeres embarazadas y a las personas que padecen enfermedades crónicas. Puso particular énfasis en la necesidad de cuidar a las mujeres embarazadas y ofreció detalles sobre las enfermedades crónicas. Para el tema que nos ocupa, retengamos la atención prestada a los adultos mayores, tanto en la conferencia mañanera, como en el Acuerdo de la SS y en múltiples presentaciones de diferentes funcionarios públicos.

Pese a esa constante referencia a la necesidad de cuidar a los adultos mayores, el 13 de abril, el CSG publicó un libelo denominado *Guía Bioética para Asignación de Recursos de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, redactado por 13 distinguidos científicos adscritos todos al Colegio de Bioética, A.C.; seis de ellos pertenecían a diferentes instancias de la UNAM; uno, a la Universidad Autónoma de Nuevo León; uno, a El Colegio de México, A.C.; uno, a la Universidad de Oxford; uno, al Instituto Nacional de Perinatología; uno más, al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (CSG, 2020).

En el preámbulo del documento, los autores indicaban, desde el inicio, su finalidad: "ser una guía para la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer" (CSG, 2020).

En la página 3, los autores de la guía ofrecían detalles sobre la manera de resolver lo que ellos consideran dos dilemas del personal médico al "asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar el mayor número de vidas durante una emergencia de salud pública".

Un primer dilema surge cuando el médico tiene enfrente "dos (o más) pacientes" con características de salud y pronóstico médico similares; la solución propuesta es simple: dejar la selección al azar.

El segundo dilema no es diferente; los autores de la Guía Bioética, a partir de la edad, diferencian simplemente dos o más pacientes con la misma prognosis; teniendo en cuenta la edad, los autores consideran que el médico debe introducir un principio adicional:

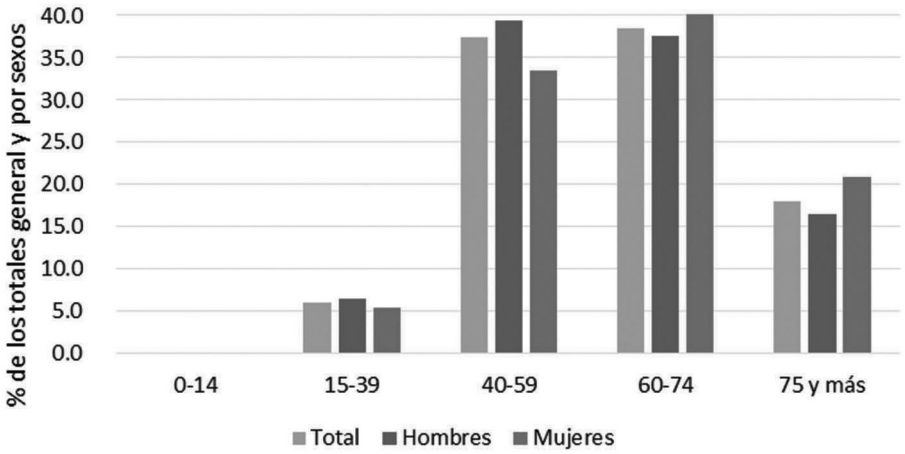
> […] salvar la mayor cantidad de vidas-por-completarse. Una vida-por-completarse se debe entender como aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos (i.e. infancia, adolescencia, edad adulta, vejez). Y de entre las vidas-por-completarse hay que elegir entre etapas más tempranas… la muerte priva a los jóvenes de un número mayor de bienes que a aquellas personas que ya han pasado por dicha etapa vital. Por lo tanto, un sistema de asignación de recursos escasos que favorece salvar la mayor cantidad de vidas-por-completarse es un sistema que prioriza aquellos que por lo general perderían más si murieran (CSG, 2020).

Del contexto específico de México, los autores de la guía solo tomaron en consideración la escasez de recursos médicos; pero jamás cuestionan los porqués de la escasez estructural de ese tipo de recursos, acentuada por la política de austeridad republicana hasta el inicio de la reconversión hospitalaria. Tampoco tuvieron en consideración que, si existen recursos médicos, pese a su escasez, es porque las personas mayores han pagado impuestos durante su vida productiva y eso les da derecho a exigir servicios médicos en situación de emergencia sanitaria.

Todavía más, se basaron en las experiencias de países como Italia, España y Francia, donde los adultos mayores fueron las principales bajas de la pandemia; pero en condiciones sociales completamente diferentes a las existentes en México; en consecuencia, no tuvieron en consideración las pautas específicas de la mortalidad debida a COVID-19, en México. En efecto, la consulta del 13 de julio de 2020, de la base de datos oficial COVID-19 México, permitió constatar que, para esa fecha, el país registraba un total de 34 843 decesos. De esos, 65.43% eran hombres y 34.57%, mujeres. Este dato hubiera obligado a introducir la variable sexo en el esquema de "elecciones éticas", para decir a quién atender entre un hombre y una mujer.

Ahora bien, el dilema de los autores de la Guía Bioética se plantea, ante todo, entre los grupos de edades de 40-59 y de 60-74 años; pues la incidencia de la mortalidad general sobre ambos grupos de edades es la más elevada y, además, es prácticamente igual; ahora bien, por sexos, las condiciones son completamente diferentes: el porcentaje de hombres fallecidos de 40-59 años es mayor que el de los de 60-74 años; en cambio, el porcentaje de mujeres de 60-74 años supera el mujeres del grupo de 40-59 años. Dada la visión utilitaria de los autores de la Guía, éstos deberían haber considerado factores adicionales; los decesos en las edades productivas maduras son la consecuencia de la conjunción de COVID-19 y las comorbilidades analizadas en el capítulo I; en términos del costo/beneficio en la escala social, la cuestión consiste en saber qué resulta más caro atender en el largo plazo: un adulto maduro que vivirá entre 35 y 15 años o un adulto mayor que vivirá tal vez 15 años, ambos requiriendo atención médica para las comorbilidades. No se trata solamente de la "vida-por-completarse", sino también de la calidad de esa vida y de quién habrá de cubrir el costo de esa calidad de vida.

Gráfica 1. Estructura de los decesos debidos a COVID-19, por sexos y por grupos de edades



Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, 2020c.

En el fondo, la solución propuesta mediante la Guía Bioética contradecía los textos jurídicos (la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los convenios sobre derechos humanos firmados por el gobierno mexicano y citados en

los considerandos del Acuerdo de la SS del 24 de marzo; DOF, 2020b) sobre el derecho a la vida y el derecho de todos a la salud, condenando los adultos mayores a morir.

La UNAM fue la única institución que se deslindó explícitamente del documento; los representantes de las demás guardaron silencio. Pero las reacciones en los medios fueron diversas: los periódicos, no sin ironía, llamaron la atención sobre papel del azar o sobre la calidad de objetos descartables de las personas mayores; en las redes sociales, las discusiones fueron violentas; pero el hecho sorprendente fue el formato de carta-renuncia-a-cuidados-médicos circulado por adultos mayores y por personas con afecciones crónicas: en vez de defender el derecho a la salud para todos, optaron ofrecer el sacrificio de sus vidas para apoyar un proyecto sanitario sustentado sobre políticas fallidas y que, hasta ahora, ya han costado casi 80 000 decesos reconocidos oficialmente; "mi reino no es de este mundo" resuena como eco de esas propuestas de autoinmolación. Finalmente, la debilidad de los argumentos éticos de la Guía Bioética era tal que, bajo presión mediática, el CSG retiró el texto original y, el 30 de abril, presentó otro sin los pasajes objetados.

La suspensión del tránsito o desplazamiento de personas

Hemos indicado a lo largo de nuestro trabajo que una cuarentena laxa impidió reducir los contagios y los decesos; es decir, debido a ella, el gobierno perdió el control sobre la evolución de la pandemia. La movilidad de las personas, en general, y de los afectados por el SARS-CoV-2, en particular, contribuyeron a la propagación del virus, poniendo en evidencia una de las fallas más grandes de la política sanitaria.

En efecto, hemos visto que el Acuerdo de la SS del 24 de marzo, evocaba los derechos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los convenios sobre derechos humanos suscritos por el gobierno mexicano, para definir el marco jurídico de "las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2". Hemos indicado que tales medidas preventivas tenían carácter de mandato obligatorio; por eso no deja de sorprender que el vocero para la pandemia haya anunciado que "el tránsito o desplazamiento de personas" no sería restringido para no violar las libertades civiles y los derechos humanos de las personas.

La contradicción es flagrante: pues el derecho fundamental (el derecho a la vida) y los derechos secundarios (el derecho a la salud, el libre tránsito, etc.) son la finalidad del Acuerdo de la SS; pero el vocero para la pandemia recurrió a esas mismas libertades civiles y esos mismos derechos humanos para justificar una política sanitaria marcada por la libertad de movimiento de los individuos, atentando contra el derecho a la vida de terceros.

En resumen: el desarrollo de la pandemia ha puesto en evidencia los límites de la transformación de la sociedad promovida por López Obrador, pues hemos visto el resurgimiento de las pautas de la cultura política priista: el tráfico de influencia, el intermediarismo y las comisiones salieron a relucir mediante la compra de respiradores artificiales; el abastecimiento de insumos médicos careció de control, gracias a la liberalización del mercado de ese tipo específico de bienes; la incorporación de personal médico a la estrategia contra el coronavirus estuvo sujeta a los intereses corporativos de los sindicatos de las instituciones de salud; la competencia feroz entre las diferentes áreas del gobierno federal fue puesta en evidencia por la Secretaría de Relaciones, al extender sus actividades a los ramos de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Economía; la simulación sin sanción fue evidente en la política de comunicación de las diferentes áreas de la Secretaría de Salud o del Conacyt. Todo ello fue coronado por el triunfalismo acrítico resumido en frases como "ya domamos la pandemia" y "ya se ve la luz al final del túnel", repetidas constantemente, cuando la pandemia se desarrolla en ciclos cada vez más álgidos.

En las medidas sanitarias propuestas por los funcionarios/científicos pesó más su calidad de funcionarios que la de científicos; por la lógica del funcionamiento de la administración pública, debieron plegarse al interés del responsable en última instancia del gobierno. Los mecanismos verticalistas del ejercicio gubernamental establecidos por el PRI siguen funcionando, con más vigor que nunca, y la recreación en curso del presidencialismo no deja lugar para la autonomía administrativa de los funcionarios públicos, por más alto que sea su nivel de formación científica.

La consecuencia de esta lógica administrativa es que, durante la pandemia, el derecho a la vida ha sido simplemente ignorado, tanto por las autoridades, como por esa parte inconsciente e irresponsable de la población que ignora los riesgos para sí y para los otros. Sin la responsabilidad individual que implica la valoración de la vida personal y de la vida de los otros, el tránsito hacia la modernidad y hacia una sociedad democrática será imposible; pues ambas descansan sobre un individualismo fundado

en la consciencia personal del lugar y de los deberes que cada uno tiene asignado dentro de la sociedad.

Así, mientras el sistema escolar no enseñe a los individuos a pensar por sí mismos y a ser conscientes de que la solución de los problemas sociales solo puede ser el resultado de las acciones individuales conjugadas colectivamente, seguiremos inmersos en esas culturas premodernas que nos caracterizan, que niegan paradójica y prácticamente tanto los derechos humanos, como las libertades civiles, que justifican transformaciones sociales sin modificar nada y que nos mantienen en un túnel sin final…

REFERENCIAS

Aguilar, R. (2020). Tamaulipas reporta primer caso de coronavirus; es un hombre de Malasia que trabaja en Tampico. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/estados/tamaulipas-reporta-primer-caso-de-coronavirus-es-un-hombre-de-malasia-que-trabaja-en-tampico [Consultado el 2 de julio de 2022].

