

La pandemia de Covid-19 en México y las políticas públicas

Francisco Javier Aguilar García
Compilador

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Instituto de Investigaciones Sociales

La pandemia de Covid-19 en México y las políticas públicas

Francisco Javier Aguilar García

Compilador



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Instituto de Investigaciones Sociales

Ciudad de México, 2023

Comité Editorial de Libros del IISUNAM

Miguel Armando López Leyva • IISUNAM

Presidente

Fiorella Mancini • IISUNAM

Secretaria

Virginia Careaga Covarrubias • IISUNAM

Marcos Agustín Cueva Perus • IISUNAM

Matilde Luna Ledesma • IISUNAM

Karolina Monika Gilas • IISUNAM

Adriana Murguía Lores • FCPYS, UNAM

Eduardo Nivón Bolán • UAM-I

Adriana Olvera Hernández • IISUNAM

Catherine Vézina • CIDE



Forma sugerida de citar: Aguilar García, F. J., Torres Alonso, E., Hernández Medina, J., Guerra Díaz, R., Salvador Guzmán, L. E., Juárez Gutiérrez, M. del C., Cota Badillo, F. M., Torres Martínez, R., Cruz Badillo, I., Lugo Neria, B., González González, V. & Arancibia Gutiérrez, E. (2023). La pandemia de Covid-19 en México y las políticas públicas. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. <https://ru.iis.sociales.unam.mx/>

Excepto donde se indique lo contrario, esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Compartir igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0 Internacional): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

Con la licencia CC-BY-NC-SA usted es libre de:

- Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- No comercial: usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- Compartir igual: si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

Catalogación en la publicación UNAM.

Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Aguilar García, Javier, editor.

Título: La pandemia de Covid-19 en México y las políticas públicas / Francisco Javier Aguilar García, compilador.

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales, 2023.

Identificadores: LIBRUNAM 2220970 (libro electrónico) | ISBN 9786073082075 (libro electrónico) (epub).

Temas: Pandemia de COVID-19, 2020- -- Política gubernamental -- México. | COVID-19 -- Política gubernamental -- México. | Administración de crisis en gobierno -- México. | Comunicación del riesgo para la salud -- México.

Clasificación: LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 362.1962414—dc23

El Comité Editorial de Libros del Instituto de Investigaciones Sociales aprobó la propuesta para publicar este libro en formato electrónico e-pub.

Los derechos exclusivos de la edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio, sin el consentimiento por escrito del legítimo titular de los derechos.

Esta publicación se ha realizado gracias a los recursos económicos otorgados por el PAPIIT de la DGAPA, UNAM, mediante el proyecto de investigación: La emergencia sanitaria por Covid en México y las políticas públicas del Estado mexicano 2020-2022 (IN303321).

Primera edición electrónica en e-pub: octubre 2023.

D.R. © 2023, Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Sociales
Ciudad Universitaria, C.P. 04510
<https://ru.iis.sociales.unam.mx/>
Correo electrónico: repositorio.iis@sociales.unam.mx

Libro electrónico editado por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, se terminó de producir en octubre de 2023. La edición electrónica en formato e-pub estuvo a cargo de Oscar Quintana Ángeles. Participaron: Virginia Careaga Covarrubias (edición del proyecto), María Antonieta Figueroa Gómez (revisión de contenidos electrónicos) y Cynthia Trigós Suzán (diseño de portada).

ISBN: 978-607-30-8207-5

Resumen

La presente obra es resultado de la reflexión académica sobre la pandemia y sus efectos sociales. Se fue construyendo a raíz de la pandemia de Covid-19, que es la más reciente e impactante del siglo XXI. En este sentido se ha mostrado que las ciencias sociales tienen un amplio compromiso para la comprensión y análisis de los fenómenos o procesos actuales. La pandemia, registrada desde finales de 2019 y que transcurrió cuando menos hasta 2022, puede y debe ser revisada a la luz de los marcos teóricos de las disciplinas sociales. En este contexto se explica y justifica el surgimiento de este trabajo.

Se trata de una aproximación a la descripción, explicación y comprensión de este evento global, bajo el ejercicio de las políticas públicas impulsadas por los Estados de diferentes latitudes. Con este propósito se convocó a un grupo plural de académicos para presentar sus reflexiones sobre el tema central del Seminario “La emergencia Sanitaria por Covid-19 en México y las Políticas Públicas del Estado Mexicano, 2020-2022”. Tanto el proyecto como el seminario fueron auspiciados por el Programa PAPIIT de la DGAPA-UNAM.

Contenido

Introducción

Francisco Javier Aguilar García, Eduardo Torres Alonso y Julio Hernández Medina

El Estado mexicano y la pandemia por Covid-19. Decisiones y políticas públicas: 2020-2021

Eduardo Torres Alonso

Análisis de las políticas públicas en salud y su relación con el territorio: 1982-2021

Ricardo Guerra Díaz, Luis Enrique Salvador Guzmán y María del Carmen Juárez Gutiérrez

La salud pública en México antes y durante la pandemia de Covid-19. Entre la centralización y la descentralización

Flaherthy M. Cota Badillo

Pandemia y gobernanza cero. Construcciones de los sistemas de salud en México

Rubén Torres Martínez

Los instrumentos de política del gobierno mexicano ante la Covid-19

Israel Cruz Badillo, Bernabé Lugo Neria y Víctor González González

Covid-19 y la crisis de gobernanza. Una mirada desde lo local basada en el caso de Yucatán, México

Eliana Arancibia Gutiérrez

Las políticas durante la pandemia en el estado de Hidalgo: una visión desde el Sur

Víctor González González

Introducción

Francisco Javier Aguilar García [1]

Eduardo Torres Alonso [2]

Julio Hernández Medina [3]

[[Regresar al índice](#)]

La presente obra es resultado de la reflexión académica sobre la Pandemia y sus efectos sociales. Se fue formulando a raíz de la Pandemia reciente y más impactante en el siglo XXI. En este sentido se ha mostrado que las ciencias sociales tienen un amplio compromiso hacia la comprensión y análisis de los fenómenos o procesos actuales. La pandemia registrada desde finales de 2019 y que permaneció hasta 2022, puede y debe ser revisada a la luz de los marcos teóricos de las disciplinas sociales. En este contexto se explica y justifica el surgimiento de este libro.

La obra es una aproximación a la descripción, explicación y comprensión de este evento global, bajo el ejercicio de las políticas públicas ejercidas por los diferentes Estados. Con este propósito se convocó a un grupo plural de académicos para presentar sus reflexiones, primero, en el Seminario Institucional: “Movimientos Sociales. Sociedad, política y mercados en la era Global”, (realizado de 2012 a 2022) en el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM. Enseguida el libro es resultado del Seminario que surgió del proyecto PAPIIT-DGAPA que lleva por título: “La emergencia sanitaria por Covid-19 en México y las políticas públicas del Estado mexicano” (con el No. IN303321), mismo que fue apoyado por la DGAPA-UNAM.

Para el seminario del PAPIIT los autores ofrecieron los avances de investigación que se realizaron entre 2020 y 2022. Los avances de la reflexión permitieron observar la complejidad del tema al que se enfrentaba la sociedad — tanto global como local—, partiendo de sus variadas consecuencias, inmediatas y mediatas, que igualmente se resentirán durante los próximos años y en varios aspectos o esferas sociales. En estos análisis también se advierte la forma en que los

Estados, incluido el mexicano, reaccionaron ante la pandemia y buscaron evitar el menor daño posible, tanto a sus proyectos políticos como a la vida misma de la población. Las exposiciones fueron revisadas, actualizadas y al final se presentan como capítulos de un libro cuyo hilo conductor son las políticas públicas ejercidas ante el problema de la Covid-19 en diferentes esferas: económicas, políticas, sociales, de salud, trabajo, etc. Vale la pena subrayar que los materiales aquí expuestos no han sido publicados en libros o revistas; por tanto, es un libro construido con materiales originales y novedosos.

SOBRE ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

El Estado, para su concreción, requiere de instituciones que tengan marcos de actuación. Estos últimos dan pie al funcionamiento del gobierno —conjunto reconocido de instituciones formales— con rutinas y prácticas predecibles, lo que genera certidumbre a la sociedad. Ahí una de sus notas características. No obstante, en circunstancias de impredecibilidad y complejidad, como lo demostró el contexto de la pandemia, los diversos Estados han tenido que recurrir al funcionamiento de las instituciones y someterlas a tensiones para ofrecer respuestas inmediatas y eficaces.

La formulación de políticas públicas en estos años tuvo que realizarse en medio del peligro para la vida de los responsables (políticos, técnicos y, de forma señalada, personal de salud que estuvo en la primera línea de atención de la emergencia, en condiciones que los exponían al virus). Eso complicó, a ratos, el intercambio de información de un fenómeno nuevo en sus magnitudes, aunque no tanto por sus consecuencias ya que, en el pasado, se habían registrado situaciones similares a escalas menores, como el SARS, en China, en 2002, y el MERS en 2012, en la región del Medio Oriente.

Las políticas públicas son la forma de respuesta del Estado a partir de un problema público. Esto implica el aclarar lo que es y lo que no es un problema: “[...] un problema debe ser definido dentro de ciertos límites, la forma en que se plantea el proceso es crucial para la formulación de una política” (Parsons, 2007: 120).

Las políticas públicas constituyen el engranaje más relevante para promover y encauzar las demandas y las transformaciones en la localidad. Las políticas públicas enmarcan los temas de la agenda del gobierno (definición del problema), establecen los instrumentos para alcanzar dichos temas (diseño), fijan los márgenes de maniobra de la ciudadanía en el tratamiento de todo el tema (implementación) y revelan los grados de consenso o disenso de los logros obtenidos (evaluación/seguimiento) (Arias Torres y Herrera, 2012: 43).

La política pública, además, a juicio de Arias Torres y Herrera (2012: 49): “[...] se aleja de la concepción que reduce las estrategias gubernamentales a itinerarios de corte racionalista (instrumental, limitada o incrementalista), se separa de los caminos que cierran la relación entre la lógica de gobierno y el interés de la [sociedad].”

En medio de una circunstancia excepcional que puso a prueba todas las pautas de comportamiento humanas e institucionales, la innovación resultó una estrategia adecuada y apremiante para responder a la emergencia. Era claro que la capacidad de los servicios de salud, primero, y del sistema económico, después, no resistirían, por mucho tiempo, a una embestida de esta magnitud. Por ello, los gobiernos tuvieron que considerar todas las alternativas, algunas decisiones fueron coincidentes y otras no: movilización de las fuerzas armadas para ayudar a los servicios de salud de carácter civil, levantamiento de hospitales en espacios públicos o implementación de programas sociales para paliar la crisis económica derivado por los cierres de empresas y del comercio, y el desempleo que se incrementó por tales medidas.

Las políticas públicas diseñadas e implementadas fueron reactivas al momento y de acuerdo con los cambios en el comportamiento del virus y a las afectaciones en la población, fueron las modificaciones a dichas políticas. Éstas ocurrieron sobre la marcha, por lo que la evaluación no se hizo cuando la política pública había terminado. El tiempo y los acontecimientos hicieron imposible el examen final, aunque, conviene decirlo, los procesos de evaluación fueron continuos gracias a la existencia de experiencia —la administración pública es un agregado de conocimientos— del personal público y a la compartición de mejores prácticas entre Estados ya sea de forma directa o mediante organismos multilaterales, para atender los efectos de la enfermedad en las personas, en tanto seres biológicos y sociales.

Las consecuencias de la pandemia por Covid-19 han sido dramáticas, pero pudieron haber tenido otras dimensiones más catastróficas —sin dejar de lamentar los millones de fallecidos, claro— por la presencia y actuación de los Estados —con capacidades institucionales desiguales— para reaccionar por medio de políticas públicas.

LOS ESTADOS Y LA PANDEMIA

La política pública es la manera en la que los gobiernos, expresión concreta del Estado nación, gestionaron, con grados y éxitos diferenciados, la amenaza a la salud pública y a la continuidad de la vida asociada. A diferencia de situaciones similares, los efectos catastróficos pudieron ser limitados con la intervención, al principio, improvisada, de las autoridades y, luego, con la acción racional, integral y dirigida para la atención de un problema público.

Al verse en medio de una amenaza que ponía en riesgo la vida, la ciudadanía volteó a ver a sus gobernantes. Ellos, con las facultades y atribuciones reconocidos por las leyes, instrumentaron formas de proteger a la sociedad, primero, con medidas de confinamiento y, después, con la adquisición de las vacunas. Entre los llamados a evitar salir al espacio público y el inicio de la vacunación global, los gobiernos vieron frente a sí la agudización de una serie de problemas como el rezago educativo, la violencia intrafamiliar y las desigualdades económicas, que impactarán, no hay duda de ello, en el mundo post-Covid (Enríquez y Sáenz, 2021).

Es necesario mencionar que ningún Estado o gobierno en el mundo estaba listo para hacerle frente a un problema con la magnitud de la enfermedad producida por SARS-CoV-2 —que ha acelerado procesos sociales y puesto a prueba la capacidad de respuesta gubernamental (Mariñez Navarro, 2021: 29)—, pero también es preciso señalar que los gobiernos tienen una forma para reaccionar estas situaciones y que no les es desconocido: las políticas públicas. No obstante, el momento en el que la pandemia llegó era uno en donde los sistemas de salud pública estaban mermados y se registraba la emergencia de liderazgos personalistas y carismáticos, como Jair Bolsonaro, en Brasil; Donald Trump, en Estados Unidos; Boris Johnson, en Reino Unido, Andrés Manuel López Obrador en México, por mencionar los casos más comentados en la prensa, que, lamentablemente, aunque

con diferencias, fueron en detrimento de la capacidad institucional de la administración pública. Con todo, los gobiernos reaccionaron como consideraron que era lo correcto, algunos haciendo uso de mecanismos democráticos e institucionales y otros más con el recurso a medidas personalistas, demagógicas o incluso autoritarias.

La Covid-19 puso en evidencia que la manera en la cual se construyen las políticas públicas tiene que considerar como unos de sus factores más relevantes a la incertidumbre y la pluralidad. La incertidumbre en tanto ha puesto a prueba las verdades que se consideraban inmutables y las rutinas asumidas como permanentes.

En el mes de abril del año pasado [2020], cuando comenzaba la pesadilla de la pandemia, Paul Collier reflexionó sobre cómo diseñar políticas públicas en tiempos de incertidumbre. El reto ya no era tomar decisiones con información limitada o riesgos mensurables, sino diseñar intervenciones en un mundo en el que ignorábamos las variables que eran relevantes. Mientras que para enfrentar el primer tipo de escenarios la mejor estrategia pasaba por tener mejores diagnósticos, más datos y estrategias de mitigación de los impactos negativos, la única vía posible para vencer nuestra ignorancia radical era el método de prueba y error. Así aprendimos cómo confinar a la sociedad para hacer frente a la propagación del virus, cómo diseñar las desescaladas, cómo vacunar o cómo sostener rentas y empleos. Los políticos no esperaron a que la teoría les mostrara el camino, sino que primero actuaron, y luego nos convencieron de que, en circunstancias extremas, todo lo que se hace es porque se puede hacer.

Esta redefinición de lo que es políticamente posible —el sí se puede— estaba legitimado no solo por las dramáticas urgencias de la pandemia, sino también por la compartida insatisfacción ante la insoportable desigualdad, inseguridad personal y social, guerras culturales y polarización política que había surgido en los años —incluso décadas— anteriores (Ruiz, 2021).

Un evento, por geográficamente lejano que esté de los grandes centros de población, puede tener efectos inesperados que altere la normalidad. Por su parte, la visión plural, multidisciplinaria, en la elaboración de políticas públicas, exige que el pensamiento público-administrativo se encuentre abierto al diálogo con otras disciplinas, dejando atrás la autorreferencia; con ello, se mejora la efectividad de la administración pública en tres momentos clave: la elección del problema, el diseño de la solución y la atención de los efectos que, como resultado de su puesta en

operación, se generan (García Guzmán, 2020: 123). Al respecto, Méndez (2020: 45) señala: “Las políticas públicas no son fenómenos que se puedan entender o ejecutar con enfoques unilaterales, pues implican aspectos económicos, sociales, administrativos, culturales, políticos, etc.”[4]

La política pública, como se mencionó líneas arriba, es el concepto que atraviesa este libro y configura, propiamente, la respuesta de los gobiernos por lo que es necesario realizar un examen del concepto, sus alcances y sentido.

Se puede decir que es una respuesta a un problema público. En otras palabras, es la decisión de la autoridad para intervenir en determinados asuntos, de qué forma lo hace y con qué medios lo realiza. Es una decisión que resulta de un proceso de descarte y definición de problemas públicos, con consideraciones políticas y técnicas. Políticas, en la medida en que es el Estado quien determina el problema público, y técnicas porque requiere conocimientos especializados. Así, las políticas públicas son decisiones de poder (Merino, 2013: 37). Meny y Thoening (cit. por Merino, 2020: 37-38) las definen como:

[...] el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental [...] Desde este punto de vista del análisis, una política se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de uno o de varios actores públicos. En un momento dado, en un contexto dado, una autoridad adopta prácticas de determinado género, actúa o no actúa. Estas prácticas se pueden señalar concretamente: formas de intervención, reglamentación, provisión de prestaciones, represión, etc., por lo que una política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico.

Un aspecto relevante de esta intervención estatal es su referencia a lo público. La acción del agente con autoridad no responde a motivaciones privadas o personales, sino que tiene que responder a un problema radicado en el espacio cuya naturaleza es, precisamente, público.[5] La manera en la que se decide actuar con el problema seleccionado expresa un conjunto de valores (Merino, 2020: 38) que son reafirmados con dicha intervención y que persiguen la reconstitución del orden golpeado por múltiples fuerzas, en este caso apaleado por una pandemia.

La acción estatal está integrada por lo que se conoce como el proceso de las políticas integrada por etapas y subetapas, que varían según los autores. En 1945,

Herbert Simon fue el primero en identificar las etapas de este proceso: 1. Inteligencia, 2. Diseño y 3. Decisión. Casi una década más tarde, en 1956, Harold Laswell manifestó que eran siete las etapas: 1. Inteligencia (recolección / procesamiento de información), 2. Promoción (de soluciones), 3. Prescripción (de una solución), 4. Invocación (de la solución con sanciones / incentivos), 5. Aplicación (de la solución), 6. Terminación (de solución), y 7. Evaluación (de política). En épocas contemporáneas, el ciclo de políticas se integra por: 1. Problematización, 2. Diagnóstico, 3. Formulación, 4. Ejecución y 5. Evaluación (Méndez, 2020: 61-64). Las etapas que integran las concepciones clásicas como las contemporáneas deben verse como procesos que conceptualmente se diferencian, pero que en la realidad pueden influirse y traslaparse (Méndez, 2020: 65).

La Problematización, primera etapa del ciclo, es aquella en la que una “situación” se convierte en un problema estatal, es decir, que se considera que “eso” que está en el espacio público afecta la normalidad del Estado; en el Diagnóstico, se describe el problema al que hay que hacerle frente, a partir de sus causas directas e indirectas, afectaciones y duración; en la Etapa de formulación ocurre la selección y comunicación de una solución; en la Ejecución se pone en marcha la propuesta de solución elegida y la estrategia para su implementación. Finalmente, en la Evaluación se registran los efectos de la solución o de las soluciones para advertir aquellas que lograron sus objetivos y aquellas que no (Méndez, 2020: 64).

En medio de la pandemia, en donde todos los países buscaban evitar fallecimientos y el colapso de su sistema de salud, así como buscar el menor daño a sus sistemas económicos y políticos, el ciclo de políticas no fue necesariamente aplicado. El contexto hizo que no se diagnosticara de forma adecuada o que la formulación fuera deficiente en numerosos países.

Si bien, puede considerarse que la identificación del problema fue adecuado (la enfermedad era el agente disruptivo cuyos efectos se potenciaban por condiciones externas al virus) y el diagnóstico consideró que aquél tendría consecuencias múltiples y estructurales (aunque hubo gobiernos que no dimensionaron la profundidad y duración de las mismas), las etapas de formulación, ejecución y evaluación tuvieron variaciones no sólo considerando las capacidades instituciones de cada país (Morales González, 2020), sino también por la línea ideológica y la práctica política de los gobernantes. Algunos, en la etapa de formulación, expresaron que el virus no afectaba a ciertas poblaciones y que la gravedad de la

enfermedad no superaba a la de otras enfermedades respiratorias conocidas; otros, considerando que era un virus nuevo, establecieron medidas severas (cuarentenas, por ejemplo) que detuvieron la marcha habitual de las sociedades. Conforme el virus se expandió por todo el mundo a una velocidad inusitada y mostró la gravedad de sus efectos en la salud de las personas, se fueron extendiendo las decisiones que optaron por parar la sociedad. La ejecución también varió: en algunos países el confinamiento fue voluntario, mientras que en otros entraron en vigor estados de excepción y toques de queda, con penas gubernamentales para aquellas personas que no los obedecieran. También se utilizó la tecnología para monitorear a pacientes o personas que habían tenido contacto con individuos enfermos, limitando su rango de movilidad, por medio del uso del sistema de posicionamiento global de sus teléfonos celulares (Chumtong, 2020) y la identificación facial con cámaras en las calles. La tecnología tuvo un papel relevante como auxiliar para detener los contagios.

La evaluación de las políticas puestas en marcha es un asunto complejo, no sólo deben tomar parte los poderes públicos sino la sociedad en su conjunto. Algunos gobiernos utilizaron las medidas de excepción para perseguir a opositores (OHCHR, 2020), mientras que otros gobernantes se arrogaron facultades que no podrían haber tenido en tiempos “normales”. Aún falta evaluar la eficacia de las políticas públicas instrumentadas en los momentos más agudos de la pandemia, pero conforme se vaya controlando la enfermedad deberá realizarse un examen integral de lo que se decidió, así como identificar a los afectados o beneficiados, y desde luego, identificar a los responsables de tal o cual política aplicada.

Las respuestas de los Estados a la crisis tuvieron varios sentidos: el económico, el fiscal y el sanitario, y consistieron en: transferencias monetarias a poblaciones en situación de vulnerabilidad, apertura de créditos blandos, disminución de las tarifas de energía eléctrica y / o agua, el control de precios de alimentos básicos, los anticipos salariales, la reducción a tasa cero de algunos impuestos, el incremento del gasto de inversión, la moratoria en préstamos e intereses, la disminución de tasas de interés, los confinamientos parciales y generales, las restricciones fronterizas, los toques de queda (Blackman *et al.*, 2020), etc.

Un tema que no es ajeno a las políticas públicas y menos en un contexto como el de la pandemia que ha puesto a prueba los valores y principios de la sociedad, es el de la ética. Retomar este tema es relevante, al menos, por tres razones: porque la

política pública es una decisión de poder, lo que significa una relación de desigualdad entre gobernados y gobernantes, porque es una acción que impacta en el espacio público y, por ello, se esperaría que los beneficiarios fueran la mayor cantidad de personas posibles, y porque la política pública responde a un problema o a un conjunto de problemas seleccionado a partir de referentes y valores. De esta forma, aquí no hay neutralidad ética (Merino, 2013: 28-29).

Desde y con una visión ética (Cortina, 2021) desde la administración pública (Castelazo, 2007: 293-327; Diego Bautista, 2017) no pueden omitirse las profundas desigualdades que hay en las regiones del planeta, entre los distintos países y al interior de estos. Pensemos en la región latinoamericana y caribeña, considerada como la más desigual del orbe. Las desigualdades deben verse de forma multisectorial e interseccional para identificar a los grupos más golpeados por la crisis. Es cierto que la pandemia afectó a todas las personas, pero no lo hizo de manera uniforme. Tanto en lo que se considera el “norte global” como en los países subdesarrollados, el impacto fue desigual (Gómez-Abarca, 2022):

[...] en EE.UU., mientras que la población negra representa el 13% de la población total del país, representa más de la tercera parte de todos los infectados. Y más aún de las víctimas fatales. Mientras que los latinos representan el 18% de la población y representan el 36% de la cifra de afectados. Lo mismo sucede en la India. Desde ya los porcentajes de enfermos y de víctimas fatales son totalmente distintos en los *slums* de New Delhi a los barrios ricos de clase alta de New Delhi. O en el Brasil, donde ha estallado como bomba la pandemia y en poco tiempo Brasil es ahora el segundo país más infectado del mundo, con 1,8 millones de infectados y 75.000 muertes (Mazzola y Vommaro, 2022: 23).

En el caso mexicano, los impactos económicos fueron mayúsculos. Se afectó el consumo y la oferta, y hubo una retracción económica: “[...] la caída en el consumo ha pasado de ser -30% anual en abril, a -22% en mayo, a -18% en junio, a sólo -12% en las primeras tres semanas de julio [de 2020]” (Esquivel, 2020: 5). Esto afectó, principalmente, a los sectores del turismo, la industria restaurantera y el transporte. El empleo formal, en este contexto, también sufrió afectaciones:

En el periodo que va de marzo a junio de 2020 se perdieron poco más de 1.1 millones de empleos formales, una reducción de 5.4% de todos los empleos formales registrados ante el IMSS. El grueso de la pérdida ocurrió en los meses de abril y mayo, en los cuales se

perdieron 900 mil empleos. La pérdida de empleos formales ha sido de tal rapidez y magnitud que ya incluso excedió a la ocurrida en el punto más bajo de la crisis de 2008-09 [...] (Esquivel, 2020: 6).