Álvarez, E. (2020). El COVID-19 llegó a México por "grupos sociales adinerados": López-Gatell. Disponible en: https://mvsnoticias.com/noticias/nacionales/covid-19-llego-a-mexico-por-grupos-sociales-adinerados-lopez-gatell/ [Consultado el 3 de julio de 2020].

AMLO. (2020). Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador. Disponible en: https://lopezobrador.org.mx/2020/03/18/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-279/ [Consultado el 6 de enero de 2021].

Amnistía Internacional. (2020). El costo de curar. Disponible en: https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/informe-el-costo-de-curar-sobre-aquellas-personas-en-la-primera-linea-de-combate-al-covid-en-las-americas/ [Consultado el 1 de octubre de 2022].

Arce, J. (2020). Pobladores de destinos populares de México cierran el paso a turistas por temor a la COVID-19. Disponible en: https://www.chicagotribune.com/espanol/sns-es-coronavirus-pobladores-cierran-destinos-mexico-por-miedo-20200415-z2hkqfac2bdmzoijxrd757zl5y-story.html [Consultado el 2 de julio de 2022].

Arista, L. (2020). México tiene un déficit de 200,000 médicos y 300,000 enfermeras, reconoce Salud. Disponible en: https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/04/07/mexico-deficit-200-000-medicos-y-300-000-enfermeras [Consultado el 1 de octubre de 2022].

Arvizu, J. (2020). El secreto es la fe; hay que vivir sin miedo. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/creyentes-de-la-santa-muerte-piden-proteccion-ante-COVID-19 [Consultado el 6 de enero de 2021].

Banxico. (2020). Sistema de Información económica. Producto interno bruto, en precios de 2013, series desestacionalizadas. Disponible en: https://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?sector=2&accion=consultarCuadro&idCuadro=CR200&locale=es [Consultado el 1 de septiembre de 2022].

BBC. (2018). López Obrador arrasa en las elecciones presidenciales de México y dice que no va a instalar una dictadura "abierta" o "encubierta". Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-44678193 [Consultado el 3 de agosto de 2020].

Boites, J. (2020). Van 122 mil muertes más de lo normal por Covid. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/van-122-mil-muertes-mas-de-lo-normal-por-covid [Consultado el 1 de noviembre de 2020].

Burgos, E. (2020). En Coatzacoalcos, locatarios de productos esotéricos dejan de vender veladora contra Coronavirus. Disponible en: http://www.masnoticias.mx/en-coatzacoalcos-locatarios-de-productos-esotericos-dejan-de-vender-veladora-contra-coronavirus/ [Consultado el 5 de enero de 2021].

Cámara de Diputados. (2019). Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2020_111219.pdf [Consultado el 4 de octubre de 2022].

Cámara de Diputados. (2020). Composición porcentual de los grupos parlamentarios en la cámara de diputados. Disponible en: http://sitl.diputados.gob.mx/LXIV_leg/info_diputados.php [Consultado el 4 de agosto de 2020].

Cámara de Diputados. (2020). Autoridades están obligadas a implementar medidas para proteger la integridad del personal médico: PRI. Disponible en: http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2020/Junio/01/5287-Autoridades-estan-obligadas-a-implementar-medidas-para-proteger-la-integridad-del-personal-medico-PRI [Consultado el 4 de octubre de 2020].

Cámara de Diputados. (2020). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf [Consultado el 1 de diciembre de 2020].

Campos, M. y Balam, X. (2020). La infraestructura hospitalaria ante el covid-19: debilidad extrema. Disponible en: https://www.nexos.com.mx/?p=47571 [Consultado el 1 de septiembre de 2020].

Canchola, A. y J. Arvizu. (2020). Gobierno toma decisiones correctas por coronavirus: Monreal. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/coronavirus-gobierno-toma-decisiones-correctas-por-covid-19-monreal [Consultado el 5 de julio de 2022].

Cárdenas, K. (2020). Se agotan las veladoras "contra el coronavirus". Disponible en: https://www.elsoldecuernavaca.com.mx/local/video-se-agotan-las-veladoras-contra-el-coronavirus-5104298.html [Consultado el 5 de enero de 2021].

CLIP. (2020). Cómo nueve países invirtieron 320 millones de dólares para atender enfermos críticos de la pandemia. Disponible en: https://www.elclip.org/como-9-paises-invirtieron-320-millones-de-dolares-para-atender-enfermos-criticos-de-la-pandemia/ [Consultado el 4 de septiembre de 2020].

Conacyt. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/inicia-fabricacion-en-serie-de-ventiladores-creados-por-conacyt [Consultado el 7 de septiembre de 2020].

Conapred. (2020a). Llama Conapred a evitar actos discriminatorios contra personal médico y de enfermería que atiende casos de COVID-19. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1343&id_opcion=103&op=213 [Consultado el 8 de mayo de 2020].

Conapred. (2020b). Llama enérgicamente Conapred a la población a abstenerse de agredir las instalaciones hospitalarias y al personal de salud. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=boletin&id=1344&id_opcion=103&op=213 [Consultado el 8 de mayo de 2020].

Conapo. (2010). Proyecciones. Citado en Wikipedia. s.f. Anexo: Entidades federativas de México por superficie, población y densidad. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Entidades_federativas_de_M%C3%A9xico_por_superficie,_poblaci%C3%B3n_y_densidad [Consultado el 1 de noviembre de 2020].

ContraRéplica. (2020). No dejemos de salir pese a coronavirus: AMLO. Disponible en: https://www.contrareplica.mx/nota-No-dejemos-de-salir-pese-a-coronavirus-AMLO202023316 [Consultado el 7 de enero de 2021]

Corona, S. (2020). Gobierno de CDMX suspende eventos masivos por coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/coronavirus-gobierno-de-cdmx-suspende-eventos-masivos-por-covid-19 [Consultado el 5 de julio de 2020].

Corona, S. (2020b). Cierran mercados y tianguis en CDMX. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cierran-450-mercados-y-tianguis-en-seis-alcaldias-por-coronavirus [Consultado el 7 de julio de 2020].

CSG. (2020). Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Versión del 13 de abril de 2020.

Cruz, A. (2020). López-Gatell: hay sabotaje constante al plan anti-Covid. Disponible en: https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/09/14/lopez-gatell-hay-sabotaje-constante-al-plan-anti-covid-8905.html [Consultado el 5 de noviembre de 2020].

Cuevas, S. (2020). Da positivo de coronavirus el presidente de la Bolsa Mexicana, Jaime Ruiz Sacristán. Disponible en: https://www.elfinanciero.com.mx/salud/da-positivo-de-coronavirus-el-presidente-de-la-bolsa-mexicana-jaime-ruiz-sacristan [Consultado el 2 de julio de 2020].

Damián, F. y Castillo, E. (2019). La Cámara de Diputados aprobó en lo general y lo particular la Ley de Austeridad Republicana. Disponible en: https://www.milenio.com/politica/diputados-aprueban-en-lo-general-ley-de-austeridad-republicana [Consultado el 4 de agosto de 2020].

Damián, F. (2020). Ante pandemia, hemos actuado con responsabilidad y profesionalismo. Disponible en https://www.milenio.com/politica/amlo-en-pandemia-hemos-actuado-con-responsabilidad-y-profesionalismo [consultado el 9 de agosto de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (1976). Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=1976&month=12&day=29 [Consultado el 1 de diciembre de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (2019a). Decreto por el cual se expide la Ley Federal Republicana, de 19 de noviembre. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5579141&fecha=19/11/2019 [Consultado el 4 de agosto de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (2019b). Lineamientos para la operación y el funcionamiento del Comité de Evaluación de las medidas de austeridad republicana, de 19 de noviembre. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5588439&fecha=04/03/2020&print=true#:~:text=Que%20con%20fecha%2019%20de,Federal%20de%20Presupuesto%20y%20Responsabilidad [Consultado el 4 de agosto de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (2020). Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020 [Consultado el 3 de septiembre de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (2020a). Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad del virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México,

como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de la preparación y respuesta ante dicha epidemia. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020 [Consultado el 1 de diciembre de 2020].

Diario Oficial de la Federación. (2020b). Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020 [Consultado el 6 de diciembre de 2020].

Duran, V. y Sánchez, L. (2020). IMSS cancela compra de ventiladores a empresario ligado a fraudes. Disponible en https://contralacorrupcion.mx/cancelan-compra-ventiladores-imss-levanting-global-covid-19/ [consultado el 5 de septiembre de 2020]

El Demócrata. (2020). Cierran 38 mercados en CDMX por el COVID-19. Disponible en: https://eldemocrata.com/cierran-38-mercados-en-cdmx-por-el-covid-19/ [Consultado el 1 de julio de 2020].

El Economista. (2020a). México declara Fase 2 de la pandemia del coronavirus. Disponible en: https://www.eleconomista.com.mx/politica/Mexico-declara-Fase-2-de-la-pandemia-del-coronavirus--20200324-0051.html [Consultado el 2 de julio de 2022]

El Economista. (2020b). Guatemala cierra fronteras. Disponible en: https://www.eleconomista.com.mx/internacionales/Guatemala-cierra-fronteras-20200316-0092.html [Consultado el 3 de julio de 2022].

El Mañanero Diario. (2020). Incumple Conacyt entrega de respiradores producidos en México. Disponible en: https://www.elmananerodiario.com/incumple-conacyt-entrega-respiradores-producidos-mexico/ [Consultado el 7 de septiembre de 2020].

El Pulso Laboral. (2019). Pérdida de 70% de plazas de confianza, una tragedia laboral. Disponible en: https://elpulsolaboral.com.mx/mercado-laboral/18096/perdida-de-70-de-plazas-de-confianza-una-tragedia-laboral [Consultado el 5 de agosto de 2020].

El Universal. (2019). PAN recuerda cuando a AMLO le parecía nada crecimiento de 0.8%. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/pan-recuerda-cuando-amlo-le-parecia-nada-crecimiento-de-08 [Consultado el 3 de agosto de 2020].

El Universal. (2020). Coronavirus en México: ¿qué tan preparado está el país para un brote de casos de COVID-19? Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-en-mexico-que-tan-preparado-esta-el-pais-para-un-brote-de-casos-de-covid-19 [Consultado el 1 de octubre de 2020].

El Universal. (2020a). Así fue como los mexicanos se contagiaron de coronavirus en Italia. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/asi-fue-como-los-mexicanos-se-contagiaron-de-coronavirus-en-italia [Consultado el 1 de julio de 2020].

El Universal. (2020b). Mapa. Así fue la ruta de la llegada del coronavirus a México. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mapa-asi-fue-la-ruta-de-la-llegada-del-coronavirus-mexico [Consultado el 1 de julio de 2020].

El Universal. (2020c). México no restringirá viajes internacionales por Coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/video/nacion/mexico-no-restringira-viajes-internacionales-por-coronavirus [Consultado el 1 de julio de 2020].

El Universal. (2020d). Convención bancaria: ¿contagio? Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/cartera/convencion-bancaria-contagio [Consultado el 2 de julio de 2020].