Los estragos económicos tendrán repercusiones en las condiciones de vida de las personas, haciendo que la pobreza se incremente. Algunos calculan que la pobreza total aumentará 42.8 millones de personas y la pobreza extrema alcanzará a 16.6 millones de personas (Esquivel, 2020: 9). Otras naciones, como Reino Unido, que tuvieron un inadecuado manejo de la pandemia (Drinot, 2021) también presentaron dificultades con la contracción de la economía, en alrededor el 20 por ciento, lo mismo sucedió con India que fue afectada en su condición de potencia emergente, ya que tuvo una disminución de 8.5 por ciento en su economía. En suma:

La crisis tuvo un impacto drástico en la pobreza y la desigualdad en todo el mundo. La pobreza mundial se incrementó por primera vez en el curso de una generación, y las desproporcionadas pérdidas de ingresos sufridas por las poblaciones desfavorecidas condujeron a un enorme aumento de las desigualdades internas y entre los países. Según los datos de diversas encuestas, en 2020 el desempleo temporal entre los trabajadores que solo tienen educación primaria completa se elevó en el 70% de los países (Banco Mundial, 2022).

En el caso mexicano,

El agravio de la desigualdad en México se ha agudizado por los efectos de la pandemia de Covid-19 sobre el bienestar de la sociedad, agravados por la inefectividad de la política social y la poca reacción del gobierno para amortiguar los impactos. El Coneval (2021) reporta una pequeña reducción de la desigualdad entre 2018 y 2020, reflejada en el valor del coeficiente de Gini, que se redujo de 0.475 en 2018 (sin transferencias) a 0.468 en 2020. La reducción es semejante si se consideran las transferencias. Lamentablemente, esta mejora se debe más a la reducción de los ingresos de la población más rica, y de los demás también, que al aumento de los ingresos de la población más pobre (Cárdenas, 2022: 68).

Tener presente esto es importante al momento de tomar decisiones o de compartir directivas para disminuir el riesgo de contagio. La sociedad global no es

homogénea ni lo ha sido tampoco la forma en que las personas se protegieron de la enfermedad, pero algo surgirá de esto: la creación de “[...] algún tipo de identidad mundial, nacido del reconocimiento generalizado de que todos tenemos delante al mismo enemigo: unos problemas universales que solo podrán resolverse mediante un esfuerzo global común” (Diamond cit. por Arias Maldonado, 2020: 205).

La pandemia y sus efectos mediatos e inmediatos deberán de ser estudiados con grupos disciplinarios diversos, igualmente las respuestas del Estado deben examinarse críticamente. Ni todas fueron negativas, ni todas fueron perfectas; pero sí hay unas que no fueron legales e incluso fueron contra los derechos humanos. También hubo medidas diferenciadas, impulsadas por las condiciones políticas de cada país.

Las políticas públicas tienen una cara democrática por naturaleza, ya que su confección requiere el diálogo con distintos actores, al suprimir el intercambio de ideas, se lastiman las instituciones y se debilita la condición ciudadana de los miembros de la sociedad. La crisis de salud representó un espacio para observar cómo responde el poder (Valadés, 2021: 9) y cómo actuamos ante los riesgos e impactos de una pandemia.

CAPÍTULOS, AUTORAS Y AUTORES

Los trabajos que se reúnen en este libro tratan, precisamente, de lo anterior: del examen de las medidas gubernamentales, es decir, de las políticas públicas para contener la enfermedad y sus perversos efectos desde una dimensión nacional y subnacional. La atención está centrada, pues, en la manera en que el gobierno mexicano y algunos de las entidades federativas respondieron al reto de mantener la continuidad de sus funciones, a la vez de enfrentar la crisis de salud. Se destaca, por el impacto inmediato en ella, la atención que se dio a la salud de los mexicanos, tanto para prevenir contagios como para evitar un alto elevado número de fallecimientos. Los capítulos que integran esta obra atienden este aspecto, desde las miradas nacionales y locales, pero también se incorporan otros textos que estudian temas vinculados con los efectos no estrictamente sanitarios de la pandemia.

De esta manera, se pueden mencionar que los primeros cuatro trabajos abordan, tanto en clave contemporánea como con una perspectiva histórica — acaso, pueda llamarse historia del tiempo presente— la manera en que las

instituciones de salud se han constituido y han afrontado diversos procesos de organización administrativa de cara a problemas diversos, entre ellos, los de viabilidad financiera. Esta reorganización del sistema de salud estaba ocurriendo como parte de un proceso de modificación de la administración pública cuando la pandemia se hizo presente en el país, lo que planteo un reto para los tomadores de decisiones en la medida en que, ante un evento de esas magnitudes, el sistema público de salud se encontraba sin los recursos económicos suficientes y los mecanismos de coordinación necesarios con las entidades federativas, en un contexto, además, de conflicto político.

Como se ha mencionado, no se deja de lado la necesaria visión histórica para comprender la circunstancia presente, en particular lo relacionado a las políticas públicas de salud del Estado mexicano. Al ser un elemento estructural para su propia viabilidad, su estudio es necesario para advertir la trayectoria que ha tenido el tema de la salud. Por otro lado, se hace hincapié en el modelo de organización de la administración pública (centralizada o descentralizada) y la forma en que las políticas públicas se adaptan a estos modelos.

Las autoras y autores elaboraron sus respectivos capítulos recurriendo a distintas disciplinas: las ciencias políticas, la administración pública, la geografía, la sociología, y las ciencias de la comunicación. Esto pone de relieve que se trata de un libro con un corte multidisciplinario, en principio, pero que va más allá: los conceptos, teorías y métodos utilizados son compartidos, por lo que bien puede señalarse que se trata de una obra colectiva con un carácter interdisciplinario.

Dos son los ejes que atraviesan los siete capítulos: la pandemia y las políticas públicas. En este orden ideas, en cada uno de los trabajos se encuentra el interés y la preocupación por describir y analizar la manera en que se gestionó la crisis. No es ocioso decir que los trabajos tienen como fuentes de información los informes oficiales de las instituciones del Estado mexicano, la información de organismos multilaterales y de organizaciones de la sociedad civil, las notas que la prensa publicó, así como la incipiente literatura académica que se estaba produciendo. Ante una circunstancia de esta naturaleza, todas estas fuentes, como se puede constatar en el libro, fueron sometidas a un análisis crítico buscando confirmar lo que sostenían o para identificar sus debilidades. La pandemia pronto devino en un asunto político, por lo que el examen de las columnas de opinión de analistas y

periodistas tomó relevancia en la medida en que ocurrió un debate público sobre las estrategias tomadas por el gobierno.

El libro inicia con el capítulo de Eduardo Torres Alonso titulado “El Estado mexicano y la pandemia por Covid-19. Decisiones y políticas públicas, 2020-2021”, que ofrece un pormenorizado seguimiento de las decisiones del gobierno federal mexicano durante los dos primeros años de la pandemia en un contexto de reorganización de la administración pública y de descoordinación, a ratos, con algunos gobiernos estatales. Su preocupación radica en la acción pública en un contexto de recursos económicos restringidos y de un sistema de salud debilitado. El texto se acompaña de un examen de las acciones del gobierno mexicano conforme fue cambiando la intensidad de la pandemia en el país.

El siguiente capítulo es “Análisis de las políticas públicas en salud y su relación con el territorio, 1982-2021”, elaborado por Ricardo Guerra Díaz, Luis Enrique Salvador Guzmán y María del Carmen Juárez Gutiérrez. Aquí, los autores realizan un análisis de las políticas públicas desde la geografía en materia de salud, desde el sexenio de Miguel de la Madrid hasta llegar a la administración de López Obrador. Es decir, se estudian siete sexenios para identificar la manera en que el sector salud ha venido transformándose y ha respondido a las necesidades de la población y del poder público. Este trabajo muestra, con una necesaria perspectiva histórica, la forma en la que las instituciones en la materia han cambiado en consonancia con la población.

Flaherthy M. Cota Badillo es autor del trabajo que sigue, titulado “La salud pública en México antes y durante la pandemia de Covid-19. Las tensiones entre centralización y descentralización”. Analiza la manera en que se organiza la administración pública mexicana, las políticas sectoriales en salud a partir de proyectos descentralizadores iniciados en la década de los ochenta del siglo XX con el objetivo de hacer más eficientes los servicios públicos. Después de los ajustes, se inició un proceso de recentralización de estos servicios aumentando la capacidad decisoria del gobierno federal en la materia, aunque no siempre contando con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades. Esto es muy relevante para advertir las condiciones débiles del país ante la llegada de la pandemia.

El capítulo siguiente es “Pandemia y Gobernanza cero. Construcciones de los sistemas de salud en México” de Rubén Torres Martínez. El autor sostiene que las

políticas de salud han sido elaboradas de arriba hacia abajo (*top-down*) lo que ha hecho a un lado procesos de gobernanza. Esto no ha cambiado. La pandemia acusó este enfoque unidireccional y vertical que concentró en el Poder Ejecutivo de la Unión las decisiones en materia de salud en dos dimensiones: el sanitario y de salubridad, y el mediático-discursivo.

Israel Cruz Badillo, Bernabé Lugo Neria y Víctor González González elaboraron el trabajo titulado “Los instrumentos de política del gobierno mexicano ante la Covid-19”, cuyo objetivo es ofrecer al público lector una revisión de los instrumentos a disposición de las autoridades federales mexicanas, a partir de la consideración de que el factor político era más relevante que el técnico (componente sustantivo de las políticas públicas) para actuar en el contexto de la pandemia. Los autores acompañan la identificación de tales instrumentos con el soporte teórico de Harold Laswell y la propuesta epistemológica tripartita de Bermelman-Videc.

Por su parte, Eliana Arancibia Gutiérrez es la autora del capítulo “Covid-19 y crisis de gobernanza. Una mirada desde lo local basada en el caso de Yucatán, México”, que centra su atención en los procesos de atención a la enfermedad, vista como una crisis de gobernanza, desde una mirada subnacional. La aproximación a una escala geográfica más pequeña permite identificar las formas de proceder de autoridades y ciudadanía, que en comparación con la autoridad federal tienen menos recursos. Se destacan las formas de organización de iniciativas locales para responder a los efectos de la pandemia. El modelo analítico utilizado en este trabajo es el de la gobernanza local.

El capítulo que cierra el libro también examina la pandemia desde lo local. “Las políticas públicas durante la pandemia en la entidad de Hidalgo: Una visión desde el sur” es el título de la aportación de Víctor González, quien analiza la forma en que se respondió a la enfermedad en una entidad federativa atravesada por la desigualdad. El enfoque utilizado por el autor es la sociología de las ausencias, que considera que lo que está en la periferia es subalterno o es resultado de una acción deliberada de las sociedades ubicadas en el norte o en el centro del país. En este sentido, la reflexión que proporciona el autor va en el sentido de poner en el foco de atención la manera en que los sujetos situados en el sur (la periferia) vivieron la pandemia y el papel que tuvo la autoridad al implementar políticas públicas que desconocían, deliberadamente, las diferencias sociales.

Finalmente se puede afirmar que los capítulos no pretenden ofrecer una mirada exhaustiva, pero sí persiguen analizar con rigor lo que se hizo y cómo se atendió la pandemia en México, no sólo centrándose en el elemento instrumental, sino considerando el factor humano. Esta obra está lejos de reunir todas las perspectivas de este fenómeno disruptivo que aún no concluye, —pero con una intensidad ya disminuida gracias a la vacunación y al conocimiento que se tiene del virus—. Queda por realizar un examen de largo aliento sobre las políticas públicas para recuperar, —si es que esto es posible—, las condiciones de convivencia, económicas y políticas, previas a la pandemia.

Las políticas públicas durante la pandemia, en México como en el resto de los países, pasarán a ser un acervo de información muy importante para la futura confección de respuestas gubernamentales en momentos de crisis, donde no haya oportunidad de aprender de otros, puesto que la disrupción ocurre simultáneamente en otras latitudes.

Los capítulos del presente libro fueron elaborados durante la Pandemia, es decir, 2020-2021, así como en los primeros meses de 2022.

Ciudad de México, 19 de agosto de 2022

FUENTES CONSULTADAS

Arias Maldonado, Manuel (2020). *Desde las ruinas del futuro. Teoría política de la pandemia*. España: Taurus.

Arias Torres, Daniela y Herrera, Hugo Amador (2012). *Entre políticas gubernamentales y políticas públicas. Análisis del ciclo de las políticas de desarrollo del gobierno del Estado de Michoacán, México, 2003-2010*. México: Instituto Nacional de Administración Pública.

Banco Mundial (2022). *Los impactos económicos de la pandemia y los nuevos riesgos para la recuperación* [en línea]. Disponible en: <<https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>> (consulta: 18 de agosto de 2022).

Blackman, Allen *et al.* (2020). *La política pública frente al Covid-19. Recomendaciones para América Latina y el Caribe*. Estados Unidos: Banco

Interamericano para el Desarrollo.

Cárdenas, Enrique (2022). Impactos sociales de la pandemia del Covid a la luz de la política pública en México. *EconomíaUNAM* 19(56): 56-78.

Castelazo, José R. (2007). *Administración pública: una visión de Estado*. México: Instituto Nacional de Administración Pública.

Chumtong, Jason (2020). “Rastreo de teléfonos móviles contra Covid-19. Con la tecnología digital contra un virus analógico”. *Análisis y Argumentos* (386), abril, 1-8 [en línea]. Disponible en:

<<https://www.kas.de/documents/252038/7995358/>

Rastreo+de+tel%C3%A9fonos+m%C3%B3viles+contra+Covid-19.pdf/fd5a62bf-af8f-1650-e765-b36ea00d7b9a?

version=1.0&t=1588165935403> (consulta: 20 de enero de 2023).

Cortina, Adela (2021). *¿Para qué sirve realmente la ética?* España: Paidós.

Drinot, Paulo (2021). “Coronavirus en el Reino Unido: el costo del excepcionalismo”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 28(4): 1269-1274.

Diego Bautista, Oscar (2017). *Ética Pública: su vinculación con el gobierno*. México: Instituto Nacional de Administración Pública.

Enríquez, Alberto y Sáenz, Carlos (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de Covid-19 para los países del SICA*. Chile: Naciones Unidas.

Esquivel, Gerardo (2020). *Los impactos económicos de la pandemia en México*, julio [en línea]. Disponible en: <<https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/articulos-y-otras-publicaciones/%7BD442A596-6F43-D1B5-6686-64A2CF2F371B%7D.pdf>> (consulta: 18 de agosto de 2022).

García Guzmán, Maximiliano (2020). “Horizonte de la ciencia de la administración pública en el siglo XXI”. En *Interdisciplina. El estudio de las ciencias políticas y la administración pública*, coordinado por Silvia Guadalupe Cabrera Nieto y Salvador Mora Velázquez, 111-135. México: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

Gómez-Abarca, Carlos de Jesús (Coord.) (2022). *Pandemia. Crisis y estrategias de contención en México y Centroamérica*. México: Observatorio de las Democracias: sur de México y Centroamérica-Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

- Maldonado Trujillo, Claudia (2020). “La administración pública como disciplina: pistas para el futuro”. En *Una agenda para la administración pública. Reconocimiento a la trayectoria de María del Carmen Pardo*, editado por Fernando Nieto y Ernesto Velasco, 431-454. México: El Colegio de México.
- Mariñez Navarro, Freddy (2021). “¿Cuál es el aprendizaje en el campo de la Administración Pública y las políticas públicas de la pandemia Covid-19? Reflexiones sobre la Post-Nueva Gestión Pública”. En *Gestión pública y políticas públicas en tiempos de emergencia. Lecciones aprendidas de la pandemia Covid-19*, coordinado por Freddy Mariñez Navarro y Marisol Calzada Torres, 19-49. México: El Colegio de Jalisco-Tirant lo Blanch.
- Mazzola, Roxana y Vommaro, Pablo (2022). “Entrevista a Bernardo Kliksberg”. En *Debates: Covid-19, desigualdad y políticas públicas distributivas*, compilado por Roxana Mazzola y Pablo Vommaro, 22-39. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-Fundación Friedrich Ebert.
- Méndez, José Luis (2020). *Políticas públicas. Enfoque estratégico para América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica-El Colegio de México.
- Merino, Mauricio (2013). *Políticas públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Merino, Mauricio (2013). “La importancia de la ética en el análisis de las políticas públicas”. En *Problemas, decisiones y soluciones. Enfoques de política pública*, compilado por Mauricio Merino y Guillermo M. Cejudo, 27-60. México: Fondo de Cultura Económica-Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Morales González, Gisela (2020). “Las capacidades del Estado en la gestión de la pandemia por Covid-19 en México”. *Revista de Administración Pública* LV(151): 61-95.
- Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (OHCHR) (2020). “Covid-19: los Estados no deben abusar de las medidas de emergencia para reprimir los DD HH – Expertos de la ONU”, 16 de marzo [en línea]. Disponible en: <<https://www.ohchr.org/es/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse->

emergency-measures-suppress-human-rights-un-experts> (consulta: 18 de agosto de 2022).

Parsons, Wayne (2007). *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Ruiz, José Juan (2021). “Las políticas públicas en tiempos de incertidumbre”. *El País*, 18 de septiembre [en línea]. Disponible en: <<https://elpais.com/economia/negocios/2021-09-19/las-politicas-publicas-en-tiempos-de-incertidumbre.html>> (consulta: 18 de agosto de 2022).

Uvalle Berrones, Ricardo (2007). *Perspectiva de la administración pública contemporánea*. México: Instituto de Administración Pública del Estado de México.

Valadés, Diego (2021). *Constitucionalismo crítico. Ideas para la transición constitucional en la era post Covid-19*. México: Siglo XXI Editores.

[Notas]

- [1] Es Doctor en Ciencia Política, Maestro en Ciencia Política y Licenciado en Sociología, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Es Investigador Titular C, de T.C. en el Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la misma universidad. Es miembro del PRIDE, nivel C y forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II. Su área de investigación es el Estado, la Sociedad y la Economía Mexicana. Se ha especializado en el estudio del Estado, el Sindicalismo, los Movimientos Sociales en el siglo XXI. En 2020-2022 incursionó en el tema de la Pandemia y sus efectos sociales. De 1978 a 2022 ha publicado numerosos libros y artículos sobre los temas señalados.
- [2] Es licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, licenciado en Desarrollo Municipal y Gobernabilidad, licenciado en Derecho y maestro en Administración Pública. Es profesor de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- [3] Coordinador de investigación de la Universidad Insurgentes, Maestrante en el programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, Licenciado en Relaciones Internacionales por la FES-Aragón, UNAM. Colaborador del Proyecto PAPIIT IN303321 “La emergencia sanitaria por Covid-19 y la política pública de Estado mexicano 2020-2022” Asistente de investigación en el IIS-UNAM.
- [4] “La administración pública cambió de *naturaleza* no sólo en función de su relación (wilsoniana o no) con la política, sino del papel de la política representativa en la sociedad y la expansión de la esfera legítima de intervención gubernamental durante prácticamente todo el siglo XX. Aunque la administración pública puede pensarse como factor de cambio, suele ser sujeto de cambios derivados de otras esferas. [...] Para principios del siglo XXI, como ha señalado Jos Raadschelders [...] antiguo editor en jefe de la revista *Public Administration Review* (PAR), la administración pública, al igual que otras disciplinas hermanas, había pasado de ser una disciplina descriptiva a una cuantificada, con el inconveniente de obviar un importante trabajo de conceptualización y teorización en el proceso. El resultado, de acuerdo con este autor, llevó a la hiperespecialización, sin generalización o acumulación de conocimiento y, sobre todo, a una preocupante desvinculación de la administración pública con la resolución de los *wicked problems* que le correspondía analizar, explicar y ayudar a resolver. De ahí que se plantee la necesidad de retomar preocupaciones centrales de orden ontológico y epistemológico [...]” (Maldonado Trujillo, 2018: 439).
- [5] “Lo público como espacio, alude a un territorio donde convergen las instituciones, las personas, las ideologías, los modos de pensar, el derecho a coincidir y disentir, las formas de

organización social y política, la expresión libre de las ideas, la libertad de culto, el derecho al sufragio universal, a la participación y a la representación para impulsar, asegurar y reproducir los patrones democráticos de la vida política; comprende también, la atención de las personas desprotegidas, los procesos de distribución material que son necesarios para el sustento humano; la administración, procuración e impartición de justicia, la salvaguarda de los derechos de propiedad, la disminución de los costos de transacción; en suma, el aumento y el mejoramiento de la calidad de vida. Consecuentemente, en la vida moderna lo público tiene pilares fundamentales que es importante enunciar y explicar para identificar cómo se organiza y funciona el poder público como resultado de la voluntad ciudadana y que son: 1) igualdad; 2) constitucionalidad; 3) legalidad; 4) legitimidad y 5) equidad” (Uvalle Berrones, 2007: 27-28)

El Estado mexicano y la pandemia por Covid-19

Decisiones y políticas públicas: 2020-2021

Eduardo Torres Alonso

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El mundo afronta una situación inédita: un virus (SARS-CoV-2, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) con un alto grado de contagio, que provoca la enfermedad conocida como Covid-19 (Coronavirus Disease 19) que afecta múltiples sistemas y órganos de las personas, particularmente el sistema respiratorio, por lo que puso en cuarenta a la inmensa mayoría de la población. A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizara a la enfermedad como pandemia por su rápida propagación, en marzo de 2020, los gobiernos de los distintos países tomaron medidas diversas: cierre de fronteras, cancelación de eventos masivos, suspensión de clases presenciales en todos los niveles, cierre de actividades comerciales y laborales no esenciales manteniendo sólo las vinculadas a la seguridad, los servicios médicos y el abasto, incluso hubo determinación de horarios para la circulación restringida, buscando desincentivar la movilidad de las personas y así detener la curva de contagios.

A la par de estas medidas, inició también la preparación y adecuación de los servicios médicos públicos y privados, civiles y militares para atender a las personas enfermas. En el caso mexicano, la Secretaría de Salud inició una campaña de prevención de la enfermedad a través de los medios de comunicación e incrementó la capacidad de atención médica a través de la contratación de personal sanitario eventual, la reconversión hospitalaria y el establecimiento de unidades temporales para el tratamiento de la Covid-19 en el Centro Banamex y el Autódromo Hermanos Rodríguez, ambos en la Ciudad de México. Acciones similares emprendieron los gobiernos de las entidades federativas al destinar

auditorios para atender provisionalmente a los pacientes. La pandemia activó todas las áreas del gobierno para hacer frente a una situación inesperada, que ponía en riesgo la salud pública.

El objetivo de este trabajo es describir y reflexionar sobre la manera en la cual el gobierno mexicano en medio de un proceso de rediseño de sus instituciones, producto de la tercera alternancia política a nivel federal, hizo frente a la emergencia de salud con los recursos administrativos, humanos y presupuestales disponibles, y con los instrumentos jurídicos existentes; es decir, con políticas públicas, particularmente, en las áreas de salud y economía. En la primera, tuvo como objetivo proteger la vida humana y evitar el colapso del sistema sanitario, mientras que la segunda, sin ser tan amplia, buscó evitar una crisis económica. Las políticas públicas revisadas en este trabajo y puestas en marcha respondieron a la coyuntura y a las restricciones presupuestales, lo que hizo que en algunos casos fueran exitosas y en otros no tanto. La comunicación social fue una herramienta primordial para que las medidas de prevención fueran exitosas. De ahí la relevancia de las conferencias vespertinas del subsecretario de Salud, reforzadas por la estrategia comunicacional del Presidente cada mañana.

DEL DESCUBRIMIENTO A LA PANDEMIA

La sociedad global recibió con interés, primero y luego, con inquietud, la noticia de que en una provincia de China, exactamente en Wuhan, Hubei, se había descubierto un nuevo virus en diciembre de 2019 y unos meses más tarde, ese virus detendría la marcha habitual de la población en el planeta. El 31 de diciembre, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan reportó la existencia de casos de neumonía que pronto se adjudicarían a un nuevo tipo de coronavirus.

La propagación del SARS-CoV-2 fue muy acelerada como consecuencia de los intercambios comerciales y los viajes internacionales. El mundo vio como cada día aparecían más enfermos y no existía algún medicamento o vacuna para prevenirlo o detenerlo. Prácticamente en dos meses ese virus estaba en todos los continentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo especializado de las Naciones Unidas en esa materia, pronto reaccionó. El 1 de enero de 2020 el Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes fue establecido en los tres niveles de la

Organización —sede, sedes regionales y países—, poniéndose en estado de emergencia para abordar el brote. Entre el 4 y el 10 de enero, la OMS confirmó la existencia de casos de neumonía y publicó el primer parte sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus y un amplio conjunto de orientaciones técnicas con recomendaciones sobre el modo de detectar casos, realizar pruebas de laboratorio y gestionar los posibles casos. El 12 de enero, China hizo pública la secuencia genética del virus y un día después se confirmó el primer caso fuera de China, en Tailandia, con lo quedó claro que no era posible contenerlo.

El Comité de Emergencias de la OMS fue convocado los días 22 y 23 de enero para evaluar si, en efecto, el brote constituía una emergencia de importancia de salud pública internacional. Al no llegar a un consenso, sus integrantes solicitaron más información. El 30 de ese mismo mes, dicho Comité declaró que el brote por el nuevo coronavirus ya podía ser catalogado como una emergencia de salud pública de importancia internacional (OMS, 2020b). Ante los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y sus consecuencias en la salud, el 11 de marzo de 2020, la OMS determinó que la Covid-19 debía ser considerada como una pandemia.

EL GOBIERNO MEXICANO FRENTE A LA PANDEMIA

Coyuntura

En medio de las crisis, los titulares de los gobiernos (jefes de Estado, presidentes, primeros ministros, etcétera) se presentan ante la sociedad como los sujetos a los que se les debe de tener confianza, ya que actuarán, se presume, buscando el mayor beneficio colectivo. Con la incertidumbre existente, los titulares del poder Ejecutivo pudieron imponer directivas o impulsar reformas constitucionales o legislativas que, en circunstancias normales, no hubieran podido, obteniendo, en la tribulación, beneficios (Martí i Puig y Alcántara Sáez, 2021: 13). Estas coyunturas críticas aparecen en ataques terroristas, guerras o pandemias, como la del Covid-19. Precisamente, esta enfermedad se ha convertido en una coyuntura crítica y ha puesto a prueba la solidez de las instituciones, revelado la prudencia de unos líderes y expuesto la demagogia de otros (Martí i Puig y Alcántara Sáez, 2021: 13).

Cada gobierno respondió con base en la forma en que entendió el riesgo —en tanto construcción social (García Acosta, 2005; Beck; 1998; Luhmann, 1992) y evidencia científica— y la capacidad institucional y los recursos presupuestales disponibles (Martí i Puig y Alcántara Sáez, 2021, 15-16) para hacer frente a una emergencia de magnitudes nunca vista. En efecto, todos los gobiernos llamaron a la unidad y a la solidaridad (Martí i Puig y Alcántara Sáez, 2021: 18-19), pero no todos configuraron de la misma manera el riesgo pandémico. Mientras unos establecieron medidas muy restrictivas; otros, sin embargo, le dieron poco valor a los efectos de la enfermedad, no sólo en la salud de las personas sino en las dimensiones social, económica y política, y su relato fue en la dirección de mantener la normalidad el mayor tiempo posible. Para la construcción del relato, las distintas autoridades utilizaron estrategias comunicativas basadas en la emisión de mensajes con un corte vertical en donde el Presidente se dirigía a la nación entera edificando una imagen de liderazgo incuestionable, aunque existieran voces discordantes con las estrategias oficiales. Esto no fue distinto para el caso mexicano. La pandemia llegó a México en un momento de modificación de las rutinas y pautas de la administración pública y del ejercicio del poder público.

El primero de diciembre de 2018 tomó posesión como presidente de la República Andrés Manuel López Obrador, el primero en asumirse públicamente de izquierda. Desde ese momento, la narrativa gubernamental consistió en señalar que iniciaba un nuevo periodo en la historia mexicana “La Cuarta Transformación”, que entre otras cosas, buscaba dar un giro a la manera de gobernar, priorizando una política de austeridad frente al pasado de corrupción y dispendio, fortaleciendo los programas sociales para los desfavorecidos, deshaciéndose de la intermediación en la entrega de recursos públicos y centrando las decisiones y los mensajes en el titular del poder Ejecutivo. Por supuesto, “La Cuarta Transformación” no se quedó en declaraciones, sino que se emitieron acuerdos, decretos, circulares, en fin, distintos documentos empezaron la modificación de la administración pública. En estos cambios, destaca la desaparición de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, responsable de la operación del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), ente público que busca brindar servicios de salud a las personas no afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La transición del Seguro Popular

al Insabi no fue sencilla y se puso en operación sin reglas de operación (Camhaji, 2020). De manera adicional, el desabasto de medicamentos, generado por una dificultad con las empresas distribuidoras y con las licitaciones, hizo que el problema en el sector salud se agudizara.

El Insabi centralizó la prestación de servicios de salud en las entidades federativas siempre que se contara con la aquiescencia del gobierno estatal correspondiente lo que implicaba el uso para gasto corriente y de inversión del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos acumulado del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. De esta manera, el nuevo instituto empezaría el 2020 con un presupuesto de 128 mil 589 millones de pesos. El instituto representaba el cambio de rostro de la política de salud del gobierno para hacerla, en sus palabras, universal y gratuita, como se menciona en el Plan Nacional de Desarrollo.

El estado del sistema de salud mexicano

En este contexto de reforma administrativa, se recibió a la pandemia, en un país donde, de acuerdo con cifras de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, hay 0.98 camas por cada 1,000 habitantes y donde se presenta una inequitativa distribución de la infraestructura pública en salud:

[...] de las 32 entidades, solo la Ciudad de México se encuentra por arriba del estándar internacional del número de camas por habitantes, con 837 camas de cuidados intensivos y más de 15 mil camas hospitalarias, duplicando prácticamente las del Estado de México, segunda entidad en capacidad y primera en términos de población. Para el resto de las entidades se observa una proporcionalidad similar a su población, con escasez aguda en los estados de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Hidalgo, Quintana Roo, Veracruz y el Estado de México [...] (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo —PNUD—, 2020b: 17-18).

Con relación al personal de salud

[...] se reportó un total de 174,536 médicos y médicas generales y especialistas, y 316,096 personas enfermeras en contacto con el paciente. De acuerdo con la distribución reportada por el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS), 112,514 médicos y médicas

generales y especialistas laboraban en las 1,370 unidades hospitalarias, con una ratio general de 82.1 por unidad hospitalaria, equivalentes a 1.3 por cama de hospitalización. Los datos públicos no especifican el tipo de especialidad en personal en cuidados intensivos (intensivistas). En total 237,431 enfermeras y enfermeros laboraban en los 1,370 hospitales (en promedio 173.3 por unidad), de las cuales 32,970 eran personal enfermero especializado (PNUD, 2020b: 18).

Estas cifras no fueron suficientes para atender a los enfermos por Covid-19 por lo que se tuvieron que habilitar centros de atención en espacios como grandes auditorios, centros de convenciones o el Autódromo Hermanos Rodríguez y contratar eventualmente a personal sanitario y de apoyo.

En *Panorama desde la Perspectiva de la Salud en México*, documento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se mencionan los lineamientos que establecen cuatro líneas de defensa del sector salud con el objetivo de asegurar la mejor respuesta ante la emergencia sanitaria y que no necesariamente corresponden a las fases de la pandemia.

En la etapa 1 de los LRH [Lineamientos para la Reconversión Hospitalaria], la primera línea serían los hospitales designados Covid-19, y la segunda línea, los demás hospitales que cumplen con los requisitos establecidos en los LRH para esa etapa. En la etapa 2 entra la tercera línea de defensa, constituida por las camas reconvertidas de los hospitales de la etapa 1 y otras que también pueden ser reconvertidas en hospitales que no cumplen con los requisitos de la etapa 1. La reconversión implica usar camas de áreas distintas para cuidados intensivos, las cuales pueden equiparse y modificarse a fin de prestar atención a pacientes críticos de Covid-19. Finalmente, la cuarta línea de defensa serían los hospitales de mínima complejidad y los temporales que, cuando no dispongan de áreas de cuidados intensivos, solo podrían atender pacientes con síntomas leves a moderados y referir a los pacientes graves a los de mayor capacidad resolutive, que corresponde a la etapa 3 de los LRH (PNUD, 2020a: 22-23).

Las acciones: alertamiento, confinamiento y norma imperfecta

La pandemia en México puede caracterizarse con cinco fases: una fase previa, tres fases de dispersión y una fase de desescalada (PNUD, 2020b: 19-20). En cada una de éstas, la respuesta gubernamental se expresó en políticas públicas^[1] que implicaron decisiones de autoridades, entre ellas con actores sociales y privados. La

primera, también llamada fase cero, fue un periodo de preparación, ya que al ser una enfermedad que vino de fuera, existió el tiempo para identificar las prácticas que estaban tomando los países que ya tenían casos y procesar la información que el país de origen de la enfermedad, China, otros Estados y organismos multilaterales, estaban brindando a la comunidad internacional.

La primera fase tuvo una duración del 7 de enero de 2020, fecha cuando las autoridades chinas informaron de la presencia de un nuevo tipo de coronavirus, inicialmente llamado 2019-nCoV, al 27 de febrero, cuando se oficializó el primer caso diagnosticado en el territorio nacional, en un hombre de 35 años, de la Ciudad de México, que contaba con antecedente de viaje a Italia. El 9 de enero, el gobierno mexicano activó un plan de respuesta que incluyó una alerta preventiva de viaje a China que sugirió evitar viajes no esenciales y, de ser posible, no viajar, así como lavarse las manos con frecuencia utilizando agua y jabón, consumir sólo alimentos bien cocinados y agua simple potable o embotellada, evitar lugares concurridos y el contacto con animales vivos o muertos, no consumir carne cruda y, en lo posible, no tener contacto con personas enfermas (CONAVE, 2020); además, se realizó el monitoreo de los medios de comunicación y la identificación de casos sospechosos en aquellos pasajeros provenientes de Asia, en particular de China. Poco después, el 16 enero, se establecieron los protocolos diagnósticos de acuerdo con los lineamientos establecidos por la OMS, a cargo del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), mientras que el Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional mantuvo comunicación con la OMS y los países de la zona afectada (Secretaría de Salud, 2020a).

El 21 de enero, siguiendo lo establecido por el INDRE, se emitió el “Aviso Epidemiológico” con la finalidad de informar los métodos para identificar, con oportunidad, los casos sospechosos en el país y establecer las medidas de prevención idóneas, consistentes en la toma de una muestra biológica para ser enviada al INDRE y su seguimiento hasta la remisión de la enfermedad, junto con su clasificación y estudio de contactos directos (Secretaría de Salud, 2020a). De acuerdo con la información de la Secretaría de Salud, al 22 de enero se tenían dos casos sospechosos de personas de nacionalidad china con antecedentes de viaje a aquel país.

El 30 de enero el Comité de Emergencias convocado por el Director General de la OMS se reunió en Ginebra para determinar si el brote del nuevo coronavirus ameritaba ser declarado una emergencia de salud pública de importancia internacional. La resolución fue que, en efecto, el mundo enfrentaba una emergencia de este tipo (OMS, 2020a). Una vez que la OMS informó lo anterior, en México se reunió de manera extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud,[2] integrado por representantes de las secretarías del Trabajo y Previsión, de Turismo, de Educación Pública, y de Comunicaciones y Transportes, del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y de Petróleos Mexicanos, así como por representantes de universidades, instituciones privadas de salud y los secretarios de salud integrantes de la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud, con la finalidad de analizar la situación existente y sus posibles implicaciones, para la preparación y respuesta del país (Secretaría de Salud, 2020b). A finales de enero, la OMS reconoció la actuación de las autoridades sanitarias mexicanas por su rápida respuesta a la emergencia (Yáñez, 2020). Las medidas que el gobierno instrumentó se hicieron públicas en los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica y por el Laboratorio de Enfermedad por Covid-19, con lo que se estandarizaron las acciones del Sistema Nacional de Salud para identificar casos sospechosos, atenderlos, estudiarlos y seguir la cadena de contactos.

Con la confirmación oficial del primer caso, el antepenúltimo día de febrero, inició la fase uno, es decir, aquella en donde se identifican casos importados con transmisión de segunda generación en brotes entre familiares y círculos cercanos. Para hacer frente a la incertidumbre y miedo existentes, el gobierno federal determinó que cada tarde el área de salud daría un informe sobre la situación. El subsecretario de Promoción y Prevención de la Salud, Hugo López-Gatell, se convirtió en el vocero de la pandemia y en el rostro visible de la estrategia oficial. En el periodo que abarca la fase uno (27 de febrero al 22 de marzo), el secretario de Salud, Jorge Alcocer, el 4 de marzo expresó, a integrantes de la Conferencia Nacional de Gobernadores que existirían los recursos suficientes para las pruebas de laboratorio y que la enfermedad no era una emergencia epidemiológica. En ese momento, había cinco casos confirmados, con una evolución favorable; 112 casos

negativos y 26 en estudio (Secretaría de Salud, 2020c). Un día después, en la reunión del Consejo Nacional de Salud, realizada en León, Guanajuato, el secretario Alcocer, expresó que el coronavirus:

[...] es un invitado que no nos hará temblar como un río de mercurio ni nos despertará como el primer canto de un pájaro cuando rompe el alba, nos acercamos a él organizados y con disciplina, lo recibimos con el debido respeto y conocimiento de causa, con preparación, experiencia y un robusto sistema de vigilancia epidemiológica [...] (Ortiz, 2020).

El 13 de marzo, el subsecretario López-Gatell, en la conferencia matutina del Presidente de la República, mencionó que no había razones para cancelar eventos masivos, suspender clases o cerrar fronteras, esto como reacción a la polémica generada por la inminente celebración del Festival Iberoamericano de Cultura Musical Vive Latino, conocido sólo como Vive Latino, en el Foro Sol, y que en 2019 reunió a 180,000 personas, aproximadamente (Salinas Maldonado, 2020). La jefa de Gobierno de la Ciudad de México, anfitriona del evento, manifestó su apoyo a la realización de la serie de conciertos. Para ese momento, en la Ciudad de México había cinco casos confirmados y 18 en el país (González, 2020).

A pesar de estas muestras de optimismo con relación a la enfermedad por parte de las autoridades sanitarias federal y de la Ciudad de México, tres días después, la Secretaría de Educación Pública (SEP) publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) un acuerdo por el que se suspendieron las clases del 23 de marzo al 17 de abril en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la SEP, exceptuando al Instituto Politécnico Nacional (DOF, 2020a). El Poder Judicial de la Federación hizo lo propio el 17 de marzo con el acuerdo de suspensión de actividades entre el 18 de marzo y el 19 de abril (SCJN, 2020). Finalmente, el Consejo de Salubridad General (CSG) realizó su primera sesión extraordinaria el 19 de marzo en el Palacio Nacional en donde se reconoció a la epidemia de SARS-CoV-2 como una enfermedad grave de atención prioritaria y se constituyó en sesión permanente (Secretaría de Salud, 2020d). La fecha de la sesión del Consejo fue objeto de críticas por parte de diversos actores (médicos,

exfuncionarios, academias y colegios de abogados) porque para mediados de ese mes, era evidente la presencia del virus en el país y se empezaban a advertir sus impactos. Se llegó a decir que el retraso en la convocatoria del CSG obedeció a que el Presidente de la República no quería que ningún organismo o entidad le restara capacidad de decisión y por ello, su tardía sesión (Velázquez, 2020), cuando distintos países veían colapsar sus sistemas de salud e imponían estrictas normas de confinamiento. Un día antes de la sesión del Consejo se hizo oficial el primer fallecimiento por Covid-19 en el país, ocurrido en la Ciudad de México, y se confirmaron 118 personas contagiadas.

El CSG, en tanto, autoridad sanitaria con funciones normativas, consultivas y ejecutivas, tiene gran relevancia en situaciones de emergencia. Su origen se encuentra en la fracción XVI del artículo 73 constitucional. La Ley General de Salud (1984), en su artículo 15, lo define como un:

[...] órgano que depende directamente del Presidente de la República, en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1a., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Está integrado por un presidente que será el Secretario de Salubridad y Asistencia, un secretario, doce vocales titulares, uno de los cuales será el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, y los vocales que su propio reglamento determine. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos, a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias.[3]

En la misma línea que la SEP y el Poder Judicial de la Federación, las instituciones educativas de nivel superior iniciaron la suspensión gradual de sus actividades de docencia, investigación, extensión y difusión. La universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Panamericana, Iberoamericana, y Anáhuac, los institutos Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y Tecnológico Autónomo de México lo hicieron a partir del 17 de marzo; el Instituto Politécnico Nacional concluyó sus clases el 20 del mismo mes. Las universidades estatales realizaron lo propio a partir de mediados de marzo. Esto no significó que las comunidades estudiantiles dejaran de tener clases. En un esfuerzo muy significativo, la inmensa mayoría de instituciones de educación superior —como también lo hicieron las escuelas de otros niveles

educativos— generaron estrategias para continuar con las clases utilizando las tecnologías informáticas.

La fase dos inició el 23 de marzo con la puesta en marcha de una de las estrategias del gobierno mexicano para hacerle frente a la pandemia como fue la disminución de la movilidad de las personas, a través del confinamiento voluntario, que se conoció como #QuédateEnCasa. En esa fecha, se instauró la Jornada Nacional de Sana Distancia que duró 69 días. Ciertamente, confinarse fue una medida básica de defensa ante el peligro. Si el daño puede producirse en el exterior, entonces no hay que estar afuera. Mientras se encontraban otras formas de disminuir los contagios, salir lo menos posible fue la respuesta. Al mismo tiempo, apareció “Susana Distancia” (EFE, 2020), personaje creado para difundir las estrategias de prevención, resaltando el alejamiento físico entre personas. Esta estrategia apeló a la cordura, racionalidad y sentido común de las personas a pesar de que el acto administrativo que le dio forma no mandató su cumplimiento obligatorio. No hubo toque de queda o acciones de fuerza para evitar que la gente saliera. La responsabilidad de no contagiarse recayó en las personas, se volvió un asunto individual (Otuzar, 2016). En este sentido, puede caracterizarse como una norma jurídica imperfecta (Ramírez Bañuelos, 2020, 19-20) puesto que no entrañó alguna sanción (Cárdenas Gracia, 2009, 105).

En esta fase se encuentra también 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)”, publicado, junto la sanción presidencial del mismo (DOF, 2020c) en la edición vespertina del *Diario Oficial de la Federación*, el 24 de marzo de 2020. En su artículo primero, señaló que las autoridades civiles, militares y los particulares, y los tres órdenes de gobierno, estarían obligados a instrumentar medidas preventivas contra la enfermedad. Estas medidas fueron:

- a. Evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella, quienes en todo momento, en su caso, y a manera de permiso con goce de sueldo, gozarán de su salario y demás prestaciones establecidas en la normatividad vigente. Estos grupos incluyen mujeres embarazadas o en periodo de

lactancia, menores de 5 años, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas no transmisibles (personas con hipertensión arterial, pulmonar, insuficiencia renal, lupus, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia hepática o metabólica, enfermedad cardíaca), o con algún padecimiento o tratamiento farmacológico que les genere supresión del sistema inmunológico.

- b. Suspender temporalmente las actividades escolares en todos los niveles, hasta el 17 de abril del 2020, conforme a lo establecido por la Secretaría de Educación Pública.
- c. 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.
- d. Suspender temporalmente y hasta nuevo aviso de la autoridad sanitaria, los eventos masivos y las reuniones y congregaciones de más de 100 personas.
- e. Cumplir las medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas de SARS-CoV-2 (Covid-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas) (DOF, 2020b).

La fecha de publicación del Acuerdo es de interés ya que se dio a conocer días después de que la OMS designó a la enfermedad como una pandemia, ocurrió el 11 de marzo (Ramírez Bañuelos, 2020: 16-17), eran notorias las afectaciones en países asiáticos y europeos, y las medidas que ellos estaban instrumentando. Este documento tuvo una relevancia fundamental para hacer notar a la sociedad la gravedad del problema y tratar de evitar el colapso del sistema hospitalario nacional. No obstante, para muchas personas quedarse en sus hogares resultó muy difícil porque al carecer de ingresos fijos o encontrarse en el sector informal de la economía, resultaba inexorable salir. Una semana después, el 30 de marzo, el CSG publicó un acuerdo que al tiempo que reforzaba al anterior, declaró a la epidemia

por la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor (DOF, 2020d). En abril, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) anunció que se mantenía permanentemente abierta para recibir los trámites vinculados con la autorización de registros sanitarios y trámites asociados de medicamentos y dispositivos médicos en atención a la emergencia sanitaria (Cofepris, 2020). En este mismo mes, la Cofepris junto con otras instituciones (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Protección Civil, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud) publicaron las “Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (Covid-19)” (Secretaría de Salud, 2020e).

Con la finalidad de monitorear el número de casos, se puso en operación el Modelo Centinela, implementado en México por vez primera en 2006 en el contexto de la enfermedad de influenza, donde

[...] la OMS propuso en 2005 utilizar la vigilancia centinela, y México estableció esta estrategia a partir de 2006. La vigilancia centinela consiste en la recolección, integración, verificación y análisis de información epidemiológica, detallada en un reducido conjunto de unidades monitoras. Este modelo es más eficiente que la vigilancia general, porque obtiene información más exhaustiva y detallada con una inversión menor. La mayor riqueza de esta información consiste en hacer análisis más completos y, por lo tanto, orientar mejor las intervenciones de prevención y control (Torre *et al.*, 2010: 5).

El modelo referido se basa en tres componentes: 1. Información proveniente del Sistema Centinela (creado para vigilar las enfermedades respiratorias virales) adaptado para esta pandemia; 2. Información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y 3. Un algoritmo que combina la información de 1 y 2 para estimar el número de infectados por Covid-19 entre todas las personas que buscan atención médica (Ulloa *et al.*, 2020). El modelo recoge información epidemiológica de un número limitado de puntos: 475 unidades monitoras de enfermedades respiratorias de las de 26,000 existentes en México, de manera que lo

que se obtiene es una muestra que se busca sea representativa para estimar el total de personas contagiadas.

Hay algunas críticas al uso que se la ha dado al Modelo Centinela y a la idea, difundida desde algunos espacios oficiales, de que en México se ha aplanado la curva:

La vigilancia centinela es útil en enfermedades emergentes y en lugares donde las condiciones socioeconómicas no permiten tener un sistema de vigilancia mejor [...]. A partir de la pandemia de influenza en 2006 se estableció el “Plan nacional de preparación y respuesta ante la pandemia de influenza” [...], que sentó las bases para el seguimiento cada año de las infecciones respiratorias agudas con énfasis en influenza estacional [...]. Sin embargo, la influenza es una enfermedad que ya conocemos. En cambio, la Covid-19, que se inició en marzo de 2020 en México, es una enfermedad nueva, desconocida para nosotros, sin tratamiento disponible aún y con un índice de contagiosidad mayor que el del SARS-CoV-1 [...]; por ese motivo, quizá el modelo centinela no era la mejor opción de vigilancia para la identificación de nuevos casos.

[...]

Podemos concluir que el aplanamiento de la curva epidémica no se ha logrado y es urgente seguir aplicando las estrategias de mitigación y contención de la pandemia de Covid-19 en la población. El modelo centinela, de la forma en que se ha aplicado para la vigilancia epidemiológica en México, presenta una pérdida importante de información no cuantificada. Es necesario reforzar la vigilancia epidemiológica mediante una mejor estrategia de detección de casos en nuestro país. La llegada del SARS-CoV-2 ha representado un reto sin precedentes para la salud pública de México (Ornelas-Aguirre y Vidal-Gómez-Alcalá, 2020: 762-763).

El uso con modificaciones del Modelo Centinela, empleó la infraestructura de salud desplegada en el país para proporcionar, al igual que ocurrió con la influenza, “[...] información útil a las autoridades de salud pública con objeto de facilitar la planificación de medidas de control e intervención apropiadas, asignar recursos sanitarios y recomendar estrategias para el manejo de casos” (OPS, 2014: 12).

Al no haber, ciertamente, una contabilización de todos los casos, el 8 de abril los responsables de la estrategia contra la pandemia señalaron que el número de confirmaciones tendría que ser multiplicado por un factor de corrección de 8.2 (Presidencia de la República, 2020b; Blanco, 2020) obteniendo así una

aproximación a la realidad de la epidemia. Algunos señalan que, en realidad, el factor de corrección es de 31.3 (Early, 2020). No hay que perder de vista que:

La información estadística derivada de la pandemia de Covid-19 constituye un acervo dinámico de datos, en el que los indicadores van consolidando cifras y evolucionando técnicamente conforme se genera más estadística y se identifican las limitaciones metodológicas, tanto de las fuentes de información como de los procesos que la generan. Estas condiciones imponen la necesidad de que los sistemas de salud pública configuren sistemas de información igualmente dinámicos y robustos que superen las limitaciones técnicas con oportunidad, reporten cifras confiables y realicen estimaciones próximas a la realidad de la epidemia.

La dificultad de contar con elementos estadísticos suficientes y confiables para determinar la etapa en la que se encuentra la curva epidémica tiene implicaciones directas sobre la toma de decisiones (Martínez Soria y Vargas Flores, 2020: 20).

A las críticas por el empleo de este modelo, se sumaron los cuestionamientos por no realizar pruebas masivas para encontrar a personas contagiadas y proceder de acuerdo con los protocolos correspondientes. Incluso, llegó a darse un diferendo entre el gobierno de Jalisco y el subsecretario López-Gatell ya que el gobernador de dicha entidad, Enrique Alfaro, lo acusó de impedir la llegada a México de pruebas rápidas para detectar la enfermedad. Por su parte, la autoridad de salud federal señaló que esas acusaciones carecían de verdad y que las pruebas rápidas no estaban avaladas por los gobiernos estadounidense o canadiense, por lo que no eran competentes (Expansión Política, 2020). Sin embargo, parecía, en realidad, una negativa a la realización de pruebas generalizadas no sólo en Jalisco sino en el país, como una estrategia adicional a la movilidad restringida.