El Universal. (2020e). Así fue el concierto de Ghost, al que asistió el primer fallecido por Coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/espectaculos/musica/asi-fue-el-concierto-de-ghost-al-que-asistio-el-primer-fallecido-por-covid-19 [Consultado el 2 de julio de 2020].

El Universal. (2020f). SEP cancela eventos deportivos y cívicos en escuelas por coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-sep-cancela-eventos-deportivos-y-civicos-en-escuelas [Consultado el 4 de julio de 2020].

El Universal. (2020g). Cancún cierra sus playas por coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/estados/coronavirus-cancun-cierra-sus-playas-por-covid-19 [Consultado el 6 de julio de 2022].

El Universal. (2020a). ¿De qué tratan los tres niveles de atención a la salud en el Insabi? Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/insabi-en-que-consisten-los-tres-niveles-de-atencion-la-salud-en-mexico [Consultado el 1 septiembre de 2020].

El Universal. (2020b). Tal vez debimos parar ventas de cubre bocas a China en febrero, dice López-Gatell. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/lopez-gatell-tal-vez-debimos-parar-ventas-de-cubrebocas-china-en-febrero [Consultado el 1 de septiembre de 2022].

Espino, M. y Jiménez, H. (2020). AMLO anuncia plan emergente para atender COVID-19; lanza convocatoria para contratar médicos. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-anuncia-plan-para-atender-covid-19-contrataran-10-mil-medicos [Consultado el 1 de octubre de 2020].

Expansión. (2020). IMSS suspende a 4 funcionarios por compra de ventiladores a hijo de Bartlett. Disponible en: https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/28/imss-suspende-a-4-funcionarios-por-compra-de-ventiladores-a-bartlett [Consultado el 7 de septiembre de 2022].

Flores, N. (2020). México cuenta con 440 epidemiólogos y 170 infectólogos: Salud. Disponible en: https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2020/03/18/mexico-cuenta-con-440-epidemiologos-y-170-infectologos-salud/ [Consultado el 2 de octubre de 2020].

Forbes S. (2020a). Elektra seguirá abierto y responde al gobierno: nuestras operaciones son esenciales. Disponible en: https://www.forbes.com.mx/negocios-elektra-responde-al-gobierno-que-sus-operaciones-son-esenciales-y-seguiran-abiertos/ [Consultado el 7 de enero de 2021].

Forbes, S. (2020b). Oaxaca, primer estado en prohibir la venta de alimentos chatarra a menores de edad. Disponible en: https://www.forbes.com.mx/politica-congreso-oaxaca-prohibe-venta-alimentos-chatarra-ninos/#:~:text=Por%20motivos%20de%20salud%2C%20el,Foto%3A%20Forbes%20Staff.&text=El%20Congreso%20de%20Oaxaca%20aprob%C3%B3,chatarra%20de%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes. [Consultado el 8 de agosto de 2020].

Forbes, S. (2020c). México, el país con más personal médico muerto por coronavirus. Disponible en: https://www.forbes.com.mx/noticias-mexico-pais-con-mas-personal-medico-muerto-por-coronavirus/ [Consultado el 9 de octubre de 2020].

Forbes S. (2020d). TV Azteca: "Ya no la haga caso a Hugo López-Gatell. Disponible en: https://www.forbes.com.mx/noticias-tv-azteca-pide-desobedecer-lopez-gatell-covid-19/ [Consultado el 5 de diciembre de 2020].

Gandaria, M. (2020). Sedena toma control de filtros de revisión de aeropuertos de México. Disponible en: https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/sedena-toma-control-de-filtros-de-revision-en-aeropuertos-de-mexico-5072887.html [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gao, Y. y Liu, Y. (2020). WHO: COVID-19 in China moves into 'mitigation stage'. Disponible en: https://news.cgtn.com/news/2020-04-06/WHO-COVID-19-in-China-moves-into-mitigation-stage--PsPafbfDBm/index.html [Consultado el 8 de enero de 2021].

Gobierno de México (2020). Conferencia COVID-19 (27 de febrero de 2020). Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=8Ah2nhOfl9M [Consultado el 8 de enero de 2021].

Gobierno de México. (2020a). COVID-19 México. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/datos/#DOView [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Gobierno de México. (2020b). Conferencia COVID-19, 4 julio. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=tbnty4SZjCA [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Gobierno de México. (2020c). Anuario de Morbilidad 1984-2019. Glosario. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html [Consultado el 5 de agosto de 2020].

Gobierno de México. (2020). 6 reglas básicas. Disponible en: https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/descarga-las-reglas-basicas-contra-el-covid-y-el-triptico-que-hacer-si-sospecho-que-tengo-covid [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gobierno de México. (2020a). COVID-19 México, Datos. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/datos/ [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gobierno de México. (2020b). Prevención. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/prevencion/ [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gobierno de México. (2020c). Conferencia COVID-19, 16 abril 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ffnjsXtv0wU [Consultado el 4 de julio de 2020]

Gobierno de México. (2020d). Conferencia COVID-19, 30 junio 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=b4R9fslL2Ew [Consultado el 8 de julio de 2020]

Gobierno de México-IMSS. (2020). Fases o escenarios de contingencia y nivel de propagación del COVID-19. Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Fases-COVID19.pdf [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gobierno CDMX. (2020). Contratos adjudicados COVID-19. Disponible en: https://datos.cdmx.gob.mx/explore/embed/dataset/contratos-adjudicados-covid19/table/?q=SSCDMX-DGAF-051-2020&static=false&datasetcard=false [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Gobierno de México. (2020a). Conferencia COVID-19, 18 marzo 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=w1QfLfnBnfc [Consultado el 1 de septiembre de 2020].

Gobierno de México (2020b). Conferencia COVID-19, 30 julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/2020/07/30/conferencia-30-de-julio/ [Consultado el 2 de septiembre de 2020].

Gobierno de México (2020c). Conferencia COVID-19, 31 de julio 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/2020/07/31/conferencia-31-de-julio/ [Consultado el 2 de septiembre de 2020].

Gobierno de México (2020d). Conferencia COVID-19, 1 de agosto de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=ZjTtjxsmrPE [Consultado el 2 de septiembre de 2020].

Gobierno de México (2020e). Conferencia COVID-19, 2 de agosto de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=QHtSUXwB8Wc [Consultado el 2 de septiembre de 2020].

Gobierno de México. (2020f). Conferencia Mañanera 24 marzo 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=jmpL9SCqwsg [Consultado el 3 de septiembre].

Gobierno de México. (2020g). Conferencia COVID-19, 23 abril 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/2020/04/24/conferencia-23-de-abril/ [Consultado el 7 de septiembre de 2020].

Gobierno de México. (2020a). Conferencia COVID-19, 4 de abril de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=IuMLebcT3EM [Consultado el 1 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020b). México contra COVID-19. Disponible en: http://www.mexicocontracovid.salud.gob.mx/doctos/Desplegado-SALUD-.pdf [Consultado el 1 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020c). Conferencia COVID-19, 23 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=aClGrqFZmGU [Consultado el 5 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020d). Observaciones sobre violaciones a derechos humanos cometidas durante la contingencia sanitaria por COVID-19. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561060/OBSERVACIONES_SOBRE_VIOLACIONES_A_DERECHOS_HUMANOS_DURANTE_LA_CONTINGENCIA_SANITARIA_POR_COVID-19_II_VF_OK.pdf [Consultado el 7 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020e). Conferencia COVID-19 27 de febrero de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=8Ah2nhOfl9M [Consultado el 7 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020f). Conferencia COVID-19, 3 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=wnAow81D5HQ [Consultado el 7 de octubre de 2022].

Gobierno de México, Secretaría de Salud. (2020). El Pulso de la salud, 2 de mayo. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/551641/CPM_Pulso_de_la_Salud__12may20.pdf [Consultado el 3 de octubre de 2020].

Gobierno de México. (2020a). Conferencia COVID-19 1 de agosto de 2020. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/2020/08/01/conferencia-1-de-agosto/ [Consultado el 2 de noviembre de 2020].

Gobierno de México. (2020b). Secretaría de Salud, Datos Abiertos 26/08/2020. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 2 de noviembre de 2020].

Gobierno de México. (2020c). Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México. Disponible en: https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-COVID-19-en-mexico-247228?idiom=es [Consultado el 6 de noviembre de 2020].

Gobierno de México. (2020d). Municipios de la esperanza. Documento técnico. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Municipios_Esperanza_16052020.pdf [Consultado el 10 de noviembre de 2020].

Gobierno de México. (2020a). Conferencia Mañanera, 12 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=95Jme4OcffU [Consultado el 1 de diciembre de 2020].

Gobierno de México. (2020b). CSG. Consejo de Salubridad General. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/consejo/integrantes.html [Consultado el 3 de diciembre de 2020].

Gobierno de México. (2020c). Conferencia COVID-19, 10 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=H7JUEzgzc14 [Consultado el 6 de diciembre de 2020].

Gobierno de México. (2020c). COVID-19 México. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/datos/#DOView [Consultado el 5 de diciembre de 2020].

Gobierno del Estado de México. (2020a). Zonas metropolitanas del Estado de México. Disponible en: http://coespo.edomex.gob.mx/zonas_metropolitanas [Consultado el 12 de noviembre de 2020].

Gobierno del Estado de México. (2020b). Casos positivos y defunciones a COVID-19 por municipio. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/salud/covid19_municipio [Consultado el 12 de noviembre de 2020].

Gómez, C. (2020). Dueño de la marca José Cuervo da positivo de Coronavirus. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=rrDljPgO0Wk [Consultado el 2 de julio de 2020].

Google.com (s.f.). 89 zonas de alto contagio CDMX. Disponible en: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1jYBwYmPnvEHC2kJPFE8vnZ-sHRvPDd0w&ll=19.332167763642094%2C-98.6513500797073&z=10 [Consultado el 1 de julio de 2020].

Gutiérrez, N. 2020. Alfonso Romo, jefe de la Oficina de la Presidencia, reporta ingresos por 15 mdp. Disponible en https://www.reporteindigo.com/reporte/alfonso-romo-jefe-de-la-oficina-de-la-presidencia-reporta-ingresos-por-15-mdp/ [Consultado el 5 de agosto de 2020].

Heinze-Martin, G. *et al.* (2018). Los médicos especialistas en México. Disponible en: https://anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf [Consultado el].

Heraldo de México. (2020). Llegan a México 2 mil ventiladores para atención de pacientes de COVID-19. Disponible en: https://heraldodemexico.com.mx/coronavirus-COVID-19/ventiladores-llegan-mexico-pacientes-covid19-coronavirus-estados-unidos-sre/ [Consultado el 3 de septiembre de 2022].

Hernández, A. (2020a). CDMX continúa en fase 1 por coronavirus; no se cancela el Vive Latino: Sheinbaum. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx-continua-en-fase-1-por-coronavirus-no-se-cancela-el-vive-latino-sheinbaum [Consultado el 1 de julio de 2020].

Hernández, A. (2020b). Por COVID-19, muere el presidente de la BMV, Jaime Ruiz Sacristán. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/cartera/por-covid-19-muere-el-presidente-de-la-bmv-jaime-ruiz-sacristan [Consultado el 2 de julio de 2022].

Hernández, A. (2020c). Ante Coronavirus, Citibanamex pospone reunión plenaria de consejeros CDMX. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/cartera/ante-coronavirus-citibanamex-pospone-reunion-plenaria-en-la-cdmx [Consultado el 4 de julio de 2022].