Mientras la evidencia apuntó a la utilidad de las pruebas para conocer el mayor número de casos posibles y establecer así una trazabilidad de los mismos que permitiera aislar a las personas infectadas por el coronavirus, el subsecretario López-Gatell rechazó de forma reiterada —en al menos ocho ocasiones— aplicar más pruebas entre la población de nuestro país. Especialmente en casos sospechosos, al grado de declarar que: “No existe ninguna conexión técnica, científica, lógica y automática entre el número de pruebas y el éxito del control”.

A pesar de la recomendación realizada por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en la rueda de prensa sobre Covid-19, celebrada

el 16 de marzo de 2020, en donde señaló que dicha Organización tenía “un mensaje muy sencillo para todos los países: pruebas, pruebas, pruebas. Hay que hacer pruebas a todos los casos sospechosos”. Por su parte, Carissa Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, declaró que “tenemos la necesidad urgente de ampliar las pruebas”, a fin de que “no tomen las decisiones en la oscuridad. La vigilancia es la herramienta más valiosa para orientar nuestras acciones de salud pública” (Álvarez Máñez y Ramírez Velasco, 2020).

Es cierto, al inicio de la pandemia, la OMS no recomendó la utilización de pruebas rápidas de antígenos para tomar decisiones de salud; sin embargo, conforme avanzaron las investigaciones para detectar el virus en humanos, el director general del organismo Tedros Adhanom, anunció en septiembre de 2020, el envío de 120 millones de pruebas rápidas a países de renta media y baja para ayudar a la detección de casos en zonas de difícil acceso y con el uso de equipo menos sofisticado. Esto fue un paso fundamental para la “socialización” de las pruebas. La elaboración de este tipo de pruebas rápidas, de menor costo, fue resultado de un proceso iniciado en enero con el envío de pruebas PCR a laboratorios en todo el mundo para identificar y rastrear al SARS-CoV-2 (OMS, 2020e). En abril de ese año, el mismo organismo expresó que no era recomendable el uso de pruebas de diagnóstico rápido de detección de antígenos, ya que su fiabilidad dependía de muchos factores. Esta posición cambió al contar con mayores conocimientos sobre el virus.

La OMS fue enfática: “[...] un enfoque sostenido y estratégico de la realización de pruebas permitirá salvar vidas, reducir el riesgo de nuevos repuntes y ayudar al mundo a contener la emergencia de salud pública más grave del siglo XXI hasta la fecha” (OMS, 2020d: 5).

Para mantener la atención a pacientes no relacionados con Covid-19 y evitar una parálisis del sistema de salud mexicano, las autoridades del sector salud y hospitales privados, representados por el Consorcio Mexicano de Hospitales y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, el 13 de abril suscribieron un convenio para que recibieran a derechohabientes de instituciones públicas y del Insabi. Ciento cuarenta y seis hospitales privados en 27 entidades federativas se adherieron al mismo para prestar servicios médicos y hospitalarios de segundo y tercer nivel (atención de parto, embarazo y puerperio; cesáreas; enfermedades del

apéndice; hernias complicadas; úlceras gástricas y duodenal complicadas; endoscopias, y colecistectomías). En la conferencia de prensa del 20 de abril, a propósito de un posible encuentro entre los presidentes de México, López Obrador y de Estados Unidos, Donald Trump, el titular de Poder Ejecutivo mexicano expresó su agradecimiento a su homólogo por los mil ventiladores que Estados Unidos había donado a México para atender a pacientes Covid-19. También refirió que el gobierno chino había enviado un número similar y que el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología iniciaría la fabricación de uno propio y para mayo se estarían fabricando 500 ventiladores semanales (Presidencia de la República, 2020). Era evidente que el apoyo recibido del extranjero y el anuncio de la fabricación de ventiladores nacionales ponía de relieve la tensión que ya tenía el sistema público de salud.

Meses después, en octubre, en el convenio se incluyó que también se atenderían a pacientes con síntomas de Covid-19. Era notorio que la capacidad de los servicios públicos de salud resultaba insuficiente a pesar de que el 29 de marzo inició la reconversión de hospitales para atender pacientes Covid-19. Dos meses más tarde, en el territorio nacional había ya 787 hospitales reconvertidos, junto con la habilitación del Hospital Temporal del IMSS en el Autódromo Hermanos Rodríguez con 300 camas y 35 equipos de respuesta Covid-19. En abril de 2020, el gobierno de la Ciudad de México, la Facultad de Medicina de la UNAM y la iniciativa privada, liderada por la Fundación Slim, establecieron la Unidad Temporal Covid-19 en el Centro CitiBanamex, con 700 camas. Esta unidad fue cerrada el 11 de junio de 2021. Los hospitales temporales no fueron exclusivos de México, sino que se levantaron en todo el mundo ya que la demanda de atención médica rebasó la capacidad instalada en países industrializados y de renta media (BBC News, 2020).

Para evitar que por razones económicas la gente tuviera que incumplir con el confinamiento, surgieron distintas iniciativas para brindar apoyos universales o focalizados (Ramírez López, 2021). Algunas de ellas fueron la iniciativa de Decreto por el que se reforma el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Ingreso Mínimo Vital de Emergencia (Iniciativa, 2020), impulsada por 57 diputados y 12 senadores de distintos partidos políticos, y la de la ley del ingreso mínimo vital de emergencia, impulsada por la diputada

Verónica Beatriz Juárez Piña (2021), del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática.

El ingreso mínimo vital, la renta básica o salario mínimo, como también se conoce a estas transferencias económicas, se aplicaron en distintos países como Argentina (Ingreso Familiar de Emergencia); Belice (Programa de Alivio de Desempleo Covid-19); Brasil (Ayuda de Emergencia); Chile (Ingreso Mínimo Garantizado); Colombia (Ingreso Solidario); Costa Rica (Transferencias Monetarias No Sujetas a Condicionalidad Ordinarias), y España (Ingreso Único Vital). Las Naciones Unidas solicitaron a los gobiernos la puesta en marcha de programas de este tipo para evitar la agudización de las desigualdades y evitar que cerca de 100 millones de personas cayeran en la miseria como resultado directo de la afectación de la Covid-19 (Gray Molina y Ortiz-Juárez, 2020). Si se contabilizan las medidas de apoyo implementadas en la región latinoamericana, se obtiene la siguiente información:

La mayor parte de las intervenciones implementadas como respuesta a la pandemia fueron transferencias monetarias (111), seguidas de subsidios a salarios (26) y vouchers (23). Según el tipo de innovación, las respuestas más frecuentes fueron intervenciones nuevas (154), seguidas por las expansiones verticales (26) y las horizontales (19). La cobertura de los programas, entendida como la suma de beneficios individuales de todos los programas entre el tamaño de población, tuvo una media entre países de 37.4%. No obstante, las diferencias son amplias: en uno de los extremos están Bolivia y Chile con coberturas del 129.3% y 77.3% respectivamente (como una persona podía recibir más de un programa y la cobertura es la suma de beneficios individuales entre población, en el caso boliviano, por ejemplo, se excede el 100%), mientras que en el otro están países como Nicaragua con una cobertura de 0% por no implementar intervención alguna, o México, con un único programa que benefició a un escaso porcentaje de su población (0.02%). El monto estimado del total de transferencias como porcentaje del PIB fue en promedio entre países, de 1.4%, con Chile y Bolivia nuevamente con los porcentajes más altos con 7.7% y 7.4% respectivamente y, una vez más, México y Nicaragua con los más bajos (Cejudo, Cobos, Michel y Ramírez, 2021: 5).

El gobierno mexicano se rehusó a brindar ayudas de este tipo a amplias capas de población. Esta decisión obedeció a la política de restricción del gasto y de no endeudamiento. Detractores de su política económica, como Carlos M. Urzúa,

quien al inicio del sexenio fuera secretario de Hacienda y Crédito Público, declaró que “El gobierno debería ayudar al sector privado lo más que pueda, de otra forma el producto interno bruto de México podría caer hasta en un 10%, lo cual sería una catástrofe” (Ahmed, 2020). Santiago Levy, quien fue considerado para ocupar la titularidad de dicha secretaría y también responsable del diseño del programa antipobreza Progres- Oportunidades, sugirió que la política económica tenía que ser reestructurada con base en tres objetivos: minimizar los costos humanos de la pandemia sobre la población; reducir el impacto regresivo de la crisis con acciones que protejan los ingresos de los trabajadores, especialmente los pobres; y preservar la estabilidad macroeconómica y la capacidad de retomar el crecimiento una vez que la crisis económica derivada de la pandemia hubiera concluido.

Siempre es difícil reajustar los planes de gobierno rápidamente, sobre todo cuando implican un giro radical. Todo gobierno tiene objetivos legítimos en materia de programas de infraestructura, de desarrollo rural y regional, y otros. Aquí no se propone que esos objetivos se abandonen, sino que se pospongan, haciendo un reconocimiento explícito de que, a raíz del drástico cambio en el contexto mundial, posponerlos es la mejor manera —tal vez la única— para poder alcanzarlos más adelante. Mientras más rápido se reconozca esto y, en paralelo, se comunique de forma creíble a los mercados, menores serán los costos económicos derivados de la percepción de confusión y falta de entendimiento de la gravedad de la situación (parte de la extrema volatilidad que se está viviendo en los mercados financieros en Estados Unidos en los últimos días deriva de la percepción de que el gobierno de EE.UU. no tiene —o al menos no tenía hasta hace muy poco— una percepción clara del tamaño y naturaleza del reto, y no había expresado una respuesta articulada y coherente) (Levy, 2020).

La decisión de no otorgar apoyos generalizados a la población por medio de la deuda pública por parte del gobierno federal obedece a la política económica que desde el inicio del sexenio, en 2018, ha seguido: no contratar una deuda excesiva. Aunque, por el propio freno de la economía internacional (Ibarra, 2021: 14-21), el recurso a ese instrumento resultó inevitable, al menos para algunos actores de la iniciativa privada, lo que no obstante, repercutió en las finanzas públicas (Morales Pelagio y Vera Martínez, 2022: 233-246), incluso, se dio la contratación de deuda: “En cuanto al nivel de endeudamiento neto interno se autorizó la contratación de 700 mil millones de pesos, mientras que para endeudamiento neto externo se

aprobó la contratación de 5 mil 200 millones de dólares, montos que en la práctica representan el tamaño en que crecerán ambas modalidades de deuda para 2021” (Vargas Mendoza, 2021: 33). La circunstancia económica mexicana ha hecho que, con cuidado, se tenga que contratar deuda para paliar los efectos del mal desempeño económico producido tanto por causas endógenas como exógenas.

El desempeño de la economía mexicana en el marco del funcionamiento de la economía mundial no ha sido muy distinto a la dinámica observada por el resto de los países, porque durante 2020 fue junto con el Reino Unido de las economías más golpeadas por la crisis mundial, dado que su PIB cayó en 8.2% [...]. Durante el primer trimestre de 2021 tuvo un desempeño negativo porque cayó en 3.8% y para el segundo trimestre creció en 19.9% y para el cuarto trimestre en 1.1, que mostraba la desaceleración en curso [...].

El bajo comportamiento de la economía mexicana no sólo es el resultado de la conjunción de la crisis económica y sanitaria mundial, sino también por los viejos problemas estructurales que arrastra desde hace décadas, como la baja productividad laboral, la dependencia estructural con Estados Unidos, la crisis fiscal histórica, la carencia de un núcleo tecnológico propio, la corrupción, la violencia social y de Estado, la desarticulación de la industria con la agricultura, el papel parasitario de los monopolios, etc. [...] que se conjunta con la huelga de inversiones que mantienen los grandes empresarios privados desde 2018 [...] (Vargas Mendoza, 2022: 38).

Sobre el debate endeudarse o no, Gerardo Esquivel, quien fuera subgobernador del Banco de México, escribió:

Existe un cierto debate sobre si el gobierno mexicano debería endeudarse o no para hacer frente a esta crisis. En mi opinión, este es un debate inútil y, sobre todo, equívoco. La deuda pública, medida como porcentaje del PIB, va a aumentar de manera irremediable como resultado de la crisis. Lo anterior se debe a que el cociente $(\text{Deuda}/\text{PIB}) = (\text{Deuda Interna} + \text{Deuda Externa} * \text{Tipo de Cambio})/\text{PIB}$. Así, este cociente va a aumentar inevitablemente como resultado de dos factores: por el aumento del tipo de cambio (lo que aumenta la deuda externa expresada en pesos) y por la caída del denominador (el PIB).

Por lo tanto, en vez de preguntarnos si deberíamos endeudarnos o no, lo que tendríamos que plantearnos es qué deberíamos estar haciendo para enfrentar de mejor manera esta situación y, una vez planteado esto, investigar cuánto nos costaría lograr alcanzar un objetivo razonable en esta dimensión.

Una cosa más con respecto al programa de emergencia económica: ha habido quien ha sugerido endeudarse de forma despreocupada, como si no hubiera mañana; otros han llegado a sugerir la instrumentación de una renta básica universal, la cual es inviable no solo ahora sino incluso en el futuro cercano.

Esta visión es incorrecta precisamente porque lo que se quiere es que sí haya mañana. Y mañana, como se sabe, deberá pagarse el endeudamiento de hoy. Además, los países emergentes se enfrentan a restricciones que no tienen los países desarrollados. Por eso no podemos esperar acciones de envergadura similar a las realizadas por estos (Esquivel, 2020: 138-139).

La fase siguiente, la tres, fue informada en la conferencia matutina del Presidente de la República el 21 de abril por el subsecretario López-Gatell. En ella, se extendió la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo, y se amplió hasta esa fecha, la suspensión de actividades no esenciales, buscando mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2. En esa misma conferencia, se planteó que los municipios en donde se registrara una baja o nula transmisión del virus podrían reactivar algunas actividades el 18 de mayo. En esta fase, se publicó el “Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican” que generó polémica ya que estableció una contracción de 75% del gasto del gobierno federal en servicios generales y materiales, como en suministros, y la reducción “voluntaria” de hasta 25% de los salarios de los “altos servidores públicos” (según el decreto, esa categoría —inexistente en la Ley Orgánica de la Administración Pública o en algún otro ordenamiento—, comprende desde subdirector hasta Presidente de la República) y también la renuncia, de sus aguinaldos o de alguna otra prestación de fin de año (DOF, 2020f).

La cuarta fase, de desescalada de las medidas —que no correspondió a una disminución de contagios o fallecimientos—, ocurrió a partir del 1 de junio con la puesta en operación de un semáforo de cuatro colores que indicó las actividades que podían realizarse de acuerdo con las condiciones de la pandemia en cada entidad federativa y siguiendo lineamientos técnicos de seguridad sanitaria (Merino Huerta, Hernández Colorado, Morales Canales y Guerra Osorno, 2021:

60). Concluía la Jornada Nacional de Sana Distancia e iniciaba el oxímoron de la “nueva normalidad” (Álvarez-Arana y Velázquez Toledo, 2020: 212).

No puede omitirse el papel que el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el Consejo de Salubridad General tuvieron como mecanismos de coordinación de las acciones tanto con las 32 entidades federativas, como con acciones intersecretariales, instituciones de salud e instituciones académicas (PNUD, 2020a: 27-28).

Las autoridades sanitarias respondieron a la enfermedad en el marco de sus atribuciones y capacidades, pero lo que quedó claro es que las decisiones y mensajes estaban centralizados. La muestra son las expresiones matutinas del Presidente cuando dijo que la enfermedad era menor, minusvalorando su potencial catastrófico tanto para la salud de las personas como para las instituciones del sector hasta recomendar el confinamiento, además de sobreestimar la capacidad de los sectores de salud federal y estatales. El 28 de enero dijo: “Es nuestro país, afortunadamente, de los países más preparados y con menos riesgos por la afectación de este virus, para que estemos tranquilos, desde luego atentos, pero tranquilos”; a finales de ese mes mencionó: “No debe de haber alarmas, se piensa que no es tan dañino, tan fatal este virus llamado coronavirus [...]”. Un mes después, volvió a expresar que México contaba con la capacidad para “[...] enfrentar el coronavirus.” Contrario a la recomendación de la OMS de mantener una distancia entre personas de 1.5 a 2 metros para evitar la transmisión del virus, el titular del Poder Ejecutivo expresó el 4 de marzo: “Miren, lo del coronavirus, eso de que no se puede uno abrazar; hay que abrazarse, no pasa nada.” Para el 13 de marzo, el Presidente cambió ligeramente su postura con relación a los abrazos y manifestó que si no se podían dar físicamente que fueran con la mente (Badillo, 2020; González Díaz, 2020).

Cuando los casos de Covid-19 comenzaron a aparecer en México la primavera pasada [de 2020], la respuesta de AMLO rozó la negación. Es cierto que implementar un confinamiento estricto habría resultado difícil en un país donde la mayoría de la población vive del trabajo informal. «No puedo dejar de trabajar», comentó a periodistas un vendedor de hamburguesas. «Si no vendo, no como. Así de simple». No obstante, el hecho de que AMLO mantuviera sus actividades demostró lo poco que le preocupaba la propagación del virus. Al comienzo, no modificó su práctica habitual de viajar por el país,

lo cual lo puso en contacto con miles de sus seguidores. También divulgó desinformación que pudo haber costado vidas. A fines de marzo, durante una de sus conferencias diarias matutinas, sacó a relucir un par de «amuletos» y dijo que lo protegerían a él y al país de la pandemia. Incluso después de haberse contagiado y recuperado de Covid-19 a principios de 2021, AMLO decidió no utilizar mascarilla en público (Bravo Regidor, Iber y Beck, 2021).

Una de las posiciones más controversiales del presidente mexicano es su rechazo al uso del cubrebocas. Si bien es cierto al inicio de la pandemia la OMS sólo recomendó su utilización para personal sanitario, para junio de 2020 el organismo multilateral extendió dicha recomendación a la población en general (Pérez, 2021). Unos meses antes de este anuncio, el 2 de marzo, ante la escasez de solución hidroalcohólica, desinfectantes y cubrebocas, el subsecretario López-Gatell dijo en la conferencia de prensa:

El uso de cubrebocas, ahí tiene usted uno en la mano. Estos cubrebocas sencillos, clásicos, que se pueden vender en los supermercados, en las tiendas, etcétera, no sirven para protegernos, que todo mundo lo sepa.

Si yo me pongo un cubrebocas de estos convencionales, no me disminuye notoriamente el riesgo de que yo pueda adquirir, no sólo coronavirus, influenza, catarro común, metapneumovirus, más de 100 o 200 virus que existen todos los días en todas partes del país y del mundo.

Entonces, comprar este tipo de cubrebocas actúa como un mecanismo de tranquilización que uno busca, también es parte de la naturaleza humana ante la incertidumbre, yo me protejo, pero sepan ustedes que no hay evidencia científica que muestre que realmente sirve.

Lo que sí sirve, y hay que decirlo, quien esté enfermo, quien tenga tos, fiebre, estornudos, ayuda a los demás, ayuda a la familia si se pone uno de esos cubrebocas porque entonces cuando le venga el acceso del estornudo va a ser fácil que ese estornudo se tape. Lo mismo los geles y los desinfectantes de superficies (Presidencia de la República, 2020a).

Ciertamente, en el momento en que declaró lo anterior, la OMS no recomendaba el uso generalizado de la mascarilla; no obstante, es pertinente mencionar que su opinión sobre el no uso del cubrebocas se mantuvo durante varios meses y después del anuncio de la OMS, manifestó que no se implementaría su uso obligatorio ya

que el cubrebocas sólo era un auxiliar para disminuir la transmisión de la enfermedad (Redacción, 2021). El presidente López Obrador enfermó de Covid-19 dos veces y ha mantenido su posición de no utilizarlo. Por supuesto, no es el único líder que rechaza su uso, también están Jair Bolsonaro, quien fuera presidente de Brasil durante los años más agudos de la pandemia, y Trump.

[...] son muy pocos los gobernantes que rechazan el uso del cubrebocas. Destacan por su rebeldía López Obrador, el expresidente estadounidense Donald Trump, y el líder brasileño Jair Bolsonaro.

Después de haber experimentado una convalecencia de 14 días, López Obrador apareció de nuevo en público, el pasado lunes, con un discurso adverso a cualquier revisión de su política previa sobre el uso de la mascarilla.

El rechazo al cubrebocas no solo es una equivocación médica, sino la propagación masiva de esa equivocación. Se trata de un mensaje tóxico porque refuerza la idea que muchos tienen respecto a su falsa inmunidad, muy en particular los varones.

Ciertamente la mayoría de las muertes por coronavirus son de varones, dato que coincide con que los hombres son quienes desestiman mayoritariamente el uso del cubrebocas. Este es un claro ejemplo de lo que el feminismo llama masculinidad tóxica (Raphael, 2021).

Ciertamente, no sólo los gobernantes mencionados se reusaron a utilizar cubrebocas, muchas personas también prescindieron de ellos al considerar que no eran útiles para prevenir el contagio. Sin embargo, cuando se descubrió el virus tenía una alta propagación aérea (“[...] la transmisión aérea es particularmente virulenta, particularmente a través de los aerosoles nacientes de la atomización humana, que representa la ruta dominante para la transmisión de la enfermedad” [Zhang *et al.*, 2020: 14863]), las circunstancias cambiaron. Junto con las medidas de lavado frecuente de manos, evitar tocarse los ojos, boca o nariz con las manos sucias, utilizar el estornudo de etiqueta y, por supuesto, la distancia entre personas, el cubrebocas se volvió un elemento central para frenar la dispersión del virus:

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, indican el uso del tapabocas como una medida de protección hacia los demás, ya que ahora se sabe que una proporción importante de la población que son portadores asintomáticos (40%) o presintomáticos está transmitiendo el virus [...]. En este grupo hay que incluir a los niños, que pueden cursar con o sin síntomas, pero con

una carga viral mucho mayor que la reportada en enfermos graves [...] (Fortoul van der Goes, 2020: 3).

Es preciso reiterar que la OMS, como se mencionó antes, al inicio de la pandemia solamente recomendaba el uso de mascarillas para el personal de salud, situación que cambió en junio de 2020 cuando la recomendación se hizo extensiva a la población en general. El empleo de este mecanismo de barrera es doble: se protege a los demás de un contagio y el portador reduce su exposición al virus (OMS, 2020c). La OMS (2020f: 3) publicó las siguientes recomendaciones para el uso de cubrebocas:

- Higienice las manos antes de ponerse la mascarilla.
- Compruebe que la mascarilla no esté rasgada ni perforada y no utilice una mascarilla dañada.
- Colóquese la mascarilla con cuidado y asegúrese de que cubre la boca y la nariz; ajústela al puente nasal y átela firmemente para minimizar cualquier intersticio entre la cara y la mascarilla. Si la sujeta con un lazo a las orejas, asegúrese de que el cordel no se entrecruce, ya que ello podría ampliar cualquier intersticio entre la cara y la mascarilla.
- Procure no tocar la mascarilla mientras se la coloca. Si la toca accidentalmente, higienice sus manos.
- Retire la mascarilla de manera apropiada. No toque la parte anterior de la mascarilla; más bien suéltela desde atrás.
- En cuanto la mascarilla se humedezca, reemplácela por una nueva, limpia y seca.
- Deseche la mascarilla o póngala en una bolsa plástica limpia con cierre hasta que la pueda lavar y limpiar. No ponga la mascarilla alrededor del brazo o la muñeca ni la baje al mentón o al cuello.
- Higienice sus manos inmediatamente después de desechar la mascarilla.
- No reutilice una mascarilla de un solo uso.
- Elimine las mascarillas de un solo uso después de cada uso y deshágase de ellas de manera apropiada inmediatamente después de quitárselas.
- No se quite la mascarilla para hablar.
- No comparta su mascarilla con otras personas.

- Lave las mascarillas de tela con jabón o detergente y, preferentemente, con agua caliente (por lo menos 60° Centígrados/140° Fahrenheit) al menos una vez al día. Si no es posible lavar las mascarillas en agua caliente, lávelas con jabón o detergente y agua a temperatura ambiente, y luego hiérvala en agua durante 1 minuto.

En un artículo escrito, entre otros, por Mario Molina, la conclusión es clara con relación a la importancia del uso del cubrebocas, la irrefutable evidencia del contagio por partículas aéreas y la necesaria importancia de la ciencia al momento de tomar decisiones:

We conclude that wearing of face masks in public corresponds to the most effective means to prevent interhuman transmission, and this inexpensive practice, in conjunction with extensive testing, quarantine, and contact tracking, poses the most probable fighting opportunity to stop the Covid-19 pandemic, prior to the development of a vaccine. It is also important to emphasize that sound science should be effectively communicated to policy makers and should constitute the prime foundation in decision-making amid this pandemic. Implementing policies without a scientific basis could lead to catastrophic consequences, particularly in light of attempts to reopen the economy in many countries. Clearly, integration between science and policy is crucial to formulation of effective emergency responses by policy makers and preparedness by the public for the current and future public health pandemics (Zhang *et al.*, 2020: 14863).