Hernández, E. (2020d). Cancelan eventos de más de mil personas en CDMX. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/cancelan-eventos-de-mas-de-mil-personas-en-la-cdmx [Consultado el 4 de julio de 2022].

Ibarra, J. *et al*. (2019). La regulación de etiquetado en la industria del tabaco de México: efecto de los pictogramas en la demanda de tabaco. Disponible en: https://economiatyp.uam.mx/index.php/ETYP/article/view/336/495 [Consultado el 6 de agosto de 2020].

IMSS (2020). IMSS recomienda medidas de prevención para evitar enfermedades respiratorias. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/106 [Consultado el 6 de enero de 2021].

IMSS. (2020). Convocatoria Abierta Nacional 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543996/Convocatoria_Abierta_Nacional_2020.pdf [Consultado el 3 de octubre de 2020].

Índigo Staff. (2020). Baja California Sur ordena cierre de sus playas por coronavirus. Disponible en: https://www.reporteindigo.com/reporte/baja-california-ordena-cierre-de-sus-playas-por-coronavirus/ [Consultado el 6 de julio de 2020].

Índigo Staff. (2020). AMLO agradece a presidentes de China y Estados Unidos por venta de ventiladores. Disponible en: https://www.reporteindigo.com/reporte/amlo-agradece-a-presidentes-de-china-y-estados-unidos-por-venta-de-ventiladores/ [Consultado el 3 de septiembre de 2022].

INEGI (s.f.). Características educativas de la población. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/educacion/ [Consultado el 2 de agosto de 2020].

INEGI (2015). Características educativas de la población. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/temas/educacion/ [Consultado el 6 de enero de 2021].

INEGI (2018). Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf [Consultado el 2 de agosto de 2020].

INEGI (2019a). Encuesta Nacional de Empleo y Ocupación, 4º Trimestre de 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/resultados_ciudades_enoe_2019_trim4.pdf [Consultado el 3 de agosto de 2020].

INEGI (2019b). Características de las defunciones registradas en México durante 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf [Consultado el 6 de agosto de 2020].

INEGI. (2021). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOE) de marzo de 2021, resultados de abril y mayo de 2020. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/etoe/doc/etoe_presentacion_resultados_mayo_2020.pdf [Consultado el 5 de abril 2021].

INEGI-Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf [Consultado el 6 de agosto de 2020].

Infobae (2020). Esoterismo contra el coronavirus: velas y bálsamos en México. Disponible en: https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/02/esoterismo-contra-el-coronavirus-velas-y-balsamos-en-mexico/ [Consultado el 6 de enero de 2021].

Infobae. (2020a). México pronostica hasta 8,000 muertos coronavirus. Disponible en: https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/23/mexico-pronostica-hasta-8000-muertos-por-coronavirus/ [Consultado el 4 de diciembre de 2020].

Infobae. (2020b). Hugo López-Gatell estimó hasta en 30,000 muertos por coronavirus en México. Disponible en: https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/28/hugo-lopez-gatell-estimo-hasta-30000-muertos-por-coronavirus-en-mexico/ [Consultado el 5 de diciembre de 2020].

James, A., *et al*. (2020). Strategies for control of COVID-19 in New Zealand. Disponible en: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.26.20044677v1 [Consultado el 7 de enero de 2021].

Jasso, M. A. (2018). La cleptocracia política de México. Disponible en: https://institutohistorico.org/la-cleptocracia-politica-mexico/ [Consultado el 4 de agosto de 2020].

Jiménez, H. (2020). Exige PRD a AMLO decretar aislamiento ante coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-en-mexico-exige-prd-amlo-decretar-aislamiento [Consultado el 4 de julio de 2020].

Jiménez, N. *et al*. (2020). Hay condiciones "inmejorables" para el crecimiento, asegura AMLO. Disponible en: https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/03/13/condiciones-201cinmejorables201d-para-crecimiento-economico-afirma-amlo-3226.html [Consultado el 2 de julio de 2020].

Juárez, P. (2020). Cosechas lo que siembras: Ebrard explicó por qué México decidió vender insumos médicos en plena pandemia del coronavirus. Disponible en: https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/09/cosechas-lo-que-siembras-ebrard-explico-por-que-mexico-decidio-vender-insumos-medicos-en-plena-pandemia-del-coronavirus/ [Consultado el 5 de septiembre de 2020].

Larraz, I. (2018). López Obrador si militaba en el PRI durante las elecciones del 88. Disponible en: https://verificado.mx/lopez-obrador-militaba-pri-88/ [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Lastiri, D. (2020). SCJN: cancela eventos por coronavirus; sesiones a puerta cerrada. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/scjn-cancela-eventos-por-coronavirus-sesiones-puerta-cerrada [Consultado el 4 de julio de 2022].

León, M. (2020). Incremento en precio de ventiladores complica adquisición para gobierno. Disponible en: https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/25/incremento-en-

precio-de-ventiladores-complica-adquisicion-para-gobierno-mexicano [Consultado el 5 de septiembre de 2020].

Luna, A. (2020). Inicia Hell and Heaven sin medidas de prevención contra el coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/espectaculos/musica/hell-and-heaven-2020-inicia-sin-prevencion-contra-coronavirus [Consultado el 3 de julio de 2020].

Luna, D. (2020). Los 5 mil ventiladores para el coronavirus fueron pagados por adelantado a China: AMLO. Disponible en: https://cobertura360.mx/2020/03/27/politica/los-5-mil-ventiladores-para-el-coronavirus-fueron-pagados-por-adelantado-a-china-amlo/ [Consultado el 5 de septiembre de 2020].

KPMG en México-ANPRAC. (2017). Tendencias de la industria refresquera en México-Gráficas. Disponible en: https://home.kpmg/content/dam/kpmg/mx/pdf/2017/01/ANEXO_I_Gr%C3%A1ficas%20comuicado%20industria%20refresquera%20ene2017.pdf [Consultado el 8 de agosto de 2020].

Marca Claro. (2020a). Susana Distancia: ¿Qué es y cuándo comienza a operar en México por el COVID-19? Disponible en: https://www.marca.com/claro-mx/trending/2020/03/22/5e76e6ea46163fecb58b4600.html [Consultado el 6 de julio de 2022].

Marca Claro. (2020b). Hoy no Circula por Fase 3: ¿Aplica los domingos en la CDMX y EdoMex? Disponible en: https://www.marca.com/claro-mx/trending/2020/04/26/5ea4d258268e3ee5118b45e1.html [Consultado el 6 de julio de 2020].

Marca Claro. (2020c). Coronavirus en México: ¿Qué estaciones están cerradas hoy? Disponible en: https://www.marca.com/claro-mx/trending/2020/04/22/5ea05da822601d05138b4632.html [Consultado el 6 de julio de 2020].

Machorro, J. C. (2020). Un 6% de empresas "no esenciales", sin obedecer la cuarentena COVID-19. Disponible en: https://www.expoknews.com/un-6-de-empresas-no-esenciales-sin-obedecer-la-cuarentena-covid-19/ [Consultado el 7 de enero de 2021].

Matías, P. (2020). Congreso de Oaxaca aprueba dictamen para prohibir la venta de comida chatarra a menores. Disponible en: https://www.proceso.com.mx/640992/congreso-de-oaxaca-aprueba-dictamen-para-prohibir-la-venta-de-comida-chatarra-a-menores [Consultado el 8 de agosto de 2020].

Mayen, B. (2020). Universidades de México reaccionan ante pandemia por coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/universidades-reaccionan-ante-propagacion-de-coronavirus-en-mexico [Consultado el 4 de julio de 2020].

Mediotiempo. (2020). Secretaría de Salud presenta personaje "Susana Distancia" para combatir COVID-19. Disponible en: https://www.mediotiempo.com/otros-mundos/covid-19-presentan-susana-distancia-heroina-sds [Consultado el 6 de julio de 2022].

México desconocido (2020). San Caralampio, el santo que nos librará del coronavirus. Disponible en: https://www.mexicodesconocido.com.mx/san-caralampio-el-santo-que-libro-pestes.html [Consultado el 7 de enero de 2021].

Milenio. (2019). Lo bueno, lo malo y lo feo de la austeridad republicana. Disponible en: https://www.milenio.com/politica/amlo-y-la-austeridad-republicana [Consultado el 5 de agosto de 2020].

Milenio (2020). No saludar de mano y beso, las recomendaciones contra el coronavirus. Disponible en: https://www.milenio.com/politica/coronavirud-covid-19-cdmx-beso-mano-ssa [Consultado el 7 de enero de 2021].

Miranda, A., 2020. ¿Funciona el impuesto a las bebidas azucaradas? Disponible en: https://centrosconacyt.mx/objeto/funciona-el-impuesto-a-las-bebidas-azucaradas/#:~:text=Por%20est%C3%A1%20raz%C3%B3n%2C%20en%20Enero,helados%20y%20dulce%20de%20leche. [Consultado el 7 de agosto de 2020].

Miranda, F. (2020). Entra en vigor en Oaxaca ley que prohíbe vender "comida Chatarra a niños". Disponible en : https://www.eluniversal.com.mx/estados/entra-en-vigor-en-oaxaca-ley-que-prohibe-vender-comida-chatarra-ninos [Consultado el 8 de agosto de 2020].

Miranda, F. (2020). Cancelan Rock and Roll Half Marathon de Oaxaca por coronavirus. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/estados/cancelan-rock-and-roll-half-marathon-de-oaxaca-por-coronavirus [Consultado el 4 de julio de 2020].

Miranda, P. (2020). Cofepris avala primer ventilador mexicano; ya no se importarán: Ebrard. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/cofrepis-avala-primer-ventilador-mexicano-ya-no-se-importaran-ebrard [Consultado el 1 de septiembre de 2022].

Miranda, P. (2020). IMSS emplea a 17 mil por virus; ninguno es especialista. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/imss-contrato-17-mil-por-covid-19-y-ninguno-es-especialista-sindicato [Consultado el 3 de octubre de 2020].

Miranda, P. *et al*. (2020). México ha aplanado la curva epidémica COVID-19: López-Gatell, 5 de mayo. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mexico-ha-aplanado-la-curva-epidemica-de-covid-19-lopez-gatell [Consultado el 2 de agosto de 2020].

Miranda, P. *et al.* (2020). SSA pide a estudiantes regresar en mayo a hospitales. Disponible

en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-ssa-pide-estudiantes-regresar-en-mayo-hospitales [Consultado el 6 de octubre de 2022].

Morales, A. (2020). La fuerza del Presidente es moral; no es una fuerza de contagio. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/la-fuerza-del-presidente-es-moral-no-es-una-fuerza-de-contagio [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Morales, A., *et al.* (2020). Reapertura económica responsable: Presidente. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/reapertura-economica-responsable-presidente [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Moreno, T. (2020). Por coronavirus, Episcopado recomienda suspender misas. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/coronavirus-en-mexico-episcopado-recomienda-suspender-misas [Consultado el 4 de julio de 2020].

Moreno, T. (2020). Trabajadores de salud en México protestan por falta de equipamiento contra COVID-19. Disponible en https://www.eluniversal.com.mx/nacion/seguridad/coronavirus-medicos-y-enfermeras-del-pais-protestan-por-falta-de-equipamiento Consultado el 5 de octubre de 2022

Moreno, T. y Morales, A. (2020). Aeropuerto de la CDMX alista nuevo protocolo para evitar contagios de COVID-19. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-aeropuerto-de-la-cdmx-alista-nuevo-protocolo-para-evitar-contagios [Consultado el 1 de julio de 2020].

National Institutes of Health. (s.f.). Mortalidad. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/mortalidad [Consultado el 7 de agosto de 2020].

National Institute on Drug Abuse. (s.f.). La comorbilidad. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad [Consultado el 7 de agosto de 2020].

Observatorio Nacional Ciudadano. (2020). Responsabilidades y corresponsabilidades en las agresiones a personal sanitario en México en el contexto de la COVID-19. Disponible en: https://onc.org.mx/uploads/AgresionesMedicos.pdf [Consultado el 7 de octubre de 2022].

OCDE. (2020). Presentación del estudio: "La Pesada Carga de la Obesidad: La Economía de la Prevención". Disponible en https://www.oecd.org/about/secretary-general/heavy-burden-of-obesity-mexico-january-2020-es.htm [Consultado el 5 de agosto de 2020].

Ochoa, C. (2020). ¿Cuáles son los cambios que se van a hacer a las etiquetas de comida y bebida chatarra? Disponible en: https://www.milenio.com/negocios/nuevo-etiquetado-te-decimos-cuales-seran-los-cambios [Consultado el 8 de agosto de 2020].

Oficina de la Presidencia. (2020). Faltan 200 mil médicos en México; garantizar suficiencia del personal de salud, desafío del gobierno: Presidente AMLO. Disponible en: https://presidente.gob.mx/faltan-200-mil-medicos-en-mexico-garantizar-suficiencia-de-personal-de-la-salud-desafio-del-gobierno-presidente-amlo/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20datos%20de,estudiantes%20de%20los%20que%20ingresaban. [Consultado el 1 de octubre de 2020].

Oile, F. (2020). Médicos internos exigen derechos laborales, UNAM e IPN los retira (sic). Disponible en: http://www.laizquierdadiario.mx/Medicos-internos-exigen-derechos-laborales-UNAM-e-IPN-los-retira [Consultado el 6 de octubre].

Olmos, R. (2020). Sancionado en EE. UU. y México, dueños de empresa vendedora de respiradores comprados por el IMSS. Disponible en: https://contralacorrupcion.mx/ventiladores-imss-levanting-global-covid-19/ [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Olmos, R. *et al.* (2020). Contrató IMSS en fast track ventiladores para COVID-19. Disponible en: https://contralacorrupcion.mx/covid-19-imss-ventiladores-fast-track/ [Consultado el 6 de septiembre de 2022].

OMS 2020. Orientaciones para el público. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public [Consultado el 1 de julio de 2020].

OMS (2020b). Alocución del Director General de la OMS en la rueda de prensa para las misiones diplomáticas sobre COVID-19 celebrada el 26 de febrero de 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---26-february-2020 [Consultado el 8 de enero de 2021].

OMS (2020a). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19 [Consultado el 8 de enero de 2021].

Ortiz, A. (2020a). Descartan contagio de coronavirus en Vive Latino. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/espectaculos/musica/descartan-contagio-de-coronavirus-en-vive-latino [Consultado el 2 de julio de 2022].

Ortiz, A. (2020b). Recomienda SSA posponer concentraciones masivas a partir del 23 de marzo. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/ssa-recomienda-posponer-concentraciones-masivas-desde-el-23-de-marzo [Consultado el 4 de julio de 2020].

Ortiz, A. (2020). Salud rechaza que México sea el país con más personal médico fallecido por Covid. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/salud-rechaza-que-

mexico-sea-el-pais-con-mas-personal-medico-fallecido-por-covid [Consultado el 9 de octubre de 2022].

Palma, A. D. (2020). En pleno "puente", detectan primer caso de coronavirus en Acapulco. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/estados/en-pleno-puente-detectan-primer-caso-de-coronavirus-en-acapulco [Consultado el 3 de julio de 2020].

Patiño, M. P. y Giles, C. A. (2020). Las remuneraciones del personal de salud en México: entre el amor al arte y los esfuerzos débilmente recompensados. Disponible en: http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4824/Nota_RemuneracionesSalud78.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consultado el 2 de octubre de 2020].

Pesquisa Javeriana. (2020). La UCI del Hospital San Ignacio, con las alarmas encendidas. Disponible en: https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/tag/unidad-de-cuidados-intensivos/ [Consultado el 3 de septiembre de 2020].

Piña, O. (2020). Cientos de fieles buscan a San Judas Tadeo en medio de la pandemia. Disponible en: https://www.contrareplica.mx/nota-CIENTOS-DE-FIELES-BUSCAN-A-SAN-JUDAS-TADEO-EN-MEDIO-DE-LA-PANDEMIA202029722 [Consultado el 6 de enero de 2021].

Presidencia de la República. (2020). Finalmente: Presentan ventiladores mexicanos para pacientes de Covid: "nace una industria nacional para salvar vidas", afirma Directora del Conacyt. Disponible en: https://presidente.gob.mx/presentan-ventiladores-mexicanos-para-pacientes-covid-nace-una-industria-nacional-para-salvar-vidas-afirma-directora-del-conacyt/ [Consultado el 7 de septiembre de 2020].

Ramírez, A. (2020). Alistan contratación de 6,600 médicos y 12,300 enfermeras para combatir COVID-19. Disponible en: https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/contratacion-medicos-enfermeras-covid-19-coronavirus-contratos-mensuales-26-mil-pesos-5061003.html [Consultado el 6 de octubre de 2020].

Ramírez, J. (2021) "メキシコ―― 新型コロナウイルス感染抑止政策の失敗" (México, fracaso de la nueva política disuasoria de infecciones por coronavirus), アジア・アフリカ研究 *(Estudios Asiáticos y Africanos)*, 61 (1), pp. 28-36.

Redacción *Animal Político*. (2020). Compra de ventiladores fue la mejor opción por precio y rapidez, responde CDMX a Bartlett. Disponible en: https://www.animalpolitico.com/2020/05/compra-ventiladores-mejor-opcion-cdmx-bartlett/ [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Redacción *Marca Claro*. (2020). Llegan a México 211 ventiladores para enfrentar el coronavirus COVID-19. Disponible en: https://www.marca.com/claro-mx/trending/2020/05/05/5eb190d7ca4741152b8b45a1.html [Consultado el 4 de septiembre de 2020].

Redacción *Quadratín*. (2020). UAM y universidades privadas también retiran a médicos residentes en hospitales. Disponible en: https://queretaro.quadratin.com.mx/uam-y-universidades-privadas-tambien-retiran-a-medicos-residentes-de-hospitales/ [Consultado el 6 de octubre de 2022].

RIFREM (2016). Encuesta Nacional sobre Creencias y Prácticas Religiosas en México ENCREER-RIFREM, 2016. Disponible en: http://www.rifrem.mx/wp-content/uploads/2017/10/INFORME-DE-RESULTADOS-EncuestaNacionalMexicoCreenciasyPracticasReligiosas-2017-05.pdf [Consultado el 5 de enero de 2021].

Ríos, V. (2020). No, no eres clase media. Disponible en: https://www.nytimes.com/es/2020/07/06/espanol/opinion/clase-media-mexico.html?fbclid=IwAR0wEzZl0ljc5ElpuonIlMNijOWhoo7KnCP0kdIhj7keX8DIxPhD89K_nJc [Consultado el 2 de agosto de 2020].

Rodríguez, I. (2020). Se confirma subejercicio del gasto público: Hacienda. Disponible en: https://www.jornada.com.mx/ultimas/economia/2020/01/30/economia-mexicana-registro-un-retroceso-de-0-1-en-2019-shcp-7317.html [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Rojas, R. (2020). México, con 190 mil muertos y 10 millones de contagios, calculan. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/mexico-con-190-mil-muertos-y-10-millones-de-contagios-por-covid [Consultado el 1 de noviembre de 2020].

Sánchez, L. y Durán, V. (2020). Compra IMSS 2 mil 500 ventiladores médicos. Disponible en: https://contralacorrupcion.mx/coronavirus-imss-compra-ventiladores/ [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Sánchez, L. y Olmos, R. (2020). Hijo de Bartlett vendió al gobierno el ventilador COVID-19 más caro. Disponible en: https://contralacorrupcion.mx/hijo-bartlett-ventilador-covid-19/ [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Sánchez, M. (2020). La letalidad hospitalaria por COVID-19 en México: desigualdades institucionales. Disponible en: https://datos.nexos.com.mx/?p=1625 [Consultado el 10 de noviembre de 2020].

SEMMéxico. (2020). México con más muertes entre el personal de salud por COVID-19. Disponible en: https://www.semmexico.mx/?p=25123 [Consultado el 9 de octubre de 2022].

SNTSS. (2020). Contrato Colectivo de Trabajo 2019-2021. Disponible en: https://sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf [Consultado el 4 de octubre de 2022].STPS. (2020). México, información laboral. Disponible en: http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20nacional.pdf [Consultado el 2 de agosto de 2020].

Telehit. (2020). "Hasta aquí llegamos": Soda Stereo se despidió de México en emotivo concierto. Disponible en: https://www.telehit.com/musica/soda-stereo-concierto-mexico-gracias-totales-foro-sol [Consultado el 4 de julio de 2022].

Vázquez, A. (2020). Belice cierra su frontera con México ante crisis por coronavirus. Disponible en: https://www.milenio.com/internacional/por-coronavirus-belice-cierra-su-frontera-con-mexico [Consultado el 3 de julio de 2020].

Vega, C. (2020). IMSS devuelve ventiladores comprados a hijo de Bartlett por no cumplir requisitos. Disponible en: https://www.milenio.com/politica/coronavirus-imss-regresa-ventiladores-comprados-hijo-bartlett [Consultado el 6 de septiembre de 2020].

Vega, A. (2020). COVID-19: ¿Por qué primero estimó 6 mil muertes y después hasta 35 mil? Esto dice López-Gatell. Disponible en: https://www.animalpolitico.com/2020/06/estimacion-muertes-cambio-lopez-gatell-covid-19/ [Consultado el 5 de diciembre de 2020].

Villa y Caña, P. (2020a). La cultura siempre ha salvado a los mexicanos: AMLO. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-la-cultura-siempre-nos-salva-de-epidemias-amlo [Consultado el 5 de julio de 2020].

Villa y Caña, P. (2020). La cultura siempre ha salvado a los mexicanos: AMLO. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-la-cultura-siempre-nos-salva-de-epidemias-amlo [Consultado el 1 de agosto de 2020].

Villa y Caña, P. (2020a). Pandemias e infortunios no nos harán nada: AMLO. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-pandemias-e-infortunios-no-nos-haran-nada-amlo [Consultado el 5 de julio de 2020].

Villa y Caña, P. (2020b). La cultura siempre ha salvado a los mexicanos: AMLO. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-la-cultura-siempre-nos-salva-de-epidemias-amlo [Consultado el 5 de julio de 2020].

Villa y Caña, P. (2020c). Por coronavirus no debemos paralizarnos, no está fuera de control, dice AMLO. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/amlo-no-debemos-paralizarnos-por-covid-19-no-esta-fuera-de-control [Consultado el 5 de julio de 2020].

Villa y Caña, P. (2020b). Critican a AMLO por besar a una niña. Disponible en: https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/critican-amlo-por-besar-nina-pese-recomendaciones-por-coronavirus [Consultado el 8 de enero de 2021].