Las declaraciones triunfalistas siguieron a lo largo de 2020 y en junio llegó a decir que la curva de contagios se había contenido, “aplanado” (Ángeles Rivero, 2020). Con datos oficiales se puede señalar que no ocurrió. El 25 de junio, cuando se dijo que ya se había aplanado la curva, se registró una tendencia claramente positiva con 202,951 casos acumulados y 25,060 defunciones (Redacción, 2020).

En septiembre de 2020, AMLO predijo que lo peor ya había pasado. Pero a fines de 2020, los casos se dispararon y alcanzaron un pico a finales de enero de ese año. Emergió un mercado negro de tanques de oxígeno para aquellos que intentaban cuidar de familiares enfermos que no querían o no podían acceder a los hospitales públicos. Según datos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entre 32 y 85 millones de mexicanos contrajeron el virus (en un país con casi 130 millones de habitantes). México tiene el índice de testeos más bajo de las Américas y la tasa de positividad más elevada.

Hacia fines de abril, el gobierno informó aproximadamente 212,000 muertes por Covid-19. Con la décima población mundial, el país se ubicó tercero en número de muertes a escala mundial, solo por debajo de Estados Unidos y Brasil. Pero el «exceso de muertes» revela, comparado con años anteriores, que las cifras oficiales subestimaron enormemente el costo para México: a mediados de diciembre, los fallecidos sumaban 417,000 (Bravo Regidor, Iber y Beck, 2021).

LAS VACUNAS

Así como ocurrió con la carrera espacial, el desarrollo de una vacuna contra la Covid-19 hizo que las potencias iniciaran una competencia por demostrar la capacidad de sus desarrollos tecnológicos y la pericia de su personal científico. Lo cierto es que la ciencia requiere del intercambio y eso quedó demostrado con las vacunas ya que la comunidad científica global realizó una comunicación tan intensa, pocas veces vista, para hacer frente a un enemigo que ponía en riesgo la continuidad de la vida asociada tal como se conoce.

Por instrucciones del Presidente de la República, la Secretaría de Relaciones Exteriores, en colaboración con la Secretaría de Salud, serían las encargadas de generar los acuerdos que permitieran la adquisición o donación de vacunas para la población mexicana. El 13 de octubre de 2020 se firmó el contrato de precompra de vacunas con AstraZeneca, CanSino Biologics y Pfizer (SRE, 2020). Estos contratos eran adicionales al anticipo pagado en el marco del mecanismo internacional COVAX.^[4] A esas cuatro marcas se han sumado los contratos con Sputnik V y Sinovac. Además, México ha tenido acceso a vacunas de Moderna y Janssen por las donaciones que ha realizado el gobierno de Estados Unidos. La Cofepris autorizó en distintas fechas, para uso de emergencia, las siguientes vacunas, aunque no todas son aplicadas:

Tabla 1
Fechas de autorización de las vacunas en México

Fecha de autorización	Vacuna
11 de diciembre de 2020	Pfizer
4 de enero de 2021	AstraZeneca
8 de febrero de 2021	CanSino
9 de febrero de 2021	Sputnik V
9 de febrero de 2021	Sinovac
6 de abril de 2021	Covaxin
27 de mayo de 2021	Janssen
17 de agosto de 2021	Moderna
26 de agosto de 2021	Sinopharm

Fuente: Elaboración propia con datos de Ortega (2021).

Para acometer la importante tarea de vacunar a la población mexicana, el gobierno federal publicó el 8 de diciembre de 2020 la *Política nacional de vacunación contra el Virus SARS-CoV-2, para la prevención de la Covid-19 en México*, cuya última actualización es del 13 de diciembre de 2021. Los objetivos de esta política son (Gobierno de México, 2020: 13):

- Vacunar a las personas más susceptibles a desarrollar complicaciones por Covid-19, incluyendo a embarazadas de 12 años y más a partir del tercer mes de embarazo y a menores de edad entre 12 y 17 años que vivan con alguna comorbilidad que incremente su riesgo.
- Reducir el número de hospitalizaciones y muertes.
- Facilitar la reapertura económica y regreso a las actividades normales.
- Vacunar entre el 70% y 80% de la población en México para buscar generar inmunidad de grupo.

La política de vacunación se integró con base en las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19, creado el 18 de agosto de 2020, que ha sugerido que la vacunación se realice con cuatro ejes: el primero de ellos es la edad, ya que es el principal factor de riesgo para la hospitalización y la muerte; el segundo eje son las comorbilidades (enfermedades cardiometabólicas, inmunológicas e infecciones crónicas). Los grupos de atención prioritaria y el

comportamiento de la epidemia son los ejes tres y cuatro, respectivamente (Gobierno de México, 2020: 17-18). El personal sanitario, como la población mexicana, también han sido segmentado en tres categorías para recibir la vacuna:

1. Primera línea de atención: personal de salud que tiene contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados de Covid-19. Incluye no sólo el contacto con los pacientes sino también con muestras biológicas y espacios ocupados por los pacientes. Se clasifican con alto nivel de exposición al virus. El uso correcto de equipo de protección personal es vital para mitigar el riesgo, pero sigue siendo muy alto.
2. Segunda línea de atención: personal de salud que tiene contacto con pacientes con otras enfermedades y no son sospechosos de Covid-19, y que dada la dispersión comunitaria del virus SARS-CoV-2, pueden estar en un momento presintomático y por lo tanto transmitir la infección. Su nivel de exposición es medio, pues pueden enfrentarse a personas en periodo presintomático. El uso correcto de equipo de protección personal reduce de forma importante su riesgo.
3. Tercera línea de atención: personal de Salud que no tiene contacto con pacientes y por lo tanto su riesgo es similar al de la población general o cualquier otro sector económico de servicio. El riesgo es bajo de exposición al virus (Gobierno de México, 2020: 30).

A la vez, existen once subgrupos laborales que atienden el cuidado, al interior o afuera de las instituciones de salud con potencial exposición a personal, pacientes o material potencialmente contaminado con el virus SARS-CoV-2: 1. Enfermería; 2. Inhaloterapia; 3. Medicina; 4. Laboratorio; 5. Radiología; 6. Camillería; 7. Limpieza e higiene; 8. Operación de ambulancias; 9. Manejo de alimentos; 10. Asistentes médicos y 11. Trabajo social (Gobierno de México, 2020: 30-31).

De acuerdo con la *Política nacional de vacunación*, las dosis contratadas son las siguientes:

Tabla 2
Dosis contratadas por el gobierno mexicano

Laboratorio	Dosis contratadas
Pfizer	50'402,040
CanSinoBio	35'100,000
Sinovac	20'000,000
Sputnik V	24'000,000
Serum India Institute (AstraZeneca)	2'030,000
Mecanismo COVAX	51'573,200
AstraZeneca	77'400,000
Dosis contratadas totales	260'505,240

Fuente: Gobierno de México (2020: 24).

Hasta el 13 de diciembre de 2021, se habían recibido en el país 185 millones 897 mil 185 dosis de las siete diferentes vacunas en México. La logística de la vacunación, según el documento rector, se estableció por cuatro etapas: Primera: diciembre 2020-febrero 2021; Segunda: febrero-mayo 2021; Tercera: mayo-junio 2021; Cuarta: junio-julio 2021 y Quinta: julio 2021-marzo 2022. El lugar en donde fueron aplicadas se denominó cédula de vacunación y, al menos, debió tener tres integrantes: dos de enfermería o personal capacitado como vacunador y una persona capturista de datos.

Para acelerar el número de personas vacunadas y llegar a zonas remotas, se estableció, de conformidad con la *Política nacional de vacunación*, la estrategia federal “Operativo Correcaminos”, por medio de brigadas especiales integradas por 13 personas: 2 servidores de la nación y 2 promotores de programas sociales como “Sembrando vida”, “La escuela es nuestra” o “Becas Benito Juárez”; 4 miembros de las fuerzas armadas pertenecientes a la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina o la Guardia Nacional, un responsable del área médica para la vigilancia y supervisión de los componentes técnicos de los procesos de vacunación; 2 personas capacitadas como vacunadoras y 2 voluntarios de la sociedad civil. Hay que destacar que esta estrategia tuvo como coordinador general al Presidente de la República y existieron 32 coordinadores estatales.

Las segundas dosis están contempladas en la *Política nacional de vacunación*. Cinco de las vacunas contempladas en México requieren una dosis adicional (Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Sputnik V, Sinovac y Moderna). Finalmente, con relación a las dosis de refuerzo, se menciona que “[...] la evidencia sigue siendo limitada y aún no concluyente sobre cualquier necesidad generalizada de dosis de refuerzo después de una serie de vacunación primaria [...]” (Gobierno de México, 2020: 52). Esto ha quedado superado puesto en 2022 se ha iniciado la aplicación de dosis de refuerzo para combatir la variable ómicron (B.1.1.529). Esto no significa que las dosis del esquema original no sirvan. Sino que este esquema tiene efectividad para prevenir cuadros graves, pero dicha efectividad se reduce con el tiempo, en particular en personas de 65 años o más (CDC, 2022).

La estrategia de vacunación del gobierno mexicano no ha estado exenta de polémica. Se ha dicho que se busca utilizar el plan de vacunación como un instrumento electoral y clientelar (Zerega, 2021). Además, a diferencia de lo que ocurre en otros países, en 2020 y 2021 México no inició la vacunación en infancias (Infobae, 2021). La vacunación de niñas y niños también fue objeto de polémica. En la actualidad, el gobierno federal ha autorizado la inmunización de niños de 5 a 11 años con la vacuna Pfizer-BioNtech, que fue autorizada en marzo de 2022 por la Cofepris (Secretaría de Salud, 2022; López, 2022). La vacunación del grupo pediátrico ha resultado muy importante ya que, si bien, en este sector hay una menor cantidad de casos graves, hospitalizaciones y fallecimientos, pero no están exentos, muestra de ello es que al 22 de agosto de 2021 se han acumulado 156,990 casos en niños (Aragón-Nogales y Miranda-Novales, 2021: 89).

Decidir vacunar o no a niños es una decisión compleja y múltiple, en tanto que se toman en cuenta factores científicos, políticos, éticos, epidemiológicos y económicos. Entre los argumentos a favor y en contra se encuentran:

Tabla 3
Argumentos a favor y en contra de la vacunación pediátrica

Crterios	A favor	En contra
Carga de enfermedad	Aunque globalmente la carga de enfermedad en niños es baja, ésta no es cero.	El beneficio directo de la vacunación es muy limitado y la mayoría de los casos graves se producen en niños con comorbilidades y/o factores de riesgo.
	El síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a SARS-CoV-2, aunque poco frecuente, es grave.	No sabemos aún si la vacunación previene el síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a SARS-CoV-2.
Funcionales	Facilitar la vida sin interferencia de los niños, reduciendo cuarentenas, permitiendo movilidad, rebajando la intensidad de otras medidas.	Podría protegerse esta funcionalidad con otras medidas que tengan en consideración la peculiaridad del niño.
	No vacunarles, si existe la opción, no garantiza la equidad.	Vacunar a los niños fomenta inequidad ya que existen otros grupos que son más prioritarios y el suministro global de vacunas es limitado.
Equidad-morales	Rebajar los criterios mínimos de inclusión de vacunas en el calendario infantil debe favorecer la inclusión de otras vacunas más prioritarias.	La vacunación Covid-19 sigue una línea de financiación independiente de las otras vacunas, pero puede postergar aún más la inclusión de otras vacunas más prioritarias en niños.
	Posible impacto sobre la transmisión de la enfermedad y contribución a la protección indirecta.	Pocos datos objetivos para justificar el impacto sobre transmisión, particularmente por debajo de los 9-10 años de edad.
Post-covid y/o otras secuelas	El posible beneficio de la vacunación en la prevención del Covid-19 prolongado pediátrico.	No hay evidencias claras sobre la prevalencia de Covid-19 prolongado en niños, ni que su dimensión sea comparable a la del adulto, ni de que la vacuna pudiese evitarlo.
	La posibilidad de que existan otras secuelas aún no identificadas.	No se han identificado nuevas secuelas y existen ya grandes series pediátricas.
Económicos	Acelerar el retorno a la actividad y estabilidad pre-pandémica.	Priorizar los recursos en esta vacuna, retrasa la introducción de otras vacunas.
Seguridad	Las vacunas son seguras. La miopericarditis observada en vacunados mayores de 12 años es autolimitada y benigna, y no se ha observado hasta la fecha en el grupo de 5 a 12 años.	La miopericarditis en niños vacunados asociada a la vacunación, aunque rara, se ha observado en niños vacunados mayores de 12 años, y puede interferir en la confianza de la población en ésta y otras vacunas.
Anticipación a la aparición de nuevas variantes	Ante una eventual aparición de variantes que pudiesen ser específicamente nocivas en niños, que los niños estuviesen ya vacunados les protegería.	Hasta la fecha ninguna nueva variante ha demostrado actividad diferenciada en el niño, ni tiene por qué ser así.
Endemicidad	En un contexto de endemicidad, dejar a los niños sin vacunar y dejarlos como reservorio podría generar nuevas variantes.	Considerando que la enfermedad es leve en niños, dejarlos como reservorio facilitaría que la primo-infección fuese leve y que los adultos tuviesen refuerzos inmunitarios naturales.

Fuente: Elaboración propia con datos de Martín-Torres (2022: 6).

Con todo, la presión de la opinión pública, como también los hallazgos científicos hicieron que la vacunación contra Covid-19 se extendiera a la población infantil. Esto ha significado reducir las tensiones del sistema de salud pública para menores y brindar certidumbre a madres, padres, tutores o responsables de las niñas y de los niños.

CONCLUSIONES

Ningún gobierno del mundo estaba listo para enfrentar una situación como la pandemia por Covid-19. La emergencia rebasó la capacidad hospitalaria de los países, puso a prueba a las instituciones y los gobernantes tuvieron que ofrecer respuestas integrales, creativas y heurísticas para contener los contagios, evitar fallecimientos, y brindar a los pacientes posibilidades adecuadas de recuperación.

Por supuesto, la ciudadanía también fue puesta a examen en su capacidad de resiliencia, responsabilidad y solidaridad.

En términos generales, las decisiones tomadas por los gobiernos de los Estados para hacerle frente a la pandemia son comunes: restringir algunos derechos, como el de movilidad, por medio de distintas determinaciones (cuarentenas obligatorias, cuarentenas no obligatorias o limitación de aforos sin confinamiento), compra de equipos e insumos médicos y de atención hospitalaria, y campañas de prevención. El gobierno mexicano no fue la excepción.

Al revisar las acciones puestas en marcha por el gobierno mexicano, se advierte un acierto en el manejo de la pandemia en su inicio, al poner en operación una respuesta anticipada, y por los lazos de colaboración con organismos multilaterales y con países para realizar adquisiciones y donaciones de equipos médicos y de protección personal.

Ciertamente, la autoridad pública federal buscó disminuir la gravedad de la pandemia, muestra de ello fue la Jornada Nacional de Sana Distancia, sin embargo, como se mencionó en este trabajo, fue una norma imperfecta ya que no existieron medidas que obligaran su cumplimiento. De esta forma, el gobierno de la República delegó en el sujeto la responsabilidad de no contagiarse apelando a sus valores y sentido de comunidad. La política de no tener acciones que limiten las libertades de los sujetos, es de destacarse en las democracias y en circunstancias normales, no obstante, los gobiernos pueden apelar a la restricción bien definida geográfica y temporalmente de algunos derechos, tal como lo establece la Constitución mexicana y diversos instrumentos internacionales, en circunstancias extraordinarias (Torres Alonso, 2020: 27-41).

Las cifras oficiales de contagios y fallecimientos fueron contradichas por un sector de la sociedad civil y por los medios de comunicación, a partir del factor de corrección, referido en este trabajo, tanto por la autoridad sanitaria como por investigadores independientes. La guerra mediática entre unos y otros reflejó la polarización existente desde antes de la pandemia, resultado de la narrativa de “La Cuarta Transformación” impulsada por el Presidente de la República, lo que generó incertidumbre en la sociedad. Además, los mensajes contradictorios entre lo que se anunciaba por las autoridades (por ejemplo, uso de cubrebocas) y lo que se veía (reuniones públicas sin la protección facial) generaba un mensaje confuso. Por supuesto, algunas de las críticas al manejo de la pandemia provenían de sectores

políticos ideológicamente opuestos al gobierno en turno, lo que hacía que, si bien sus críticas pudieran no ser incorrectas, reflejaban una posición de confrontación con la autoridad e, incluso, su partido. De esta forma, es preciso decir que algunas críticas tuvieron, en efecto, una intencionalidad política y electoral, pero también, las acciones gubernamentales contra la pandemia lo tuvieron. No tanto por el impacto de hacer o no determinadas cosas, sino por la forma de hacerlas y anunciarlas (por ejemplo, utilizando la conferencia presidencial matutina).

En medio de la crisis, el gobierno mexicano se ha negado a detener la inversión en los grandes proyectos de infraestructura como el Aeropuerto “Felipe Ángeles”, la refinería “Dos Bocas” y el Tren Maya. Algunos sectores de la sociedad civil solicitaron frenar momentáneamente su desarrollo y reconducir los recursos a la atención de la emergencia sanitaria y cuando esta hubiera pasado, continuar con las obras mencionadas. La presión a la que ha estado sometido el gobierno desde el 2020 ha hecho que, por momentos, en las declaraciones de los funcionarios aparezca un desprecio hacia las voces críticas o las que disienten. En medio de la adversidad, atender a quienes piensan distinto es necesario para mantener la gobernabilidad y brindar una sensación de certidumbre.

La pandemia, como se dijo, puso a prueba a las instituciones, gobernantes y a la sociedad. El examen para cada uno es distinto, pero tiene elementos compartidos: la capacidad para mantener la convivencia pacífica. Las instituciones, al respecto, ofrecieron su capacidad de resistir la enfermedad con su continuidad. La clase gobernante, por su parte, actuó con base en sus propias creencias y objetivos. El rechazo a las opiniones médicas y científicas de grupos no alineados a ellos manifiesta una decisión de no modificar las estrategias asumidas como válidas. Esto es verificable al revisar las conferencias matutinas del Presidente como las vespertinas a cargo del representante del sector salud. Finalmente, la sociedad pasó de una situación de escepticismo y miedo, a una en donde la mayoría de las personas ha aprendido a vivir en un contexto de riesgo.

FUENTES CONSULTADAS

Ahmed, Azam (2020). “El presidente de México se rehúsa a gastar en grande para amortiguar el impacto del coronavirus”. *The New York Times*, 8 de junio [en línea]. Disponible en

<<https://www.nytimes.com/es/2020/06/08/espanol/america-latina/mexico-amlo-deuda-coronavirus.html>> (consulta: 7 de enero de 2022).

Álvarez Máynez, Jorge y Juan Manuel Ramírez Velasco (2020). “La denuncia contra López Gatell. Un caso jurídico contra la negligencia”. *Nexos*, 27 de julio. Disponible en <<https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/la-denuncia-contralopez-gatell-un-caso-juridico-contrala-negligencia/>> (consulta: 8 de enero de 2022).

Álvarez-Arana, Silvia y Gabriel Velázquez Toledo (2020). “*La Montaña Mágica* y la Covid-19. La literatura siempre”. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo* IX (25) especial: 208-222 [en línea]. Disponible en <<https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/251/796>> (consulta: 5 de enero de 2022).

Ángeles Rivero, María del Rocío (2020). “AMLO afirma que en México se aplanó la curva epidemiológica de coronavirus”. *Televisa. News*, 25 de junio [en línea]. Disponible en <<https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/amlo-afirma-que-en-mexico-se-aplano-la-curva-epidemiologica-de-coronavirus/>> (consulta: 7 de enero de 2022).

Aragón-Nogales, Ranferi y María Guadalupe Miranda-Novales (2021). “Vacunación contra Covid-19 en niños”. *Revista Mexicana de Pediatría* 88(3): 89-92 [en línea]. Disponible en <<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2021/sp213a.pdf>> (consulta: 12 de enero de 2023).

Badillo, Diego (2020). “AMLO y sus polémicas declaraciones sobre el coronavirus”. *El Economista*, 21 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/politica/AMLO-y-sus-polemicas-declaraciones-sobre-el-coronavirus-20200321-0001.html>> (consulta: 10 de enero de 2022).

BBC News (2020). “Coronavirus: así son los hospitales de campaña en el mundo para tratar a los pacientes con CODIV-19”, 31 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52098615>> (consulta: 4 de enero de 2022).

Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. España: Paidós.

- Blanco, Uriel (2020). “López-Gatell presenta por primera vez la estimación de casos de Covid-19 en México: más de 26 mil”. *El Financiero*, 8 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.elfinanciero.com.mx/salud/lopez-gatell-presenta-por-primera-vez-la-estimacion-de-casos-de-covid-19-en-mexico-mas-de-26-mil/>> (consulta: 8 de enero de 2022).
- Bravo Regidor, Carlos, Patrick Iber y Humberto Beck (2021). “AMLO, inamovible”. *Nueva Sociedad*, abril [en línea]. Disponible en <<https://nuso.org/articulo/amlo-inamovible/>> (consulta: 11 de enero de 2023).
- Camhaji, Elías (2020). “La gran apuesta de López Obrador en Salud genera dudas sobre su viabilidad”. *El País*, 13 de enero [en línea]. Disponible en <https://elpais.com/sociedad/2020/01/13/actualidad/1578952406_444435.html> (consulta: 4 de enero de 2022).
- Cárdenas Gracia, Jaime (2009). *Introducción al estudio del derecho*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México/Nostra Ediciones.
- Cejudo, Guillermo M., Pablo de los Cobos, Cynthia L. Michel y Diana L. Ramírez (2021). *Inventario y caracterización de los programas de apoyo al ingreso en América Latina y el Caribe frente a Covid-19*. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2022). “Dosis de refuerzo de la vacuna contra el Covid-19”, 19 de enero [en línea]. Disponible en <<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/booster-shot.html>> (consulta: 11 de enero de 2022).
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) (2020). “Agiliza Cofepris emisión de permisos de importación y exportación para todos los insumos para la salud”, 7 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/cofepris/es/articulos/agiliza-cofepris-emision-de-permisos-de-importacion-y-exportacion-para-todos-los-insumos-para-la-salud?idiom=es>> (consulta: 8 de enero de 2022).
- Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) (2020). “Aviso epidemiológico Casos de infección respiratoria asociados a Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)”. CONAVE/01/2020/2019-nCoV. 21 de enero [en

línea]. Disponible en

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527027/AE-Nuevo_Coronavirus_2019_nCoV.pdf> (consulta: 8 de enero de 2022).

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2003). “Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud”, 22 de septiembre: 35-37.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2020a). “Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública”, 16 de marzo: 3-4.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (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)”, 24 de marzo: 3-5.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2020c). “Decreto por el que sanciona 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)”, 24 de marzo: 6.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2020d). “Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (Covid-19)”, 30 de marzo: 2.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2020e). “Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2”, 31 de marzo: 67-68.

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2020f). “Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican”, 23 de abril: 2-4.

Early, Arturo (2020). “Algunas dudas sobre la aritmética de la secretaría de Salud”. *Nexos*, 20 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.nexos.com.mx/?p=47756>> (consulta: 8 de enero de 2022).

- EFE (2020). “La historia detrás de Susana Distancia, la heroína que fascina a todo México”. *Agencia EFE*, 1 de mayo [en línea]. Disponible en <<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-historia-detras-de-susana-distancia-heroína-que-fascina-a-todo-mexico/20000013-4236132>> (consulta: 4 de enero de 2022).
- Esquivel, Gerardo (2020). “Pandemia, confinamiento y crisis: ¿Qué hacer para reducir los costos económicos y sociales?”, en *Cambiar el rumbo. El desarrollo tras la pandemia*, coordinado por Rolando Cordera y Enrique Provencio, 134-141. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://132.248.170.14/publicaciones/42/Cambiar_rumbo.pdf> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Expansión Política (2020). “López-Gatell impide el ingreso de pruebas rápidas de Covid-19, acusa Alfaro”, 6 de abril [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/estados/2020/04/06/lopez-gatell-impide-el-ingreso-de-pruebas-rapidas-de-covid-19-acusa-alfaro>> (consulta: 5 de enero de 2022).
- Fortoul van der Goes, Teresa I. (2020). “Editorial. Usar o no usar el cubrebocas... esa es la pregunta”. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 63(5): 3-5 [en línea]. Disponible en <<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v63n5/2448-4865-facmed-63-05-3.pdf>> (consulta: 11 de enero de 2023).
- García Acosta, Virginia (2005). “El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos”. *Desacatos* (19): 11-24.
- Gobierno de México (2020). *Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la Covid-19 en México. Documento rector*. México.
- González Díaz, Marcos (2020). “Coronavirus en México: las críticas a AMLO por seguir besando y abrazando a sus seguidores pese a las advertencias sanitarias frente al Covid-19”. *BBC News*, 17 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51921323>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- González, Jesús (2020). “Es oficial: el Vive Latino 2020 no se cancelará por coronavirus”. *Sopitas*, 13 de marzo de 2020 [en línea]. Disponible en

- <<https://www.sopitas.com/musica/vive-latino-2020-festival-no-se-cancelara-por-coronavirus/>> (consulta: el 7 de enero de 2022).
- Gray Molina, George y Eduardo Ortiz-Juárez (2020). *Temporary Basic Income: Protecting Poor and Vulnerable People in Developing Countries*. Nueva York, Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ibarra, David (2021). “La economía global en tiempos de pandemia”. *Economía Informa* (426): 14-21 [en línea]. Disponible en <<http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econinfo/426/02DavidIbarra.pdf>> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Infobae (2021). “López-Gatell insistió que no se vacunarán a niñas y niños contra el Covid-19”, 28 de diciembre [en línea]. Disponible en <<https://www.infobae.com/america/mexico/2021/12/28/lopez-gatell-insistio-que-no-se-vacunaran-a-ninas-y-ninos-contra-el-covid-19/>> (consulta: 11 de enero de 2022).
- Iniciativa (2020). Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforma el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Ingreso Mínimo Vital de Emergencia, junio [en línea]. Disponible en <https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/2/2020-06-10-1/assets/documentos/Inic_PAN_Angelica_Rojas_art_4_emergencia.pdf> (consulta: 5 de enero de 2022).
- Juárez Piña, Verónica Beatriz (2021). Iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley del Ingreso Mínimo Vital de Emergencia y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 23 de marzo [en línea]. Disponible en <http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/03/asun_4158283_20210323_1616545543.pdf> (consulta: 5 de enero de 2022).
- Levy, Santiago (2020). “Superemos juntos la emergencia”. *Nexos*, 25 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.nexos.com.mx/?p=47405>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Ley General de Salud (2021). México: Congreso de la Unión/Paracelso.
- López, Alejandro I. (2022). “Vacuna de primera dosis para niños de 5 a 11 años en Ciudad de México: sedes y fechas”, *El País*, 8 de noviembre [en línea].