Waters, H. *et al*. (s.f.). Impuestos al tabaco en México. Disponible en: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/Mexico_tax_summary_es.pdf [Consultado el 7 de agosto de 2020].

Wikipedia. (s.f.) Zona metropolitana del valle de México. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Zona_metropolitana_del_valle_de_M%C3%A9xico [Consultado el 11 de noviembre de 2020].

WRadio. (2020). No hay filtros sanitarios al entrar o salir de la CDMX: pasajeros del AICM. Disponible en: https://wradio.com.mx/radio/2020/03/12/nacional/1584041192_931858.html [Consultado el 1 de julio de 2020].

Wong, A. P. (2020). Por falta de condiciones ante COVID-19, UNAM retira a sus internos de los hospitales. Disponible en: https://www.milenio.com/politica/coronavirus-unam-retira-internos-medicina-proteccion [Consultado el 6 de octubre de 2020].

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro 1. COVID-19. Contagios y decesos acumulados en las escalas global, regional y nacional

	Acumulados el 19 de septiembre				
	a. Contagios		b. Decesos		b como
	Total	%	Total	%	% de a
América	15,346,305	50.53	524,751	55.31	3.42
Estados Unidos	6,613,737	21.78	196,465	20.71	2.97
Brasil	4,455,386	14.67	134,935	14.22	3.03
Perú	750,098	2.47	31,246	3.29	4.17
Colombia	743,098	2.45	23,665	2.49	3.18
México	684,113	2.25	72,179	7.61	10.55
Asia del Sur y del Sureste	5,980,126	19.69	100,567	10.60	1.68
India	5,308,014	17.48	86,619	9.13	1.63
Bangladesh	347,372	1.14	4,913	0.52	1.41
Indonesia	240,687	0.79	9,448	1.00	3.93
Nepal	62,797	0.21	401	0.04	0.64
Maldivas	9,568	0.03	33	0.00	0.34
Región Europea	5,170,423	17.02	229,573	24.20	4.44
Rusia	1,097,521	3.61	76,941	8.11	7.01
España	640,040	2.11	125,823	13.26	19.66
Francia	428,696	1.41	119,540	12.60	27.88
Reino Unido	385,936	1.27	2,968	0.31	0.77
Turquía	299,810	0.99	23,255	2.45	7.76
Región Mediterránea Oriental	2,203,436	7.26	57,432	6.05	2.61

Continúa...

	Acumulados el 19 de septiembre				
	a. Contagios		b. Decesos		b como
	Total	%	Total	%	% de a
Irán	419,043	1.38	24,118	2.54	5.76
Arabia Saudita	328,720	1.08	4,430	0.47	1.35
Irak	311,690	1.03	8,408	0.89	2.70
Pakistán	305,031	1.00	6,415	0.68	2.10
Qatar	123,146	0.41	209	0.02	0.17
África	1,134,310	3.73	24,587	2.59	2.17
África del Sur	657,627	2.17	15,857	1.67	2.41
Etiopía	67,515	0.22	1,072	0.11	1.59
Nigeria	56,956	0.19	1,094	0.12	1.92
Argelia	49,413	0.16	1,659	0.17	3.36
Ghana	45,857	0.15	295	0.03	0.64
Región del Pacífico Occidental	573,861	1.89	12,561	1.32	2.19
Filipinas	279,526	0.92	4,830	0.51	1.73
China	85,269	0.28	4,634	0.49	5.43
Japón	78,073	0.26	1,495	0.16	1.91
Singapur	57,543	0.19	27	0.00	0.05
Australia	26,861	0.09	837	0.09	3.12
Total mundial	30,369,778	100.00	948,795	100.00	3.12

Fuentes: Consultadas el 19 de septiembre
COVID-19 Americas' Regional Dashboard
https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/efb745c3d88647779beccb91c0e715f9
COVID-19 in the WHO African Region
https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9
COVID-19 Situation in the WHO South-East Asia Region
https://experience.arcgis.com/experience/56d2642cb379485ebf78371e744b8c6a
COVID-19 Situation in WHO-Western Pacific Region
https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/345dfdc82b5c4f6a815f1d54a05d18ec
COVID-19 Situation in the Eastern Mediterranean Region
http://www.emro.who.int/health-topics/corona-virus/index.html

Cuadro 2. Atención de enfermos ambulatorios COVID-19, por entidad federativa y de acuerdo con atención local o extra local

		Ambulatorios COVID-19			Hospitalizados COVID-19		
	Población total	a. Atención total por entidad	b. Enfermos por entidad	c. Enfermos locales atendidos localmente	d. Atención total por entidad	e. Enfermos por entidad	f. Enfermos locales atendidos localmente
Aguascalientes	1,369,306	4,075	4,033	4,007	1,356	1,286	1,273
Baja California	3,729,225	10,300	10,337	10,262	5,803	5,898	5,763
Baja California Sur	878,830	6,244	6,255	6,235	937	940	930
Campeche	974,877	3,838	3,712	3,679	1,732	1,730	1,657
Chiapas	5,568,648	17,770	17,685	17,417	2,845	2,821	2,758
Chihuahua	3,882,739	2,459	2,447	2,431	1,038	966	956
Coahuila	3,129,782	3,744	3,886	3,725	2,197	2,330	2,182
Colima	782,831	4,902	4,897	4,866	2,566	2,580	2,546
CDMX	8,738,914	89,595	75,689	73,959	23,779	18,508	17,554
Durango	1,847,547	5,033	5,070	4,783	927	959	896
Estado de México	18,075,065	24,519	24,523	24,328	5,059	5,079	4,979
Guanajuato	6,033,559	10,849	10,955	10,792	3,226	3,381	3,184
Guerrero	3,657,305	6,029	6,228	5,797	3,535	3,594	3,292
Hidalgo	3,044,937	13,146	13,106	12,954	5,899	5,927	5,758
Jalisco	8,363,277	26,295	39,663	24,477	21,314	26,118	20,262
Michoacán	4,741,317	11,485	11,423	11,256	2,679	2,721	2,580

Continúa...

		Ambulatorios COVID-19			Hospitalizados COVID-19		
	Población total	a. Atención total por entidad	b. Enfermos por entidad	c. Enfermos locales atendidos localmente	d. Atención total por entidad	e. Enfermos por entidad	f. Enfermos locales atendidos localmente
Morelos	2,030,580	2,581	2,779	2,562	2,222	2,256	2,138
Nayarit	1,333,853	3,241	3,301	3,201	1,441	1,455	1,397
Nuevo León	5,440,277	21,443	21,347	21,273	6,099	5,966	5,920
Oaxaca	4,127,899	10,157	10,266	10,126	2,814	2,966	2,814
Puebla	6,481,536	18,771	18,239	17,986	7,808	7,691	7,408
Querétaro	2,147,765	4,036	3,936	3,866	2,040	1,910	1,883
Quintana Roo	1,798,603	6,947	6,978	6,922	2,963	3,017	2,951
San Luis Potosí	2,868,906	14,464	14,399	14,326	2,432	2,441	2,386
Sinaloa	3,105,704	10,076	10,077	10,036	5,580	5,577	5,545
Sonora	3,125,865	15,674	15,672	15,607	5,432	5,347	5,302
Tabasco	2,498,558	23,391	23,267	23,155	4,259	4,181	4,103
Tamaulipas	3,735,589	19,858	19,876	19,697	3,742	3,779	3,609
Tlaxcala	1,363,576	3,535	4,092	3,420	1,713	1,909	1,643
Veracruz	8,328,389	17,544	17,836	17,396	9,513	9,667	9,337
Yucatán	2,252,505	10,740	10,761	10,705	3,392	3,299	3,277
Zacatecas	1,633,878	3,633	3,639	3,571	1,172	1,215	1,134
Total	127,091,642	426,374	426,374	404,817	147,514	147,514	137,417

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud, Datos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado 26 de agosto de 2020].

Cuadro 3. Atención hospitalaria, 1 enero al 26 de agosto de 2020

	Total enfermos	Otros enfermos					Enfermos COVID-19				
			Ambulatorios		Hospitalizados			Ambulatorios		Hospitalizados	
				Decesos		Decesos			Decesos		Decesos
Aguascalientes	13,262	7,943	7,426	7	517	55	5,319	4,033	43	1,286	326
Baja California	23,825	7,590	5,802	23	1,788	557	16,235	10,337	150	5,898	2,967
Baja California Sur	12,760	5,565	5,071	2	494	60	7,195	6,255	55	940	280
Campeche	8,868	3,426	2,938	2	488	113	5,442	3,712	55	1,730	674
Chiapas	40,973	20,467	19,029	45	1,438	291	20,506	17,685	211	2,821	1,085
Chihuahua	5,034	1,621	1,223	3	398	85	3,413	2,447	26	966	345
Coahuila	9,248	3,032	2,417	5	615	105	6,216	3,886	71	2,330	989
Colima	13,463	5,986	4,176	37	1,810	487	7,477	4,897	67	2,580	1,047
CDMX	197,635	103,438	94,011	192	9,427	2163	94,197	75,689	956	18,508	7,311
Durango	14,295	8,266	7,369	5	897	129	6,029	5,070	76	959	333
Estado de México	57,400	27,798	25,565	51	2,233	275	29,602	24,523	382	5,079	1,269
Guanajuato	26,540	12,204	9,647	10	2,557	376	14,336	10,955	121	3,381	1,532
Guerrero	14,736	4,914	3,998	11	916	212	9,822	6,228	78	3,594	1,401
Hidalgo	42,226	23,193	19,191	69	4,002	676	19,033	13,106	257	5,927	2,049
Jalisco	125,882	60,101	49,860	120	10,241	1963	65,781	39,663	599	26,118	9,235
Michoacán	29,724	15,580	13,953	11	1,627	296	14,144	11,423	116	2,721	998

Continúa...

	Total enfermos										
		Otros enfermos					Enfermos COVID-19				
			Ambulatorios		Hospitalizados			Ambulatorios		Hospitalizados	
				Decesos		Decesos			Decesos		Decesos
Morelos	8,993	3,958	2,979	12	979	143	5,035	2,779	96	2,256	859
Nayarit	7,378	2,622	2,091	1	531	112	4,756	3,301	39	1,455	521
Nuevo León	55,379	28,066	24,705	72	3,361	445	27,313	21,347	476	5,966	1,614
Oaxaca	17,725	4,493	3,468	13	1,025	167	13,232	10,266	210	2,966	1,036
Puebla	45,730	19,800	17,170	68	2,630	473	25,930	18,239	499	7,691	2,855
Querétaro	9,230	3,384	2,496	9	888	139	5,846	3,936	35	1,910	601
Quintana Roo	14,506	4,511	3,435	12	1,076	263	9,995	6,978	97	3,017	1,264
San Luis Potosí	29,758	12,918	11,572	19	1,346	180	16,840	14,399	218	2,441	842
Sinaloa	24,799	9,145	7,231	27	1,914	492	15,654	10,077	209	5,577	2,497
Sonora	32,416	11,397	9,697	30	1,700	346	21,019	15,672	273	5,347	2,779
Tabasco	44,829	17,381	16,456	32	925	172	27,448	23,267	650	4,181	1,809
Tamaulipas	44,228	20,573	18,216	30	2,357	450	23,655	19,876	271	3,779	1,436
Tlaxcala	13,367	7,366	6,458	33	908	156	6,001	4,092	169	1,909	760
Veracruz	38,107	10,604	7,771	39	2,833	544	27,503	17,836	337	9,667	3,311
Yucatán	22,684	8,624	7,641	15	983	249	14,060	10,761	149	3,299	1,104
Zacatecas	8,833	3,979	3,305	7	674	106	4,854	3,639	61	1,215	395
Total México	1,053,833	479,945	416,367	1,012	63,578	12,280	573,888	426,374	7,052	147,514	55,524

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud, Datos abiertos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 26 de agosto de 2020].

Cuadro 4. Atención médica de enfermos ambulatorios, por entidad federativa de atención médica y por entidad federativa de residencia

	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Chiapas	Chihuahua	Coahuila	Colima	CDMX	Durango	Estado de México	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacán	Morelos
Aguascalientes	11,358	1		1		1	4	1	6	2	3	4		23	6		
Baja California		16,005							2					2	2	1	
Baja California Sur		4	11,296														
Campeche	1			6,563	1	2	6	3	10	3	2		1	1	4	1	1
Chiapas	1	1		3	35,936		1	24	9	583		1	4	4	18	1	1
Chihuahua						3,627			4				1	22	1	13	
Coahuila							6,030		5						1		
Colima		1			15		7	9,008	11	5	1				3		
CDMX	14	15	9	11	15	9	35	7	165,287	5	41	88	403	39	32,217	49	317
Durango	5				626			9	4	11,801			1	2	9	2	
Estado de México	7	2		1	5				31	1	49,688	3,800	11	48	53	136	8
Guanajuato		1			2				32		1	16,495		3	18	15	7
Guerrero	1								56		2		9,241	1	213		1
Hidalgo	28	9	1		1	22	3	1	29	4	22	7	2	31,979	30	33	1
Jalisco	9	6	3		3		9	4	3,883	6	13	42	467	18	56,563	110	44
Michoacán		3	2	1		4	2		37	2	127	125	2	44	131	24,998	4

Continúa...

	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Chiapas	Chihuahua	Coahuila	Colima	CDMX	Durango	Estado de México	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacán	Morelos
Morelos	2				1				17	14					11		5,324
Nayarit		2			1		1		5			1		51	2		
Nuevo León		1		2	78		6	1	29	3	6		5	3	20	1	3
Oaxaca	1	1				1	1	1	3			1			5		1
Puebla	2	3		1	5		7		84		6	21	14	5	41	4	34
Querétaro							2		13		104	7	12	3	32	3	2
Quintana Roo		1		2			3		7					1	4	1	
San Luis Potosí	8	2			5			3	21		63	4	35	14	21	3	1
Sinaloa		14	5		1		6	1	3	2	1		2	7	3		
Sonora		58	10		2			1	2	1				5	3		
Tabasco		1		56	1		175	2	14	1	1	2	3	7	17	2	2
Tamaulipas		1				2	2	1	19		3	1	6	2	34		3
Tlaxcala		2			4				37		1		11	2	27	1	1
Veracruz		1				1	2	1	32	1		2	1	3	18	2	2
Yucatán				9			1		1		1				5		1
Zacatecas	22	4			12	1		5	7	5	2	1	4	8	11		
Total	11,459	16,139	11,326	6,650	36,714	3,670	6,303	9,073	169,700	12,439	50,088	20,602	10,226	32,297	89,523	25,376	5,758

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud, Datos abiertos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 26 de agosto de 2020].

Cuadro 4. Continuación

Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Zacatecas	Atención total por entidad	Total de enfermos por entidad	Atención local de enfermos locales
	1			3		3		1				2	2	60	11,482	11,459	11,358
1		2	1				3	34				2			16,055	16,139	16,005
															11,300	11,326	11,296
	1	5	4	1	16		4		75	10	1	54	41	1	6,812	6,650	6,563
	26	1		1	1	2	3	4	2	5	1	8	2	11	36,654	36,714	35,936
			1				1								3,670	3,670	3,627
	3	1			1				21			1	1		6,064	6,303	6,030
	6		3				2	4		1	1	5		1	9,074	9,073	9,008
2	14	52	176	48	20	18	18	9	16	30	88	140	9	13	199,214	169,700	165,287
	4			2			18	7		3		1		10	12,504	12,439	11,801
	1	4	8	70	1	13	2	1		3	9	3	1	6	53,913	50,088	49,688
		2	5		1	2		1	1			1	1		16,588	20,602	16,495
			37	5			1	1	1	1	23	25	1		9,610	10,226	9,241
180	2	5	4	4		3	11	5	1	2	7	5	1	21	32,423	32,297	31,979
4	7	15	34	21	4	2	4	3	5	3	16	22	3		61,323	89,523	56,563

Continúa...

Cuadro 4. Continuación

Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Zacatecas	Atención total por entidad	Total de enfermos por entidad	Atención local de enfermos locales
	3	1	6	9	3		1	1	4	2	2	5	2		25,521	25,376	24,998
			3								1	1			5,374	5,758	5,324
5,198	2		1	3	1		4	2							5,274	5,392	5,198
1	45,907	2	7	1	2	99	3	5	4	122	3	10	1	4	46,329	46,052	45,907
		13,527	7									29			13,578	13,734	13,527
	4	34	34,714	2	3	1		1	8	35	1,016	82		2	36,129	35,409	34,714
	1	2	7	6,240	1	8	2			3		7			6,449	6,432	6,240
	4		1	2	10,317			1	1	1	1	1	15		10,363	10,413	10,317
1	31	2	16	10	2	25,767	1	4		26	1	31		27	26,099	25,971	25,767
3	1	1	1	2			17,197	20		4		4			17,278	17,308	17,197
	3		1	2			14	25,252				1			25,355	25,369	25,252
1	2	1	5	1	7	5	15	6	39,564	26	1	119	16		40,053	39,723	39,564
1	23	7	4	1		21	2	1	6	37,770	1	243	2	1	38,157	38,092	37,770
	1	2	334	1	1			1	4	1	9,375	4	1		9,811	10,550	9,375
	2	67	26	3	4	3	1		8	43		24,796	4		25,023	25,607	24,796
		1			28							3	18,299		18,349	18,402	18,299
	3		3			24	1	5	2	1	3	2		6,787	6,913	6,944	6,787
5,392	46,052	13,734	35,409	6,432	10,413	25,971	17,308	25,369	39,723	38,092	10,550	25,607	18,402	6,944	842,741	842,741	791,909

Cuadro 5. Atención médica de enfermos hospitalizados, por entidad federativa de atención médica y por entidad federativa de residencia

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos
Aguascalientes	1,785				1				2		1			41	2		
Baja California		7,502	3				1	1	1			2		1	2	1	
Baja California Sur		3	1,418		1			1	1			2		2	1	1	
Campeche				2,136			2		3		1		2		3		
Chiapas		1			4,123			35	3	108			2	3	2	2	
Chihuahua		2				1,347			1			1	1	75		28	
Coahuila		1					2,721		1		1		1		2		
Colima		1	1		4		1	4,321		14			1	2	1		
CDMX	5	5	7	6	6	3	44	9	26,576	2	24	124	287	18	8,572	37	127
Durango	1				23			5	2	1,713					1		
Estado de México	4						1	1	14		7,161	1,432	2	15	20	46	8
Guanajuato	1				1	1			4		1	4,190			7	15	9
Guerrero									38		1	1	4,044		160	2	4
Hidalgo	2	6	2		1	10	2		5	3	7	2	2	9,673	7	57	
Jalisco	2	1			1		5	2	1,136	1	4	40	112	1	27,369	40	19

Continúa...

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos
Michoacán		2			1	3	2	1	9		31	56	1	20	13	4,103	
Morelos		1						1	18			38	1	2	25		3,047
Nayarit		3												39	1	1	1
Nuevo León				1	82		3	5			1		2		4		
Oaxaca							2		5			1			7		
Puebla		2			2		3		48		2	28	6		57		19
Querétaro									19		67	6	21	3	52	9	1
Quintana Roo					5				1					1		1	
San Luis Potosí	2				1		1	1	3		8	1	14	3	5	1	
Sinaloa		11		1	2			2	5	10			1	2	5	1	
Sonora		142	1		1			2	1				1	2		2	
Tabasco			1	12			153		2		1	1	1		1		
Tamaulipas		1		1					2				4		3	1	
Tlaxcala									15				4		22		
Veracruz		2		8	1		2	1	17			1		2	9		
Yucatán			1	53			2		3	1					1		
Zacatecas	1				3			2		4	1	12		24	5		
Total	1,803	7,686	1,434	2,218	4,259	1,364	2,945	4,390	27,935	1,856	7,312	5,938	4,510	9,929	36,359	4,348	3,235

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud, Datos abiertos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 26 de agosto de 2020].

Cuadro 5. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
	3		1											66	1,902	1,803	1,785
	1					1	4	36	1						7,557	7,686	7,502
1	2						4	3			4				1,444	1,434	1,418
	1	4	1		5				25	3	1	25	17	1	2,230	2,218	2,136
	12								1	4	1	2		17	4,316	4,259	4,123
1						1									1,457	1,364	1,347
		5	1		1				4						2,738	2,945	2,721
	1	1		1				3	1	2		3		2	4,360	4,390	4,321
	7	52	184	34	17	15	8	5	12	8	86	98	4	6	36,388	27,935	26,576
	2						4			1		1		10	1,763	1,856	1,713
1	2	3	2	8		5	1		1	2	1	1		2	8,733	7,312	7,161
	2	9	2					1		1	1				4,245	5,938	4,190
			34	3	1	1		1	1	1	14	24	1		4,331	4,510	4,044
96		1	7	2		3	14	4	1		2	8		17	9,934	9,929	9,673
	4	7	35	5	1	4	1	4	1	2	15	24		1	28,837	36,359	27,369
	1			3		1							2		4,249	4,348	4,103

Continúa...

Cuadro 5. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
	1		24						2	1		1			3,162	3,235	3,047
1,872			2				3	2				1			1,925	1,986	1,872
	9,255											3			9,356	9,327	9,255
		3,786	9				1					28			3,839	3,991	3,786
	2	24	9,896		2	2		1	3	4	230	87		1	10,419	10,321	9,896
	2		4	2,733	1	7				3	3	6			2,937	2,798	2,733
	2			1	3,982				1			2	3		3,999	4,093	3,982
	11			4		3,712				8	1	4		10	3,790	3,787	3,712
13			1				7,437	12				1			7,504	7,491	7,437
1	2	3		1			13	6,973	2			1			7,148	7,047	6,973
1			1		3	1			5,010	5		17	4		5,214	5,106	5,010
	11		1			18		1	2	6,081		182			6,308	6,136	6,081
	1	1	70	1							2,456	3			2,573	2,817	2,456
	2	94	46	2	3	1	1	1	28	9		11,973			12,203	12,500	11,973
		1			77				10	1		3	4,251		4,404	4,282	4,251
						15					2	2		1,756	1,827	1,889	1,756
1,986	9,327	3,991	10,321	2,798	4,093	3,787	7,491	7,047	5,106	6,136	2,817	12,500	4,282	1,889	211,092	211,092	194,402

Cuadro 6. Atención médica de enfermos de COVID-19 ambulatorios, por entidad federativa de atención médica y por entidad federativa de residencia

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos
Aguascalientes	4,007	1					3		2	2		4		11	5		
Baja California	1	10,262							3			1		2	2	1	
Baja California Sur		1	6,235						1						1		
Campeche				3,679	1	1	4	1	4	1	1		1	1	2		1
Chiapas		1		1	17,417		1	15	6	271		1	3	3	9	1	
Chihuahua	1					2,431			3				1	14		9	
Coahuila							3,725		2						1		
Colima					8		4	4,866	7	4					1		
CDMX	5	7	3	4	9	3	19	3	73,959	2	16	**41**	167	20	14,796	27	156
Durango	2				213			3	3	4,783			1	2	6	2	
Estado de México	3	1		1	1				13		24,328		6	24	32	46	4
Guanajuato					2				20			10,792		2	9	9	4
Guerrero									29		2		5,797	1	134		1
Hidalgo	5	3	1		1	7	1	1	11		9	1	1	12,954	14	19	1
Jalisco	2	2	2		1		5	2	1,470	1	3	18	198	7	24,477	43	14
Michoacán		2		1		2	1		15	1	60	60	1	17	48	11,256	1

Continúa...