Disponible en <<https://elpais.com/mexico/2022-11-09/vacuna-de-primera-dosis-para-ninos-de-5-a-11-anos-en-ciudad-de-mexico-sedes-y-fechas.html>> (consulta: 12 de enero de 2023).

- Luhmann, Niklas (1992). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana-Universidad de Guadalajara.
- Martí i Puig, Salvador y Manuel Alcántara Sáez (2021). “América Latina y Covid-19: democracias fatigadas en tiempos de pandemia”. *Revista Mexicana de Sociología* 83(especial): 11-37.
- Martínez Soria, Jesuswaldo y Adriana Vargas Flores (2020). *Covid-19: evolución y estimaciones de las curvas epidémicas*, Temas Estratégicos núm. 78. México: Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Martinón-Torres, Federico (2022). “Vacunación pediátrica frente al Covid-19 y a pesar del Covid-19”. *Anales de Pediatría* 96: 4-7 [en línea]. Disponible en <<https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403321003891>> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Méndez Martínez, José Luis (2020). *Políticas públicas. Enfoque estratégico para América Latina*. México: El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica.
- Merino Huerta, Mauricio, Jaime Hernández Colorado, Lourdes Morales Canales e Irma del Carmen Guerra Osorno (2021). *Rendir cuentas en situaciones de emergencia: un modelo basado en la evidencia*. México: Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara.
- Morales Pelagio, Ricardo y Paola Vera Martínez (2022). “Impacto de la deuda en el precio de acciones en México en el periodo de crisis por Covid-19”. *Revista Academia y Negocios* 8(2): 233-246 [en línea]. Disponible en <<https://revistas.udec.cl/index.php/ran/article/view/7339/7212>> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a). “Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)”, 30 de enero [en línea]. Disponible en <[https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))> (consulta: 9 de enero de 2022).

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020b). “Covid-19: cronología de la actuación de la OMS”, 27 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>> (consulta: 9 de enero de 2022).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020c). Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la Covid-19. Orientaciones provisionales, 5 de junio de 2020 [en línea]. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020d). *Reseña normativa de la OMS: Pruebas de detección de la Covid-19*. 14 de septiembre.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020e). “Alocución de apertura del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre la Covid-19 del 28 de septiembre de 2020”, 28 de septiembre [en línea]. Disponible en <<https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---28-september-2020>> (consulta: 11 de enero de 2023).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020f). “Uso de mascarillas en el contexto de la Covid-19 Orientaciones provisionales, 1 de diciembre de 2020 [en línea]. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337833/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). *Guía operativa para la vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)* [en línea]. Disponible en <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/2015-cha-guia-operativa-vigilancia-centinela-irag.pdf>> (consulta: 10 de enero de 2023).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). “Preguntas Frecuentes sobre el Mecanismo COVAX y vacunas Covid-19 en las Américas”, 26 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.paho.org/es/noticias/26-3-2021-preguntas-frecuentes-sobre-mecanismo-covax-vacunas-covid-19-americas>> (consulta: 11 de enero de 2022).

- Ornelas-Aguirre, José M. y Alejandro Vidal-Gómez-Alcalá (2020). “Crítica al modelo centinela de vigilancia epidemiológica en la Covid-19”. *Cirugía y Cirujanos* 88(6): 753-764.
- Ortega, Ariadna (2021). “¿Cuántas vacunas contra Covid-19 están aprobadas en México?”. *Expansión Política*, 24 de septiembre [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/mexico/2021/09/24/covid-mexico-vacunas-aprobadas-aplicadas-contrato>> (consulta: 11 de enero de 2022).
- Ortiz, Alexis (2020). “El coronavirus es un invitado que no nos hará temblar: ssa”. *El Universal*, 6 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-en-mexico-no-nos-hara-temblar-ssa>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Otuzar, María Graciela de (2016). “Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud”. *Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas* (36): 23-36 [en línea]. Disponible en <<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/original1.pdf>> (consulta: 6 de enero de 2022).
- Pérez S., Isabel (2021). “Coronavirus. El cubrebocas ¿llegó para quedarse?”. *Ciencia UNAM*, 24 de septiembre [en línea]. Disponible en <<http://ciencia.unam.mx/leer/1165/coronavirus-el-cubre bocas-llego-para-que-darse->> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Presidencia de la República (2020a). “Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina | Lunes 2 de marzo de 2020”, 2 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-lunes-2-de-marzo-de-2020?idiom=es>> (consulta: 5 de enero de 2022).
- Presidencia de la República (2020b). “Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus Covid-19 en México”, 11 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-240164?idiom=es>> (consulta: 9 de enero de 2022).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020a). *Desafíos de desarrollo ante la Covid-19 en México. Panorama desde la perspectiva de salud*. México.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020b). *Desarrollo humano y Covid-19 en México: desafíos para una recuperación sostenible*. México.
- Ramírez Bañuelos, Jesús Francisco (2020). “La responsabilidad individual como medida de protección en México frente a la Covid-19”. *Métodhos. Revista Electrónica de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHCM* (19), 8-30 [en línea]. Disponible en <https://revistametodhos.cdhcm.org.mx/images/numero19/2020_19_metodhos_articulo_1.pdf> (consulta: 6 de enero de 2022).
- Ramírez López, Berenice P. (2021). *Consultoría técnica para estudio sobre mínimo vital (documento de consulta de WIEGO núm. 19)*. Reino Unido: WIEGO.
- Raphael, Ricardo (2021). “No usar cubrebocas es un mensaje tóxico”. *The Washington Post*, 9 de febrero [en línea]. Disponible en <<https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2021/02/09/amlo-no-usa-cubrebocas-machismo-covid-estudios/>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Redacción (2020). “Número de casos de Covid-19 en México al 25 de junio”. *El Economista*, 25 de junio [en línea]. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/politica/Numero-de-casos-de-Covid-19-en-Mexico-al-25-de-junio-20200625-0103.html>> (consulta: 6 de enero de 2022).
- Redacción (2021). “López-Gatell y su pelea con el cubrebocas”. *El Financiero*, 17 de octubre [en línea]. Disponible en <<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/10/17/lopez-gatell-y-su-pelea-con-el-cubrebocas/>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Salinas Maldonado, Carlos (2020). Polémica en México por la celebración de eventos masivos en plena crisis. *El País*, 14 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://elpais.com/sociedad/2020-03-14/polemica-en-mexico-por-la-celebracion-de-eventos-masivos-en-plena-crisis.html>> (consulta: 7 de enero de 2022).
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2020). “México asegura vacuna para más de 100 millones de mexicanos: Ebrard”, 13 de octubre [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-asegura-vacuna-para-mas-de-100->

millones-de-mexicanos-ebrard?state=published> (consulta: 11 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2020a). “015. Acciones de preparación y respuesta ante nuevo coronavirus (2019-nCoV) para la protección de la salud en México”, 22 de enero [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/015-acciones-de-preparacion-y-respuesta-ante-nuevo-coronavirus-2019-ncov-para-la-proteccion-de-la-salud-en-mexico>> (consulta: 8 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2020b). “Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud”, 30 de enero [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es#:~:text=Ante%20la%20declaratoria%20de%20la,y%20Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%2C>> (consulta: 10 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2020c). “080. Se contará con insumos necesarios para pruebas de laboratorio para coronavirus Covid-19: Alcocer Varela”, 4 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/080-se-contara-con-insumos-necesarios-para-pruebas-de-laboratorio-para-coronavirus-covid-19-alcocer-varela>> (consulta: 10 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2020d). “092. Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General”, 19 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>> (consulta: 10 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2020e). “099. Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (Covid-19)”, 6 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/disposiciones-para-la-adquisicion-y-fabricacion-de-ventiladores-durante-la-emergencia-de-salud-publica-por-coronavirus-2019-covid-19-239783>> (consulta: 10 de enero de 2022).

Secretaría de Salud (2022). “Vacunación contra Covid-19 para niñas y niños de 5 a 11 años” [en línea]. Disponible en <<https://vacunacovid.gob.mx/vacunacion-contracovid-19-para-ninas-y-ninos-de-5-a-11-anos/>> (consulta: 12 de enero de 2023).

- Suprema Corte de Justicia de la Nación (2020). “Acuerdo general número 3/2020, del pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación [por el que se suspenden actividades jurisdiccionales y, por ende, se declaran inhábiles los días que comprenden del dieciocho de marzo al diecinueve de abril de dos mil veinte, y se habilitan los días que resulten necesarios para proveer sobre la admisión y suspensión de controversias constitucionales urgentes] 18/03/2020”, 17 de marzo [en línea]. Disponible en <[https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=/HNedHfTnA2nOeiqjv6hyXkWYvWaIUloV7yGoj0k1+vZlf+MybI/jXWM+iYSNm6DnLHzfAp3WYCuhfMBDbbNEA==](https://legislacion.scjn.gob.mx/buscador/paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=/HNedHfTnA2nOeiqjv6hyXkWYvWaIUloV7yGoj0k1+vZlf+MybI/jXWM+iYSNm6DnLHzfAp3WYCuhfMBDbbNEA==>)> (consulta: 9 de enero de 2022).
- Torre, Alethe de la *et al.* (2010). “Centinelas de la influenza pandémica en México: perspectivas de la vigilancia epidemiológica y el control”. *Revista Digital Universitaria* 11(4): 1-13 [en línea]. Disponible en <<https://www.revista.unam.mx/vol.11/num4/art40/art40.pdf>> (consulta: 11 de enero de 2023).
- Torres Alonso, Eduardo (2020). “Derechos fundamentales y Covid-19. Algunas reflexiones sobre la primera emergencia sanitaria global del siglo XXI”. *Cuaderno Jurídico y Político* 6(15): 27-41 [en línea]. Disponible en <<https://www.lamjol.info/index.php/cuadernojurypol/article/view/11149>> (consulta: 10 de enero de 2023).
- Ulloa, Ernesto *et al.* (2020). “Descifrar el Modelo Centinela”. *Nexos*, 16 de julio [en línea]. Disponible en <<https://datos.nexos.com.mx/descifrando-el-modelo-centinela/>> (consulta: 8 de enero de 2022).
- Vargas Mendoza, José (2021). “El paquete económico de 2021 del gobierno de López Obrador en el marco de la crisis mundial y la emergencia sanitaria del Covid-19”. *Economía Informa* (427): 26-47 [en línea]. Disponible en <<http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econinfo/427/02Paqueteeconomico2021.pdf>> (consulta: 12 de enero de 2023).
- Vargas Mendoza, José (2022). “El paquete económico 2022 del gobierno de López Obrador en el marco de la desaceleración económica mundial”. *Economía Informa* (434): 35-55 [en línea]. Disponible en

<<http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econinfo/434/03Paqueteeconomico2022.pdf>> (consulta: 12 de enero de 2023).

Velázquez, Marisol (2020). “PRI pide acceso público a los contenidos de la estrategia del Consejo General de Salubridad contra el Covid-19”. *El Economista*, 9 de junio [en línea]. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/politica/PRI-pide-acceso-publico-a-los-contenidos-de-la-estrategia-del-Consejo-General-de-Salubridad-contra-el-Covid-19-20200609-0071.html>> (consulta: 9 de enero de 2022).

Yáñez, Brenda (2020). “La oms reconoce reacción del gobierno de México frente al coronavirus”. *Expansión Política*, 28 de marzo [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/mexico/2020/01/28/la-oms-reconoce-reaccion-del-gobierno-de-mexico-frente-al-coronavirus>> (consulta: 5 de enero de 2022).

Zerega, Georgina (2021). “Soldados, militantes y voluntarios: los polémicos guardianes de la vacuna contra la Covid-19 en México”. *El País*, 18 de febrero [en línea]. Disponible en <<https://elpais.com/mexico/2021-02-18/soldados-militantes-y-voluntarios-los-polemicos-guardianes-de-la-vacuna-contra-la-covid-19-en-mexico.html>> (consulta: 10 de enero de 2022).

Zhang, Renyi *et al.* (2020). “Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of Covid-19”. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 117(26): 14857-14863 [en línea]. Disponible en <<https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2009637117#:~:text=Supporting%20Information-,Significance,the%20spread%20of%20COVID%2D19.>>> (consulta: 12 de enero de 2023).

[Notas]

- [1] “[...] conjunto, paquete o serie de acciones del Estado (o de la sociedad por delegación del mismo) dirigido a resolver un problema estatal y promover un bien público” (Méndez Martínez, 2020: 50-51).
- [2] “[...] una instancia encargada del análisis, definición, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias y acciones, en materia de seguridad en salud, de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con el objeto de contribuir a establecer un blindaje de atención y prevención, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente urgencias epidemiológicas y desastres” (DOF, 2003: 35).
- [3] El artículo 3 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General enlista a los vocales titulares: “I. El Secretario de Hacienda y Crédito Público; II. El Secretario de Desarrollo Social; III. El Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales; IV. El Secretario de Economía; V. El Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; VI. El Secretario de Comunicaciones y Transportes; VII. El Secretario de Educación Pública; VIII. El Titular del Instituto Mexicano del Seguro Social; IX. El Titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; X. El Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; XI. El Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.; XII. El Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., y XIII. El Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.” A partir del acuerdo emitido por la Secretaría de Salud, publicado el 31 de marzo de 2020 en el *Diario Oficial de la Federación*, se incorporaron al CSG los titulares de las secretarías de Gobernación, de Relaciones Exteriores, de la Defensa Nacional, de Marina, de Seguridad y Protección Ciudadana, y del Trabajo y Previsión Social (DOF, 2020e).
- [4] “El Mecanismo COVAX es una iniciativa global encabezada por (en orden alfabético) la Alianza Mundial Gavi para las Vacunas y la Inmunización, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante las Epidemias (CEPI), Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, cuya misión para el 2021 es asegurar la entrega equitativa de vacunas para el 20% de la población de los países participantes en todo el mundo” (OPS, 2020) <<https://www.paho.org/es/noticias/26-3-2021-preguntas-frecuentes-sobre-mecanismo-covax-vacunas-covid-19-americas>>.

Análisis de las políticas públicas en salud y su relación con el territorio: 1982-2021

Ricardo Guerra Díaz

Luis Enrique Salvador Guzmán

María del Carmen Juárez Gutiérrez

[[Regresar al índice](#)]

INTRODUCCIÓN

Durante la conformación político-administrativa de México se han visualizado diversas problemáticas territoriales, que se han intentado combatir de diferentes maneras, desde soluciones a corto y mediano plazo, hasta aquéllas que se han impulsado por varios años sin importar el cambio de estructura nacional por la toma de protesta de otros partidos políticos en la presidencia y las transformaciones sociales y económicas que esto conlleva.

Una de las problemáticas que han llamado la atención de varios países son las relacionadas con el sector salud, ya que éste forma parte del llamado capital humano y, como tal, de los determinantes del crecimiento económico, el bienestar y la pobreza. Por lo anterior, la seguridad en la satisfacción de la salud en sus diferentes vertientes se ve comprometida en países subdesarrollados, como en México, donde los niveles de salud están lejos de ser los adecuados, además, de la desigualdad entre regiones y grupos socioeconómicos ya que la inversión económica en dicho sector es inequitativa, centralizada y poco coordinada.

Como menciona Espinosa (2021), para entender al sector económico dentro de la salud en México es importante considerar los siguientes aspectos: 1) las actividades del sector salud en la economía mexicana son bajas por lo que su importancia es nula, vistos desde el aspecto de servicios y productos; 2) con lo anterior, el crecimiento de dicho sector es bajo por lo que se puede hablar de un estancamiento; 3) los escenarios de acción del sector salud no han tenido muchos cambios, ya que al no continuar con una descentralización y la constante

reorganización del sector limita los avances; 4) la función del sector salud es más desde el aspecto sanitario que vista como una actividad económica.

En el presente trabajo se exponen las políticas de salud impulsadas en México durante el periodo 1982-2021. Su análisis considera la descripción de dichas políticas y las aportaciones que el Gobierno Federal ha realizado en el sector salud a lo largo de casi cuatro décadas, que en un inicio fue considerado como un ejemplo a nivel internacional debido a los avances y alcances. Se ven muchos avances, pero también algunos retrocesos, y lo más importante es la escasa inversión en el sector desde los gobiernos federal y estatal.

LA IMPORTANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DESDE LA GEOGRAFÍA

La política pública es la forma como el gobierno en representación del Estado ejerce su función en relación con las realidades sociales, económicas y políticas de la sociedad, como los ingresos, la salud, el empleo, la seguridad, entre otros. Estos indicadores se registran en unidades político-administrativas en donde se presenta la diversidad natural y ambiental marcando una heterogeneidad que coloca en ventaja y desventaja el crecimiento económico y social de lugares y regiones.

El territorio es el escenario esencial donde transcurre la vida, en él se dan los procesos de producción y reproducción social que constituyen la base de la determinación social de la salud-enfermedad-muerte. En él se manifiestan las desigualdades y diferencias en la manera de enfermar y morir, y en las oportunidades de bienestar (Borde y Torres, 2017).

Los problemas de salud no siempre se asocian a los territorios donde se habita, pueden estar asociados a espacios lejanos de la residencia, como los lugares de trabajo o de estudio; los traslados diarios a ambas actividades pueden ser los puntos de contacto de las enfermedades. Lo anterior muestra que existe un contexto que hay que explorar para estudiar la salud y organizar su atención (Iñiguez, 2008).

La política pública aplicada a la salud requiere de la geografía por la localización y distribución en el territorio de condiciones de salud, y de la salud pública por la atención a situaciones de salud en forma colectiva. En estudios de desigualdad social en salud se muestra como inciden los factores urbanos,

ambientales y socioeconómicos en la situación de la salud de la población (Chiara, 2016).

La distribución geográfica de las características de la salud de la población y su atención o decisiones políticas está relacionada con la ubicación geográfica y por tanto el lugar está incluido entre los componentes principales de los estudios epidemiológicos; conceptos como epidemias, endemias, o enfermedades emergentes incluyen el lugar como una categoría espacial y esta requiere de precisión para conocer a quién y dónde van dirigidas las tareas en salud.

Aplicar la política sanitaria y su desempeño tiene un riesgo por el diseño y la implementación, que comprometen las diferencias, tensiones y conflictos entre los actores que se distribuyen en el territorio con sus particularidades (Chiara, 2016).

Actualmente, el Estado tiene importancia en el desarrollo social por su actitud activa frente a las desigualdades generadas por el neoliberalismo, y por ello se asumen políticas sociales en beneficio de grupos poblacionales. Desde que se aplica la política de libre mercado, la política social está enfocada más hacia el individuo, que hacia la colectividad; y la política social pasa a segundo plano, es la política económica la que rige las acciones del Estado, dando como resultado en lo social mayor desigualdad y desequilibrio.

Las instituciones, las autoridades, los ciudadanos y las diversas organizaciones intervienen en la formación del Estado, son actores que favorecen el equilibrio en el sistema político, social y económico, y a su vez son un instrumento ejecutor que responde a los problemas sociales y que determinan las políticas, actuando como componentes para atenuar las carencias de un sector vulnerable de la población (Chávez, 2012).

En función a la territorialidad, la política social en México ha transitado por varias etapas y enfoques (Sánchez, 2008). Primero, por las demandas de la Revolución Mexicana, establecidas en la constitución a principios del siglo XX. Segundo, por un enfoque de universalismo fraccionado que daba prioridad al papel que cumplían las personas en la división social del trabajo, por la vía de un estado de bienestar inconcluso hasta la década de los setenta. Tercero, por una visión asistencial que ahora centra sus acciones en los pobres extremos para la formación de su capital humano.

Los resultados de la administración de estas políticas en la sociedad mexicana se caracterizan por la desigualdad expresada en el crecimiento económico, la

distribución del ingreso y los niveles de bienestar en el territorio. Este deterioro comienza en los años ochenta y desde entonces no se ha avanzado en función de los retos de la globalización y su desarrollo. La aplicación de la política social ha estado ligada a las decisiones centralizadas y verticales que inhabilitan las iniciativas locales. Sin embargo, en años recientes ha habido avances de descentralización, en cuanto a funciones, y recursos presupuestales hacia los estados y municipios, pero no han sido suficientes (Sánchez, 2008).

México a partir del avance de la pobreza ha tenido que implementar políticas asistenciales para atenderla. Se piensa que ya es momento de impulsar un enfoque territorial de desarrollo que enlace lo sectorial y regional, mediante el cual sea posible salir o reducir significativamente la desigualdad y pobreza en corto tiempo (Gasca, 2020).

Se está promocionando una nueva política pública donde el Estado adquiera importancia, sea eficiente, eficaz y proactivo y coloque en el centro de su estrategia el desarrollo humano, en el cual es importante que participe la sociedad, como capital social y se actúe para atenuar las disparidades del mercado (Gasca, 2020).

Se requiere cambiar hacia un enfoque de desarrollo social, donde se tenga crecimiento económico, redistribución justa de la riqueza, generación de empleo, aumento del ingreso y progreso en el nivel de bienestar, con sustentabilidad ambiental.

En la nueva política social es necesaria la territorialización y se precisa que éste tenga un papel protagónico, en el cual se tomen en cuenta las realidades y se adapten en su heterogeneidad. Actualmente hay un enfoque en la política pública denominado cohesión territorial, que se aplica en la Unión Europea, desde el 2008. Es un acercamiento a una política integral que tenga incidencia territorial, encaminadas al logro de objetivos (Gasca, 2020).

Entre los propósitos está crear lazos de unión en la colectividad territorial (cohesión social), y favorecer el acceso equitativo a servicios y equipamientos (equidad/justicia espacial). En este planteamiento se establece un proyecto territorial común que enlace una perspectiva solidaria, con principios de distribución justa.

La cohesión territorial es una posibilidad de administrar los distintos esfuerzos de acción pública, para afrontar la complejidad de los procesos generadores de la desigualdad territorial (Gasca, 2020). La política social enfocada a la salud tiene

importancia por ser un derecho y porque el Estado tiene que garantizarla y definir las bases para la justicia distributiva, en donde la igualdad y las oportunidades tienen como principio que los bienes se distribuyan por igual a las personas para que tengan bienestar, ya que la salud es un bien que hay que distribuir (Dieterlen, 2015).

En México se ha avanzado en una mayor equidad y eficacia en salud por la inversión social que se ha realizado, esto es en descentralización de los servicios de salud, en donde algunas entidades federativas se responsabilizan por la atención del servicio; en el esquema de atención se amplió la cobertura y calidad en la atención, como es el caso del Seguro Popular que funcionó del 2003 al 2019.

El estudio de la salud pública abarca las condiciones de la salud, en la cual los determinantes sociales, la distribución, y la frecuencia de los procesos de salud-enfermedad, establecen el comportamiento del modelo, así como la funcionalidad de los servicios de salud (Sepúlveda y López, 2000).

En México la salud ha formado parte de las etapas histórico-socioeconómicas del país, y a lo largo de los últimos veinte años ha habido avances indicativos en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, como un instrumento ejecutor al derecho y protección de la salud.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO 1982-2021

Antecedentes internacionales

Los acontecimientos internacionales que podrían resumir la importancia de la salud a nivel mundial son cuatro: el primero es la creación de la Organización de las Naciones Unidas en 1945; el segundo es la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948; el tercero, la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y, por último; la Carta de Ottawa en 1986. Estas fechas, organizaciones y planes han ayudado a que países desarrollados y en vías de desarrollo elaboren e implementen las políticas públicas necesarias en los territorios.

Cada uno de estos momentos históricos lo respalda la responsabilidad y documentos que buscan el bienestar social de todas las naciones a través del cumplimiento de los derechos humanos a los que todos deberían acceder, uno de

ellos es el acceso a servicios de salud públicos dignos y correctos, en los que se respeten creencias y cosmovisiones. Es claro que estos organismos, documentos, programas y planes han tenido su evolución para poder visualizar a los grupos poblacionales más vulnerables y así puedan garantizar dicho servicio lo más rápido y óptimo.

Antecedentes de la salud en México

Es importante hacer una revisión del pasado para entender el tema de salud en México, su conformación como sector, derecho o servicio. Se pueden hacer múltiples cortes para el análisis, podría ser desde la época prehispánica, de la creación del primer hospital, la aparición de la primera pandemia, la conquista española, la época de independencia, la aparición de la primera constitución, la publicación de la Constitución de 1917 o desde cada sexenio. A continuación, se describirán algunos eventos históricos esenciales que se consideran de vital importancia para conocer la evolución de las políticas públicas en México.

En la Constitución de 1824[1] no se plantearon políticas en torno a la salud debido a lo que estaba ocurriendo en el México independiente, ya que se le dio prioridad a la milicia y la legislación como república. Fue que para el 1841 que se dio una primera aproximación a la importancia de la salud de los mexicanos con el Consejo Superior de Salubridad.[2] En la Constitución de 1857[3] se le asignó a cada estado las facultades de aplicación de su legislación sanitaria, por lo que la salud en México era desigual en todo el territorio. En 1872 se dio un importante avance en la formación de Juntas de Salubridad Estatales y Juntas de Sanidad en los Puertos, con lo que la protección de salud estuvo sólo enfocada para un sector específico de la población. A partir de los Consejos Médicos de 1876 y 1878 se visualizaron algunas problemáticas en salud pública para la implementación de políticas. El Consejo Superior de Salubridad, en 1891, empezó con la publicación de Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos que dio paso en la formación de leyes y acciones enfocadas en la mejora y cuidado de la salud de la población mexicana, sin llegar a una centralización de política sanitaria (Ruíz *et al.*, 2017).

La Constitución Política de los Estados Unidos de México (CPEUM), publicada en 1917, ha tenido diferentes estructuras y reformas con el fin de

garantizar los derechos de todas y todos. En su última reforma del 28 de mayo de 2021, se menciona 21 veces la palabra salud, en donde se destacan las ideas de acceso a servicios de salud, erradicar la discriminación ante una condición de salud-enfermedad, así como proteger y garantizar los derechos de todas las personas, en específico de los grupos vulnerables como mujeres, migrantes, indígenas, niños y niñas, discapacitados, entre otros más (Cámara de Diputados, 2021).

En el artículo 4° de la CPEUM se menciona que tanto hombres como mujeres son iguales ante la ley. En dicho artículo también se especifica que toda persona tiene derecho a la protección de salud a través del acceso a servicios de salud y que las leyes designarán un sistema para garantizar la atención integral y gratuita a toda persona que no cuente con seguridad social (Cámara de Diputados, 2021).

De acuerdo con Dávila, Rodríguez y Echeverría (2012), existen varios antecedentes para entender las instituciones del Sistema Nacional de Salud y sus políticas, como: a) en 1812 se crea la Secretaría de Guerra que en 1937 dio paso a la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la cual da acceso a servicio de salud desde sus inicios para sus integrantes; b) en 1938 surge Petróleos Mexicanos (Pemex), que para el año de 1947 se creó el Departamento Central de Servicios Médicos y Previsión Social; c) en 1821 surge la Secretaría de Marina (Semar), pero es hasta 1939 que se da inicio al servicio de seguridad social, que va desde la atención de los beneficios y obligaciones del personal; d) tras la consolidación de la Constitución política de 1917, los trabajadores del Estado quedaron protegidos en seguridad social por el artículo 123, lo que dio paso al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); e) el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó en 1943 como parte del artículo 123 de la Constitución de 1917, el cual impulsa la creación de hospitales y clínicas en el territorio mexicano; f) en 2003 nace el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP), el cual tenía como objetivo garantizar el acceso a servicios de salud a toda persona de escaso recurso que carezca de derechohabiencia a través de un esquema de aseguramiento público y voluntario. Para el año 2020, desaparece el SP y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) como un organismo descentralizado que presenta los mismos objetivos que el sistema recién extinto (Insabi, 2020).

Por lo anterior, se hará una revisión bibliográfica en la cual se expongan cuáles son los alcances y problemáticas en el sector salud y sus políticas públicas desde 1982 y hasta 2021. Es importante recalcar que a partir del sexenio del expresidente Miguel de la Madrid se dan cambios en la atención a la salud de la población mexicana y éste es un gran referente a nivel mundial por lo que el estudio empieza en este sexenio.

Gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988)

Secretario de Salud: Dr. Guillermo Soberón Acevedo

(1 de diciembre de 1982 al 30 de noviembre de 1988)

El Programa Nacional de Salud (1984-1988), tuvo como eje central cinco estrategias: 1) sectorización; 2) descentralización de los servicios de salud; 3) modernización administrativa; 4) coordinación intersectorial; 5) participación comunitaria (Espinosa, 2021). Cada una de estas estrategias estaba interrelacionadas para la creación del Sistema Nacional.

La estrategia con mayor impulso en dicho sexenio fue la descentralización de los servicios de salud, la cual se basó en varios aspectos: a) creación de organismos estatales para la administración y operación de los servicios por parte de secretarías de salud estatales; b) configuración de sistemas estatales colaborativo y participativos entre sectores en diversas escalas; c) creación de hospitales, clínicas y servicios para mayor cobertura; d) la descentralización abarcó no solo las actividades físicas sino también las políticas, administrativas y económicas (Fajardo, 2018 y Espinoza, 2021).

Uno de los logros más importantes durante dicha administración es la consolidación y creación de la Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984. Dicha ley reglamenta lo mencionado en el artículo 4° de la CPEUM, y en esta se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud que confieren los diferentes niveles de gobierno y escalas.

Para el año de 1985, entra en vigor un sistema de Encuestas Nacionales de Salud, además de un sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad, con prioridad en paludismo, sarampión, diarreas, cólera y enfermedades prevenibles por vacunación. En el mismo año, se implementó el Día Nacional de Vacunación, tarea titánica en la que participaron más de 800 mil voluntarios, “Se dice fácil, pero

vacunar a 11 millones de niños en un solo día implicaba una organización logística sin precedentes” (Fajardo, 2018: 57).

Gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994)
Secretario de Salud: Dr. Jesús Kumate Rodríguez
(1 de diciembre de 1988 al 30 de noviembre de 1994)

La relación entre el titular del Poder Ejecutivo y el secretario de Salud comenzó durante el sexenio anterior, en el que el Dr. Kumate se desempeñó como subsecretario de Salud y Salinas de Gortari como secretario de Programación y Presupuesto.

Antes de asumir la titularidad de la Secretaría de Salud, Kumate elaboró el Programa Nacional de Salud, donde uno de los objetivos centrales era la reducción de la tasa de fecundidad (Secretaría de Salud, 1989), por lo que el Dr. Kumate es considerado un gran impulsor de la planificación familiar.

Durante esta administración se construyeron 120 hospitales generales y aproximadamente 2,400 unidades de salud, a los que es necesario agregar el Instituto Nacional de Rehabilitación, una gran cantidad de hospitales materno-infantiles y la reconstrucción del Centro Médico Nacional. Además, se implementó el programa IMSS-Solidaridad y se les dio continuidad a las acciones emprendidas por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA). Asimismo, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) pasó a ser el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), convirtiéndose en un instituto de apoyo para la vigilancia epidemiológica (Fajardo, 2018).

Por último, cabe destacar que la descentralización iniciada en el sexenio anterior, entró en pausa, debido a que el entonces director del IMSS, Ricardo García Sáinz se opuso.

Gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000)
Secretarios de Salud: Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez
(1 de diciembre de 1994 al 17 de noviembre de 1999)
y Lic. José Antonio González Fernández
(1 de diciembre de 1999 al 30 de noviembre de 2000)

El doctor Juan Ramón de la Fuente, renunció al cargo de director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para convertirse en

secretario de Salud. A los pocos días de haber tomado posesión ocurre el famoso error de diciembre, por lo que el presidente Ernesto Zedillo establece un recorte presupuestal del 30%, situación que evidentemente mermó las actividades durante este sexenio.

De acuerdo con Fajardo (2018), durante esta gestión se establece el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), se descentralizan los servicios de salud, desaparecen los Servicios Coordinados de Salud Pública, se crean 32 secretarías estatales de salud, se origina el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic), aparece la Ley de los Institutos Generales de Salud y se crean las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores). Además, se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) con dos objetivos fundamentales: 1) defender los derechos de los pacientes en una instancia justa y 2) tener incentivos para mejorar la calidad de la práctica médica.

Otra iniciativa importante, orientada a mejorar la salud de la población más vulnerable, fue el programa Progresá implementado en 1997. Este programa ha tenido impactos significativos en la salud de la población en extrema pobreza, por ejemplo: un aumento en el uso de medidas de control de natalidad en mujeres de áreas rurales, un efecto positivo en la altura por edad de niñas y niños, y la reducción en el consumo de alcohol y cigarro en los jóvenes de áreas rurales (Lustig, 2008). Es importante mencionar que, a pesar de dichos beneficios, este programa no protegía a la población de manera directa de los gastos asociados a enfermedades.

Según López-Arellano y Blanco-Gil (2001), la reforma en el sector sanitario iniciada en 1982 e impulsada durante el gobierno de Carlos Salinas de Gortari, en el sexenio encabezado por Ernesto Zedillo, vive una fase de continuidad y profundización a través de dos vertientes: la transformación de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del IMSS en 1997, y la reorganización de los servicios que atienden a la población no derechohabiente, contenida en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Por último, se resuelven algunas temáticas desatendidas, por ejemplo, la oportuna y correcta gestión de los hospitales psiquiátricos, la regulación y normatividad del trasplante de órganos y la aceptación de la muerte cerebral. Conjuntamente, y como consecuencia del constante problema de abasto de medicamentos, comienza su acceso por medio de los genéricos, garantizando al

paciente que los productos tenían la misma eficacia y seguridad que los de alguna marca reconocida.

Gobierno de Vicente Fox Quesada (2000-2006)

Secretario de Salud: Dr. Julio Frenk Mora

(1 de diciembre de 2000 al 30 de noviembre de 2006)

La preocupación por la calidad de la atención sanitaria fue una característica distintiva de la gestión del presidente Vicente Fox. A través de un diagnóstico de calidad de la atención en centros de salud y hospitales de la SSA (2001), se encontró que los principales problemas correspondían al desabastecimiento de medicinas y equipo; a los largos tiempos de espera del paciente; a la escasa satisfacción laboral en el personal de las instituciones de salud; a ciertas características negativas en la relación médico-paciente; así como a la frecuencia con que se aplicaban ciertas acciones médicas innecesarias en la mayoría de los casos. Además, se registró que varios millones de familias mexicanas cada año se arruinaban económicamente debido a que alguno de sus miembros padecía una enfermedad y, por consecuencia, la familia incurría en grandes gastos.

Durante los primeros años de la década de los 2000 y mediante la reforma a la Ley General de Salud, se intenta desarrollar un sistema único y universal de protección a la salud dirigido a toda la población, sin distinción de ingresos ni de posición social. Con estos antecedentes se implementa el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, que tuvo como objetivo dar atención a todo aquel que estuviera al margen de la seguridad social, principalmente debido a las nuevas condiciones laborales de informalidad y autoempleo. El Poder Ejecutivo asignó directamente un presupuesto de 8000 millones de pesos para asegurar la implementación del SP en el año 2005 (Menéndez, 2005).

La mayor parte del financiamiento de este sistema consistía en transferencias federales a los estados, en función del número total de afiliados en cada entidad; tal como lo expresa Huffman (2022), este dinero no tenía una etiqueta estricta para su destino, por lo que los estados gestionaban los recursos financieros de manera autónoma.

En el Programa Nacional de Salud para el periodo 2001-2006 se señala que:

...el principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica y demanda el diseño y puesta en marcha de mecanismos para hacerlos valer. La protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para convertirse en un derecho social... (Secretaría de Salud, 2001).

Por lo tanto, el derecho a la protección de la salud, tal como lo estipula la CPEUM, es un derecho ciudadano que debe ser independiente al trabajo que se desempeña y a la adscripción laboral.

Durante esta administración se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), que tiene a su cargo la regulación, control y fomento sanitario de acuerdo con la Ley General de Salud; de ser necesario, este organismo tiene la capacidad de emitir sugerencias, comentarios y sanciones.

Finalmente, es necesario destacar que la situación nacional de morbilidad y mortalidad "...por causas infecciosas había bajado mucho [...] de modo que ya casi habíamos acabado con las enfermedades baratas de prevenir y de curar. Ahora lo que teníamos era la diabetes, el cáncer, las enfermedades del corazón, los trastornos mentales, problemas todos ellos mucho más costosos de prevenir y de curar" (Fajardo, 2018: 102), por lo que el reto que tenían las administraciones venideras era muy grande.

Gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012)
Secretarios de Salud: Dr. José Ángel Córdova Villalobos
(1 de diciembre de 2006 al 9 de septiembre de 2011)
y Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
(9 de septiembre de 2011 al 30 de noviembre de 2012)

Durante esta administración se les dio continuidad a muchas cosas y se fortalecieron otras. Entre las acciones que destacan, se encuentra el establecimiento del Programa Caravanas de la Salud, con casi 1,500 unidades médicas diseñadas para ir a las zonas más alejadas en el territorio nacional.

Es inevitable considerar a la epidemia de influenza A H1N1, registrada en abril de 2009, como uno de los retos más grandes a los que se ha enfrentado el sector salud mexicano en las últimas décadas. El actuar del gobierno encabezado por Felipe Calderón, fue blanco de críticas debido a la lentitud en la detección del virus y a la falta de transparencia en la emisión de información importante.

Por último, a pesar de que hablar de cobertura universal es complejo y arriesgado, en esta gestión se alcanzó la cifra de 52 millones de personas afiliadas al SP, "... cuando hablamos de cobertura universal siempre fuimos muy cuidadosos en hablar con claridad a qué nos estábamos refiriendo: que todo mexicano, por el hecho de serlo y sin importar su estatus laboral, pudiera tener un mecanismo para financiar su salud. Y eso se logró." (Fajardo, 2018: 138).

Gobierno de Enrique Peña Nieto (2012-2018)

Secretarios de Salud: Dra. Mercedes Juan López

(1 de diciembre de 2012 al 8 de febrero de 2016) y Dr. José Narro Robles

(8 de febrero de 2016 al 30 de diciembre de 2018)

Es necesario destacar que en esta administración por vez primera, una mujer estuvo al frente de la Secretaría de Salud, la Dra. Mercedes Juan, egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Respecto al funcionamiento del SP, durante este sexenio se modificaron algunos artículos de la Ley General de Salud "...para obligar a los secretarios estatales de Finanzas a pasar los recursos a la Secretaría de Salud correspondiente en un máximo de tres días hábiles después de haberlos recibido..." (Fajardo, 2018: 150), dichas reformas se aplicaron a partir de 2015.

Además, se planteó una estrategia nacional cimentada en tres ejes:

1. Prevención y promoción de la salud mediante campañas, como por ejemplo Chécate, mídete, muévete realizada por el IMSS.
2. Robustecer la parte regulatoria, donde destaca el impuesto y etiquetado de los alimentos y bebidas.
3. Atención médica, con el objetivo de reforzar el primer nivel de atención.

Asimismo, se implementó en enero de 2015 el programa IMSS-Prospera y un programa para resolver el problema de los embarazos en niñas y adolescentes, este último debido a los niveles tan preocupantes que tiene México respecto al tema.

A pesar de las reformas y mejoras realizadas durante la administración de Enrique Peña Nieto y de sus antecesores, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), mediante el informe realizado en el año 2018, emitió algunas recomendaciones en materia de salud, entre las que destacan:

- Promover la cobertura universal, entendida como el acceso a los servicios requeridos con suficiente calidad.
- Garantizar una atención equitativa para toda la población.
- Eliminar la fragmentación del sistema de salud.
- Garantizar un tratamiento igualitario de patologías entre las instituciones.
- Homologar el gasto público por persona en salud entre las entidades federativas.
- Impulsar mecanismos eficaces de rendición de cuentas del gasto en salud en todos los órdenes de gobierno.
- Continuar con la mejora de los procesos de acreditación, supervisión de clínicas y fortalecimiento de la vigilancia de la normatividad.
- Enfatizar la atención primaria en salud y promover que la resolución sea susceptible de ocurrir en este nivel de atención.
- Avanzar en el expediente clínico electrónico.
- Que el acceso a los servicios de salud sea el adecuado en términos geográficos e institucionales.

Sin duda, las recomendaciones emitidas son muestra de que los avances en el Sector Salud no eran suficientes para asegurar el derecho constitucional a los más de 120 millones de mexicanos, por lo que todavía quedaba un largo camino por recorrer.

Gobierno de Andrés Manuel López Obrador (2018-actualidad)
Secretario de Salud: Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
(1 de diciembre de 2018 a la fecha)

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 presenta una crítica a las implementaciones de los gobiernos neoliberales en aspectos de salud durante los últimos 80 años. Este documento tiene cinco objetivos prioritarios: 1) acceso universal a servicios de salud; 2) mejora del Sistema Nacional de Salud; 3) capacidad y calidad de los servicios en el Sistema Nacional de Salud; 4) vigilancia epidemiológica, y salud sexual y reproductiva; 5) salud para el bienestar de la población (véase tabla 1).

Tabla 1
Objetivos y estrategias del Programa Sectorial de Salud 2019-2024

Acceso universal	Mejora del Sistema Nacional de Salud	Capacidad y Calidad del Sistema Nacional de Salud	Vigilancia epidemiológica y salud sexual y reproductiva	Salud para el bienestar
<ul style="list-style-type: none"> - Creación del Insabi. - Servicios de salud gratuitos. - Atención especializada. - Abastecimiento de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y mejoramiento de políticas. - Políticas de interculturalidad y mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento en recursos financieros. - Mejoramiento en equipo e infraestructura. - Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia sanitaria y epidemiológica. - Regulación sanitaria. - Promoción de vida saludable. - Implementación de planes de salud sexual y reproductiva. - Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia Social de Mujeres. - Control de tratamiento de enfermedades no transmisibles. - Atención de salud mental y de adicciones.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (2019).

Es importante mencionar que en 2019 se decreta la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), que entra en funcionamiento el primero de enero del año 2020. Con este Instituto se pone fin a 17 años de servicio del Seguro Popular, sistema que fungió como estrategia para satisfacer las necesidades de salud demandadas por las y los mexicanos.

Algunos de los objetivos y estrategias planteadas en el Programa Sectorial de Salud vigente han sido alcanzados en poco más de tres años del gobierno encabezado por el Lic. Andrés Manuel López Obrador, sin embargo, también existen situaciones que representan grandes problemáticas. Por ejemplo, el desabasto de medicamentos oncológicos para niños y niñas y, por supuesto, la inconclusa pandemia de SARS-CoV-2, en la que desde un inicio hizo falta un plan concreto de atención que aminorara el impacto de la enfermedad en el territorio nacional.

A continuación, se presenta un resumen de las principales aportaciones y obstáculos que tuvieron los sexenios respecto a la gestión del sector salud (véase tabla 2):

Tabla 2
Cronología de la gestión sexenal de 1982-2021 en cuestiones de salud

Sexenio	Presidente	Secretario de Salud	Principales aportaciones	Principales Obstáculos
1982-1988	Miguel de la Madrid Hurtado	Guillermo Soberón Acevedo	- Incorporación del derecho a la salud en el artículo 4º de la CPEUM. - Modificación de la Ley General de Salud en 1984. - Inicio de la descentralización de los servicios de salud.	- Sismo de 1985.
1988-1994	Carlos Salinas de Gortari	Jesús Kumate Rodríguez	- Impulsor de la Planificación Familiar. - Inversión en la infraestructura hospitalaria.	- Pausa de la descentralización de los servicios de salud. - Epidemia de cólera.
1994-2000	Ernesto Zedillo Ponce de León	Juan Ramón de la Fuente Ramírez y José Antonio González Fernández	- Impulso del Programa de Ampliación de Cobertura. - Da continuidad a la descentralización de los servicios de salud. - Creación del Consejo Nacional de Salud. - Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. - Creación de la Ley de Institutos Generales de Salud.	- Error de diciembre, recorte presupuestal del 30% para 1994.
2000-2006	Vicente Fox Quesada	Julio Frenk Mora	- Creación del Sistema de Protección Social en Salud. - Se implementa el Seguro Popular. - Asignación de un presupuesto de más de 8 mil millones de pesos para el Seguro Popular. - Se crea la Cofepris.	- Implementación de nuevas estrategias de salud en un territorio desigual.
2006-2012	Felipe Calderón Hinojosa	José Ángel Córdova Villalobos y Salomón Chertorivski Woldenber	- Continuidad y fortalecimiento a programas del sexenio anterior. - Establecimiento del Programa Caravanas de la Salud. - Creación de hospitales de alta especialidad.	- Epidemia de influenza A H1N1. - Lucha abierta contra el narcotráfico que trajo una oleada de violencia y muertes en todo el territorio.
2012-2018	Enrique Peña Nieto	Mercedes Juan López y José Narro Robles	- Modificación de artículos de la Ley General para que los estados destinen recursos directos a la SSA. - Impuesto a productos y alimentos azucarados. - IMSS-Prospera. - Programa de prevención de embarazo en niñas y adolescentes.	- La Cruzada Nacional contra el Hambre, fue uno de los proyectos más ambiciosos del sexenio, el cual no pudo consolidarse a pesar de los esfuerzos.
2018-2021	Andrés Manuel López Obrador	Jorge Carlos Alcocer Varela	- Creación del Insabi.	- Desabasto de medicamentos. - Pandemia de SARS-CoV-2. - Desaparición del Seguro Popular.

Fuente: Elaboración propia con datos-información de la bibliografía consultada.

Otra manera de entender la salud pública y sus políticas es a partir de cinco grandes etapas (Dávila, Rodríguez y Echeverría, 2012):

1. Primera etapa. Conformada desde la época independiente hasta la promulgación de la CPEUM, en donde la atención será solo a ciertos grupos de población privilegiados.
2. Segunda etapa. Constituida desde la CPEUM, la creación de la Secretaría de Asistencia Social en 1937, la fusión de la misma Secretaría de Asistencia Social y el Departamento de Salubridad en 1943 y, por último, el establecimiento del sector salud en 1977 en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; durante este periodo el principal objetivo fue darle identidad a la salud en México a partir de su consolidación y centralización de aspectos administrativos, políticos y económicos para su mejor funcionamiento, así como la inversión para la construcción de hospitales y clínicas en zonas de gran atención.

3. Tercera etapa. Conformada desde la modificación del artículo 4° de la CPEUM en 1983, el decreto de descentralización de la infraestructura y servicios hospitalarios en 1984, la publicación de la Ley General de Salud y la Constitución del Sistema Nacional de Salud en 1984 y la reformulación de la Ley Orgánica de la Administración Pública en su artículo 39 en 1985; el principal objetivo de este periodo fue la reestructuración del sector salud, la visualización de problemáticas, la consolidación del sistema de salud así como la descentralización.
4. Cuarta etapa. Corresponde al reglamento interior de la Secretaría de Salud en 2001 para la reestructuración de sus facultades.
5. Quinta etapa. Se refiere a la aprobación de reformas y adiciones a la Ley General de Salud por el H. Congreso de la Unión en el año 2003 y a la creación del Seguro Popular, sistema que buscaba que un mayor número de población tuviera acceso a servicios de salud.

Podría proponerse una sexta etapa a partir de la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar en el año 2020. Cabe destacar que las etapas anteriormente descritas corresponden a las generaciones de reformas: primera generación de reformas en 1943, segunda generación en 1982, tercera generación en 2003 y la última generación de reformas en 2020.

ESTADÍSTICAS EN DERECHOHABIENCIA, RECURSOS E INFRAESTRUCTURA DE SALUD EN MÉXICO

La salud en México ha sido una problemática estructural a lo largo de los años, desde su nula o poca contemplación en la aplicación de políticas públicas hasta la poca consideración de asignación de recursos económicos para su desarrollo en diversas escalas. El constante cambio de gobiernos y la poca continuidad de programas sectoriales enfocados a la salud han visualizado problemáticas sociales, muchas de estas expuestas durante la pandemia de Covid-19.

Las problemáticas estructurales orientadas a los aspectos sociales, culturales, económicas y políticas se pueden visualizar en el territorio, lo que profundiza que las políticas públicas no siempre sean aplicables en diferentes escalas, por

consiguiente, el desarrollo de grupos vulnerables y la población en general es notoriamente desigual.

Un claro ejemplo es el Índice de Marginación (IM) del Consejo Nacional de Población que realiza cada 10 años con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) a través de sus estadísticas del Censo de Población y Vivienda. El IM se construye a partir de nueve variables, las cuales explican en materia de educación, calidad de la vivienda y los ingresos salariales, cuáles son las condiciones de la población que habita las áreas geoestadísticas básicas (AGEB), los municipios y las entidades federativas.

Para el año de 2020, el IM registra que los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca ocupan los primeros tres lugares de mayor índice y grado de marginación; si se compara con otros indicadores del propio Inegi, se podrá visualizar que la mayor marginación se encuentra en territorios donde existe la mayor presencia de población indígena, afromexicana y otros grupos vulnerables, también donde se encuentra una interseccionalidad de condiciones sociales, por lo que su nivel de desarrollo es muy bajo; por lo anterior, las políticas públicas enmarcadas en diferentes materias no atienden las demandas de la población que habita dichos territorios.