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos
Morelos	1								5			7			5		2,562
Nayarit		1			1		1		3			1		26			
Nuevo León					24		2		16		1		4	1	9	1	3
Oaxaca		1					1		2						4		1
Puebla		1		1	1		2		48		2	15	5	2	22	1	22
Querétaro							1		9		80	7	11	3	29	3	2
Quintana Roo		1		2			1		3					1	2	1	
San Luis Potosí	1	2			1				7		18	2	20	3	7	2	1
Sinaloa		9	4				2	1		1	1		2	3	1		
Sonora		36	10		2				1			1		2	2		
Tabasco		1		14			109		6	1		2	1	2	8		1
Tamaulipas		1				2	1	1	9		1		2	2	11		2
Tlaxcala		1			1				10				4		5		
Veracruz		1				1	2		15			1	1	1	12	2	2
Yucatán				9			1		1						3		1
Zacatecas	5	2			2			4	6	3	1	1	2	2	6		
Total	4,033	10,337	6,255	3,712	17,685	2,447	3,886	4,897	75,689	5,070	24,523	10,955	6,228	13,106	39,663	11,423	2,779

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud, Datos abiertos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 26 de agosto de 2020].

Cuadro 6. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
	1					2						2	2	33	4,075	4,033	4,007
		1						26				1			10,300	10,337	10,262
1	1						2	2							6,244	6,255	6,235
	1	4	3		12		1		55	7	1	38	19		3,838	3,712	3,679
	12					2	3	3	2	3		8	1	7	17,770	17,685	17,417
															2,459	2,447	2,431
	2	1							12				1		3,744	3,886	3,725
	4		2					3			1		2		4,902	4,897	4,866
1	7	27	91	15	10	6	9	5	11	22	59	86	4	5	89,595	75,689	73,959
	3						4	4		3		1		3	5,033	5,070	4,783
		4	6	34		5	1	1		2	3	2		2	24,519	24,523	24,328
		2	4		1	2		1					1		10,849	10,955	10,792
		20	2						1	1	20	21			6,029	6,228	5,797
93	1	3	2	1		1	2	1		1	6	4		2	13,146	13,106	12,954
1	2	5	8	8	1	1	2	1	4	1	7	8	1		26,295	39,663	24,477
2	1		3	1	2			1	4	2	1	1	2		11,485	11,423	11,256

Continúa...

Cuadro 6. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
			1												2,581	2,779	2,562
3,201	2		1	1	1				2						3,241	3,301	3,201
	21,273	1	3	1	2	23	1		3	65	1	8		1	21,443	21,347	21,273
		10,126	1									21			10,157	10,266	10,126
	1	13	17,986		2			1	6	24	569	47			18,771	18,239	17,986
	1	1	6	3,866	1	5	2			2		7			4,036	3,936	3,866
	1				6,922				1	1			11		6,947	6,978	6,922
	19	2	3	2	2	14,326		2		11	1	17		15	14,464	14,399	14,326
2	1		1	1			10,036	8		1		2			10,076	10,077	10,036
	1			2			9	15,607				1			15,674	15,672	15,607
	1		3		5	4	3	1	23,155	6	1	58	9		23,391	23,267	23,155
	9	5	1			5	1	1	4	19,697		102	1		19,858	19,876	19,697
		1	89	1				1	1	1	3,420				3,535	4,092	3,420
	1	49	21	3	1	2	1		4	26		17,396	2		17,544	17,836	17,396
		1			16							3	10,705		10,740	10,761	10,705
	2		2			15		3	2		2	2		3,571	3,633	3,639	3,571
3,301	21,347	10,266	18,239	3,936	6,978	14,399	10,077	15,672	23,267	19,876	4,092	17,836	10,761	3,639	426,374		

Cuadro 7. Atención médica de enfermos de COVID-19 hospitalizados, por entidad federativa de atención médica y por entidad federativa de residencia

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos
Aguascalientes	1,273				1				2					29	2		
Baja California		5,763	2					1				2			2	1	
Baja California Sur		2	930					1				1		1		1	
Campeche				1,657					3		1		2		1		
Chiapas					2,758			13	2	50			2	3		2	
Chihuahua		2				956			1			1	1	54		21	
Coahuila		1					2,182		1		1		1		1		
Colima		1	1		3		1	2,546		2			1	2			
CDMX	1	3	4	1	5	3	17	5	17,554	2	11	57	178	9	5,542	13	66
Durango					16			2	1	896					1		
Estado de México	3						1	1	10		4,979		1	5	13	21	5
Guanajuato	1				1	1			4		1	3,184			2	10	8
Guerrero									35				3,292		138	2	3
Hidalgo	1	3	1		1	5	2		2	3	3	1	2	5,758	5	32	
Jalisco	1	1			1		2	1	804	1	3	31	80	1	20,262	28	15
Michoacán		2				1	2	1	4		19	44	1	12	7	2,580	

Continúa...

	1. Aguascalientes	2. Baja California	3. Baja California Sur	4. Campeche	5. Chiapas	6. Chihuahua	7. Coahuila	8. Colima	9. CDMX	10. Durango	11. Estado de México	12. Guanajuato	13. Guerrero	14. Hidalgo	15. Jalisco	16. Michoacán	17. Morelos	
Morelos								1	8			28	1	1	21			2,138
Nayarit	2													32	1	1	1	
Nuevo León			1	28		1	3				1		1		1			
Oaxaca																		
Puebla	1			2		3			31		1	22	4		44		19	
Querétaro									16		51	6	13	3	38	6	1	
Quintana Roo				4										1		1		
San Luis Potosí	2						1		2		7		9		4	1		
Sinaloa		9		1	1			1	4	4				1	3			
Sonora		106	1		1			1					1	2				
Tabasco				10			114		2		1	1	1		1			
Tamaulipas	1			1					2						1	1		
Tlaxcala									8				3		18			
Veracruz		1		8	1		2	1	10			1			8			
Yucatán			1	47			2		2	1					1			
Zacatecas	4				2			2				2		13	1			
Total	1,286	5,898	940	1,730	2,821	966	2,330	2,580	18,508	959	5,079	3,381	3,594	5,927	26,118	2,721	2,256	

Fuente: Elaboración propia, con información de Gobierno de México, Secretaría de Salud. Datos abiertos. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127 [Consultado el 26 de agosto de 2020].

Cuadro 7. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
	2		1											46	1,356	1,286	1,273
	1						4	27							5,803	5,898	5,763
							1								937	940	930
	1	3			2				23	1	1	22	14	1	1,732	1,730	1,657
	5									2				8	2,845	2,821	2,758
1						1									1,038	966	956
		5	1						4						2,197	2,330	2,182
		1						2	1	2		2		1	2,566	2,580	2,546
	4	26	119	9	8	9	3	3	10	5	57	51	2	2	23,779	18,508	17,554
	1						2			1		1		6	927	959	896
	1	2	2	5		5	1			2				2	5,059	5,079	4,979
	2	8	2					1		1					3,226	3,381	3,184
			25	2	1	1		1	1	1	12	20		1	3,535	3,594	3,292
47		1	5			2	6	2	1		1	5		10	5,899	5,927	5,758
	2	6	29	3	1	4	1		1	2	13	20		1	21,314	26,118	20,262
	1			3			1					1			2,679	2,721	2,580

Continúa...

Cuadro 7. Continuación

18. Nayarit	19. Nuevo León	20. Oaxaca	21. Puebla	22. Querétaro	23. Quintana Roo	24. San Luis Potosí	25. Sinaloa	26. Sonora	27. Tabasco	28. Tamaulipas	29. Tlaxcala	30. Veracruz	31. Yucatán	32. Zacatecas	Atención total por entidad	Atención local de enfermos locales	Atención local de enfermos locales
	1		19						2	1		1			2,222	2,256	2,138
1,397			1				3	2				1			1,441	1,455	1,397
	5,920	7						3		130		3			6,099	5,966	5,920
		2,814													2,814	2,966	2,814
	1	15	7,408		1	2		1	2	3	178	70			7,808	7,691	7,408
	2		3	1,883	1	7				1	3	6			2,040	1,910	1,883
	1			1	2,951							1	3		2,963	3,017	2,951
	8			1		2,386				5		3		3	2,432	2,441	2,386
9							5,545	2							5,580	5,577	5,545
1	2	3		1			9	5,302	2						5,432	5,347	5,302
			1		2	1			4,103	5		14	3		4,259	4,181	4,103
	8		1			12			2	3,609		104			3,742	3,779	3,609
	1		39								1,643	1			1,713	1,909	1,643
	2	74	35	2	2	1	1		20	7		9,337			9,513	9,667	9,337
		1			48				9	1		2	3,277		3,392	3,299	3,277
						10		1			1	2		1,134	1,172	1,215	1,134
1,455	5,966	2,966	7,691	1,910	3,017	2,441	5,577	5,347	4,181	3,779	1,909	9,667	3,299	1,215	147,514	147,514	

Juan José Ramírez Bonilla

Doctor en Desarrollo Económico y Social, por la Universidad de París I, Panthéon-Sorbonne; tiene grados de Maestría en Desarrollo Urbano por El Colegio de México y en Filosofía Política por la Universidad de París I, Panthéon-Sorbonne. Desde 1993 es Profesor-Investigador del Centro de Estudios de Asia y África de El Colegio de México; sus líneas de investigación son "Procesos de integración económica en Asia del Pacífico" y "Población y políticas sociales en Asia del Pacífico; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II; sus publicaciones más recientes son: *La República de Corea ante la influencia de la administración Trump* (2020, El Colegio de México) y *Cambio de época: la República de Corea y la renovación de sus relaciones con América Latina* (2020, RIL Editores-Universidad Central de Chile).

La idea central del estudio es el desapego a la vida y el desprecio de la vida de los otros, presentes en las expresiones culturales de todos los estratos de la sociedad mexicana; a partir de ella, el autor explica los mecanismos que han hecho posible tanto la diseminación del virus SARS-CoV-2, como el fracaso de la política sanitaria puesta en marcha por el gobierno federal para mitigar la pandemia en México; pone de realce la adopción de un programa sanitario laxo para mitigar los contagios y reducir el impacto político negativo de la pandemia sobre la imagen política del titular de ejecutivo federal; destaca los claroscuros de la reconversión hospitalaria basada en la liberalización del mercado de insumos sanitarios y en el reclutamiento de personal médico a partir de los mecanismos corporativistas propios del régimen priista; enfatiza la decisión gubernamental de no limitar el derecho al libre tránsito como principal mecanismo de difusión del virus.

SDC

195 Años
de la Fundación del Instituto Literario del Estado de México