Mientras que los últimos estados que se encuentran en la lista de IM son muy bajos, como la Ciudad de México o Nuevo León, en los lugares 31 y 32 respectivamente, pues al ser grandes ciudades, la centralización de sus diversos recursos y el desarrollo económico ayudan que este índice no se vea tan comprometido, lo anterior no niega que exista la marginación, sino que sus variables son menos notorias territorialmente.

Los indicadores del IM en México nos visualizan problemáticas socioeconómicas, también expresan que la población se encontrará limitada a poder acceder a servicios indispensables para su desarrollo óptimo, como pueden ser los orientados a la salud, ya que al no acceder a un salario mínimo, tendría poco acceso a la educación y a la calidad estructural de la vivienda, así los recursos económicos estarán más orientados, posiblemente, a satisfacer necesidades alimenticias, de vestido y transporte.

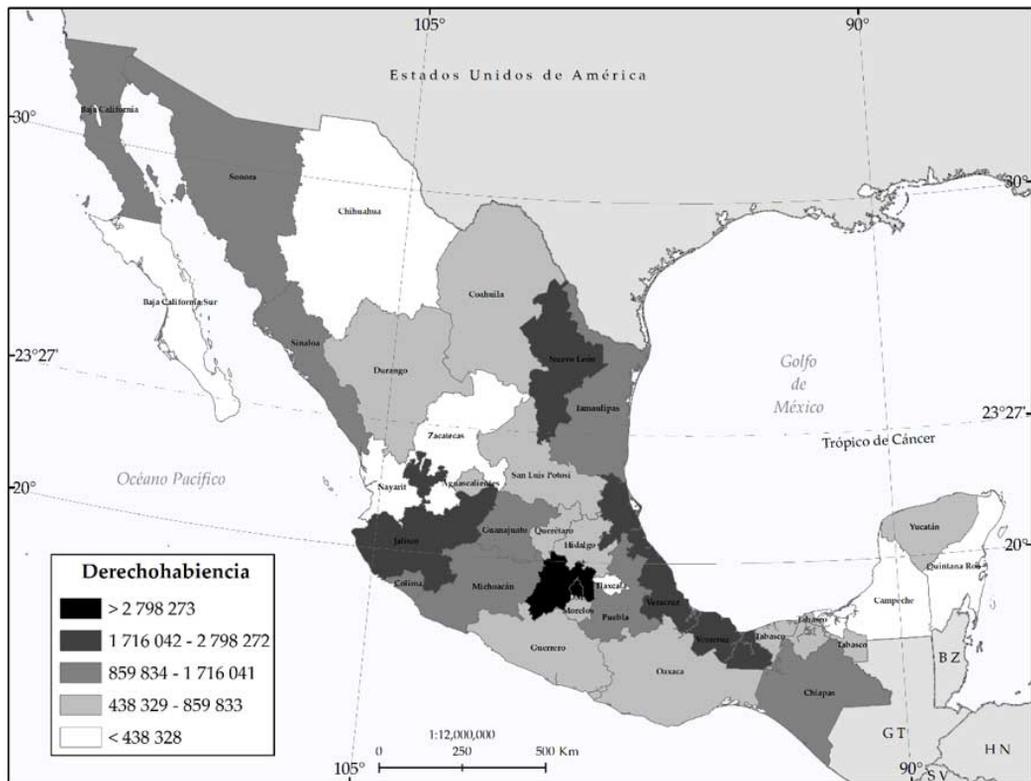
Al continuar el análisis sobre el acceso a la salud, cabe resaltar que el Inegi a través de los Censos de Población y Vivienda (CPyV), hasta antes del 2000, no se

preguntaba sobre si las personas tenían alguna derechohabiencia a los sistemas de salud existentes, tanto del sector público como privado. Al analizar las estadísticas de los CPyV en donde se pregunta sobre la afiliación a servicios de salud, cabe resaltar que a partir de la implementación de ciertos programas o políticas, se ve un incremento considerable en las personas afiliadas, lo que es de importancia.

Para el CPyV [4] del 2000 se contabilizó que más de 39 millones de personas tenían derechohabiencia a servicios de salud otorgado tanto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o por parte de alguna dependencia como Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Defensa) o la Secretaría de Marina (Marina), o bien, en otra institución de carácter público o privado. Los estados con mayor población beneficiada fueron Estado de México, el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) y Jalisco. Por otra parte, más de 55 millones personas no contaban con acceso a la salud, corresponden a los estados que menos población registraban en ese entonces, como Baja California Sur, Colima y Aguascalientes (véase mapa 1).

Diez años después y con un nuevo censo y a partir de la implementación de nuevas políticas orientadas a la salud, las estadísticas referentes a la derechohabiencia cambiaron significativamente, ahora bajo las instancias del IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina, el implementado Seguro Popular en 2003 (dependiente de la Secretaría de Salud) y las instituciones privadas, las personas con acceso a la salud ascendieron a más de 72 millones; mientras las que no contaban con acceso, eran poco más de 38 millones. Nuevamente los estados con mayor población eran los que contaban con mayor número de derechohabientes, en los primeros lugares se encontraban México, Ciudad de México y Jalisco mientras que los estados con menores derechohabientes correspondían a estados como Campeche, Baja California Sur y Colima.

Mapa 1
Población con derechohabencia a por lo menos un servicio de salud,
México 2000

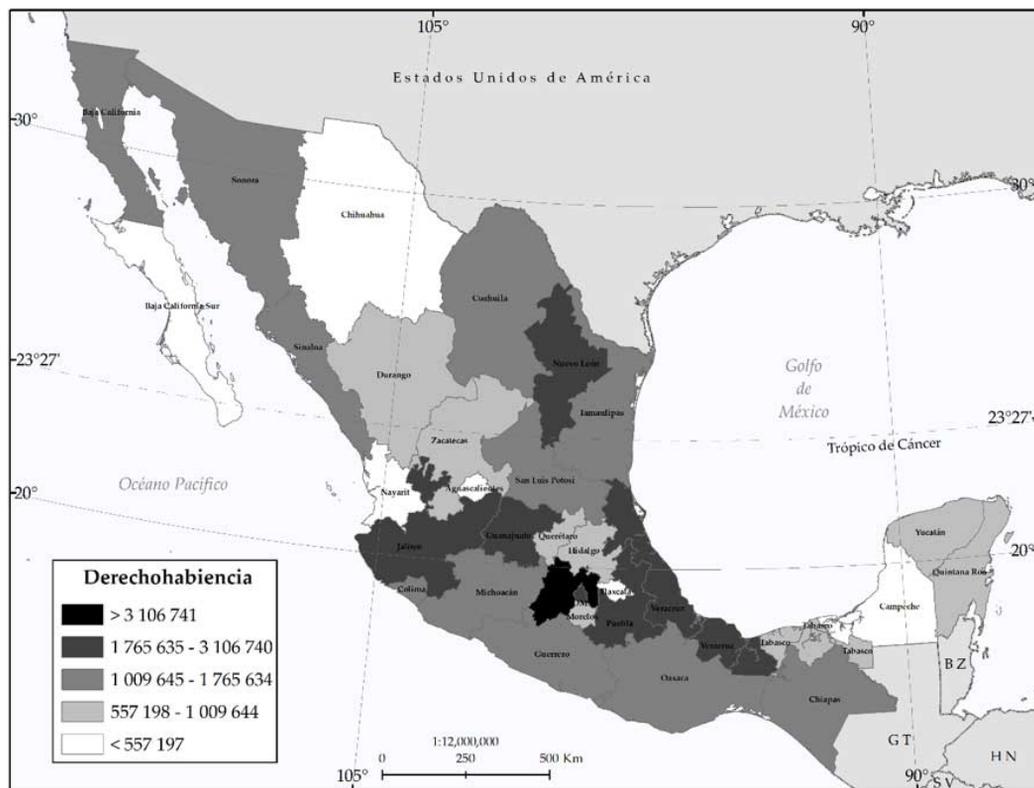


Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2000).

Para el año de 2020,^[5] al aplicarse el nuevo censo, la desaparición del Seguro Popular (SP) y la implementación del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), surgen nuevas estadísticas de la ahora llamada, afiliación a servicios de salud. Para los casi 93 millones de personas, las instituciones garantes de servicios de salud son: el IMSS (también se considera el programa IMSS-Bienestar); el ISSSTE; Pemex; Defensa; Marina; las instituciones privadas y el recién creado Insabi, dependiente de la Secretaría de Salud, del cual muchos beneficiarios fueron del extinto SP. En cuanto a los no afiliados ascienden a poco más de 32 millones. El orden de los estados con mayor o menor afiliación tiene el mismo comportamiento que en el 2010, pero al realizar un análisis entre los mapas 1 y 2, existe un incremento de afiliados en estados donde era preocupante la situación de salud, esto no quiere decir que hayan mejorado los servicios sino que la incorporación de

personas a partir de implementación de políticas como el impulso de pagar cuotas de acceso, la posibilidad de un aseguramiento de trabajadoras del hogar u otros grupos vulnerables han permitido el ascenso de estos números.

Mapa 2
Población con derechohabiencia a por lo menos un servicio de salud,
México 2000



Fuente: Elaboración propia con base en Censo de Población y Vivienda, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2000).

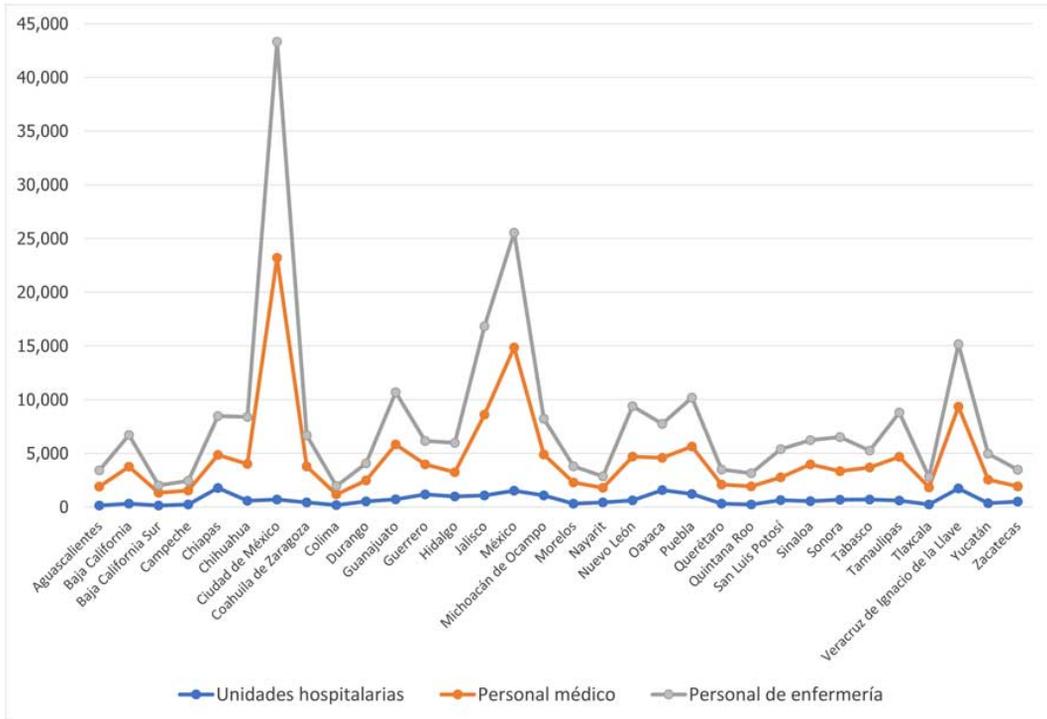
La derechohabiencia o la afiliación a servicios de salud no garantizaron cien por ciento que la población tenga una atención óptima o que la infraestructura o recursos hospitalarios estén al alcance de todos. La Secretaría de Salud (SS), a través de la Dirección General de Información en Salud, desde el año 2012,[6] publica anualmente de manera abierta datos sobre recursos en salud sectorial. Para el presente apartado se contemplan solo tres años de análisis, 2012, 2018 y 2021, los primeros dos[7] debido que marcan un cambio en la administración del país; en el

2021 se visualiza el sexenio del presidente Andrés Manuel López Obrador y la situación conforme a la pandemia de Covid-19.

Para el año de 2012, se reportaron un total de 22,032 unidades hospitalarias (UH), que contemplan la tipología de hospitales integrales, generales, especializados y psiquiátricos, los cuales prestan servicios como consulta externa, hospitalización, asistencia social y establecimientos de apoyo, ya sean de carácter rural, urbano, unidad móvil, entre otras más. Del total de UH, la SS, es la institución que recuenta el 68% de éstos, mientras que el IMSS tiene el 25%, el 7% restante lo mantienen las UH del ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, las administraciones municipales o instancias universitarias. Los estados con mayor número de UH son Chiapas (61% de la SS y con 22% de carácter rural), Veracruz (51% de la SS y con 35% de carácter rural) y Oaxaca (60% de la SS y 44% de carácter rural); en cuanto a los estados con menor concentración de UH son Baja California Sur y Colima.

Por otra parte, en cuanto a los recursos humanos como médicos generales y con especialidad a nivel nacional más de 146 mil personas, de los cuales el 25% se centran simplemente en la Ciudad de México y México, mientras que 14 entidades suman 50% de los recursos y 16 estados registran el 25% restante. Para el caso de personal de enfermería en contacto con el paciente, el 26% nuevamente se centra en la Ciudad de México, el 48% lo registran 13 entidades y el 26% lo concentran 17 entidades (véase gráfica 1).

Gráfica 1
 Recursos e infraestructura hospitalaria por entidad federativa en México, 2012



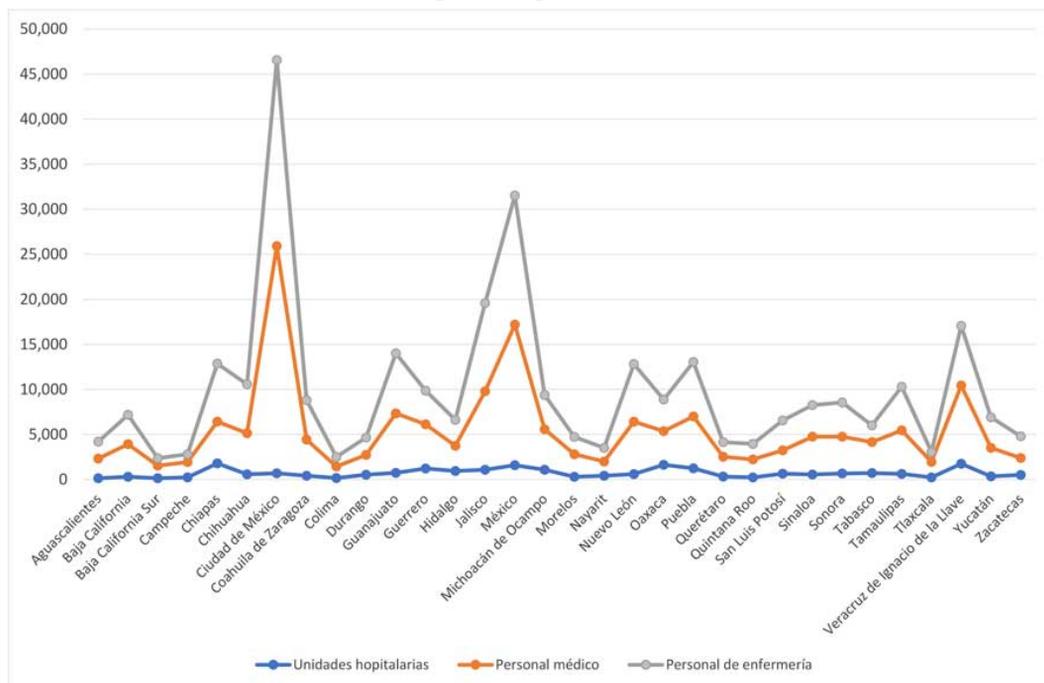
Fuente: Elaborado con base en información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud (2012).

Para el año de 2018 y durante seis años las UH incrementaron 512, lo que da paso a un total de 22,544. Las entidades con un incremento mayor de unidades fueron México, Oaxaca y Puebla, con el 39%. También existieron entidades donde los recursos fueron negativos como Hidalgo que perdió 24 UH, Nuevo León con 13 y Baja California con 6. Dentro de las instituciones con mayor crecimiento estuvieron el IMSS y la Secretaría de Salud con 228 y 180 UH respectivamente, mientras que las administraciones municipales y el ISSSTE fueron las instituciones con mayor pérdida de UH.

En cuanto al personal médico, la Ciudad de México (15%), México (10%) y Veracruz (6%) visualizaron el mayor incremento en el número de médicos generales o con especialidad en las UH; mientras que las entidades con menores incrementos estuvieron Campeche (1%), Baja California Sur (0.9%) y Colima (0.8). En el caso del personal de enfermería en contacto con el paciente, el mayor incremento lo tuvieron México, Chiapas y Guerrero, mientras los estados con

menos incrementos fueron Campeche, Baja California Sur y Tlaxcala (véase gráfica 2).

Gráfica 2
Recursos e infraestructura hospitalaria por entidad federativa en México, 2018



Fuente: Elaborado con base en la información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud (2018).

Por último, para el año de 2021, en la mitad de la gestión del presidente Andrés Manuel López Obrador, ninguna entidad aumento o disminuyó sus unidades hospitalarias, ni el personal médico general o de especialidades, ni el personal de enfermería en contacto con el paciente. Cabe recordar que durante los primeros dos años de la pandemia se habilitaron hospitales temporales en ciertos espacios, para satisfacer las necesidades de recursos humanos y lo que se hizo fue contratar personal temporalmente, lo que tal vez permita que no exista un aumento notorio o significativo en estos rubros.

CONCLUSIONES

Antes de cerrar con algunas conclusiones planteadas en el análisis de las políticas sexenales durante casi 40 años, es importante dejar en la mesa varias preguntas que podrían ser contestadas por estudiosos del tema o quienes toman las decisiones: ¿cómo se entiende la accesibilidad a servicios de salud?, ¿cuáles son las principales razones para no dar continuidad a los programas sectoriales?, ¿de qué se enferman y mueren las y los mexicanos?, ¿por qué no existen estadísticas claras para conocer la salud de las y los mexicanos?, ¿qué es más importante: la salud de las y los mexicanos o el ahorro del gasto público en el sector salud?, ¿cuál es la importancia de atender las ENT?, ¿cuál es la trascendencia de la participación de diferentes ciencias en la construcción de programas, planes y políticas en torno a la salud?

Es claro que fue hasta la consolidación de ciertos sectores, la creación de nuevas instituciones así como la centralización y posterior descentralización de los servicios de salud cuando el sector tuvo una consolidación a nivel nacional, ya que con anterioridad (y en algunos aspectos hasta la actualidad), se privilegiaron algunos grupos poblacionales.

Las condiciones de desigualdad social y económica están presentes en prácticamente todos los sectores, en el Sector Salud, estas desigualdades o inequidades se expresan a través de una serie de variables entre las que destacan: la ocupación; el nivel de ingresos; la pertenencia al medio rural o urbano; la condición de indígena o no indígena; la situación de marginalidad y/o pobreza; el género; la pertenencia o no a la seguridad social oficial y la adscripción o no a seguros de gastos médicos mayores. Estas variables están estrechamente asociadas entre sí.

Debido a la desigualdad que produce la variable relacionada con la seguridad social, desde la década de los ochenta, se ha planteado la integración de las instituciones de salud para promover una mayor equidad. Sin embargo, dicha conjunción no se ha generado.

La inequitativa distribución geográfica de los recursos se suma a la problemática identificada en el sector; por lo que es necesario fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país, para así, ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de la población en condiciones de pobreza, en particular de las comunidades indígenas.

La escasa inversión en el Sector Salud y los altos costos de atención a la enfermedad constituyen dos aspectos centrales de la continuidad de las políticas de

salud en México, por lo que aún hay mucho por hacer en esta materia.

La situación anterior se visualiza durante dos sexenios, en menos de 20 años se han vivido dos pandemias, las cuales han reflejado las problemáticas del sector salud; si bien nadie, ni los países de primer mundo están preparados para una emergencia sanitaria, sí se han creado planes para la atención de éstas. En la pandemia por influenza A H1N1 del 2009, durante aproximadamente un mes, se vivieron escenarios catastróficos en México, donde la gente moría en hospitales; en ese momento el gobierno federal dio atención inmediata al problema, pero la inversión a dicho sector fue momentánea. Para 2020, la llegada a México del SARS-CoV-2 provocó la enfermedad Covid-19, la cual expuso la nula preparación de varios sectores del poder para la atención de la misma contingencia sanitaria, lo que provocó a nivel nacional varios cientos de miles de muertos y millones de enfermos, la inversión en recursos e infraestructura hospitalaria ha tenido altas y bajas en su aplicación tanto financiera como en la formación de éstos.

El mayor reto del actual sistema mexicano de salud consiste en buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado, es decir, se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas y se consiga finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Además, sería conveniente que en los esquemas de planeación para el desarrollo de la salud se planteen metas a nivel estatal e incluso municipal, y no sólo a escala nacional. No se trata de iniciar nuevos programas que sustituyan a los existentes, se trata de complementarlos con iniciativas que los hagan aún más efectivos en el ámbito de la salud.

Por último, la política social en salud muestra los desequilibrios regionales y la polarización del desarrollo actual entre nichos territoriales propios de la terciarización de la economía en contraposición al México rural y marginado, la acción de gobernar implica promover políticas coordinadas cuyo propósito se centre en reducir las brechas entre entidades y municipios, y revertir el deterioro de las condiciones sociales y del medio ambiente regional y fortalecer el desarrollo de las regiones más dinámicas. En el caso específico de la salud, los objetivos de las políticas deberían estar enfocados a reducir las grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud y en la atención a la enfermedad; de otra forma, en nuestro

país la protección de la salud seguirá siendo una aspiración que está lejos de cumplirse.

Para que exista un funcionamiento de toda la estructura del sector salud es necesario considerar cada una de las problemáticas que atañen al sector. El análisis deberá hacerse desde los aspectos cualitativos y cuantitativos, donde la población, el presupuesto y la aplicación de políticas públicas sean estudiadas con lupa para ver en qué momento es posible generar un engrane y, por tanto, un verdadero funcionamiento.

FUENTES CONSULTADAS

Borde, Elis y Mauricio Torres-Tovar (2017). “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. *SAUDE DEBATE. Rio de Janeiro* 41(Núm. Especial): 264-275.

Cámara de Diputados (2021). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en <<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>> (consulta: enero de 2022).

Chávez, Álvaro (2012). El Estado y a política social en México. En *La esquematización de lo social: La política pública en México*, Gerardo Hernández y Enrique Chaires, coordinadores. México: Universidad de Colima.

Chiara, Magdalena (2016). “Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15(30), enero-julio. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Cossío, José Ramón y David Sánchez (2017). “El Consejo de Salubridad General en la Constitución Mexicana de 1917”. En *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución Mexicana*. F. Gutiérrez coordinador. México, Secretaría de Cultura/INHERM/Secretaría de Salud.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2018). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Ciudad de México: s.n.

- Dávila, Javier, Miguel Rodríguez y Santiago Echeverría (2012). *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual, retos y propuestas de política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dieterlen, Paulette (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: Fondo de Cultura Económica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinosa, José (2021). *Salud a la deriva. Sobre la necesidad de un nuevo diálogo acerca del Sistema de Salud en México*. México.
- Fajardo, German (coord.) (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los secretarios de Salud 1982-2018*. México: FCE-UNAM/Facultad de Medicina.
- Gasca, José (2020). Trayectoria y transiciones de la política de desarrollo territorial en México, 1980-2020. En Suárez Paniagua Susana y José Gasca Zamora, coordinadores. *Perspectivas emergentes del desarrollo regional. Capital territorial, política pública y desarrollo endógeno local*. México: UNAM-Escuela Nacional de Estudios Superiores-Unidad León/Juan Pablos Editor.
- Huffman, Curtis (2022). “Políticas de salud y desigualdad, el caso del Seguro Popular”. En *Las políticas sociales de México. Derechos constitucionales, arquitectura institucional, 2000-2018*, compiladores Rolando Cordera y Alicia Ziccardi. México: Siglo XXI Editores/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Disponible en Consultado en línea en enero de 2023 <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2000/>>.
- Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) (2020). Disponible en <<https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>> (consulta: enero de 2022).
- Iñiguez, Luisa (2008). “Territorio y contextos en la salud de la población”. *Revista Cubana de Salud Pública* 34(1), enero-marzo. Cuba: Sociedad Cubana de Administración de salud.
- Kuri, Pablo, Liliana Reyes, Jan Gutiérrez, Andrés Castañeda y Sonia López (2017). “La acción extraordinaria en materia de salubridad general desde la perspectiva de los derechos humanos”. En *Secretaría de Salud: La salud en*

Constitución Mexicana, coordinado por F. Gutiérrez. México: Secretaría de Cultura/INHERM/Secretaría de Salud.

López-Arellano, Olivia y José Blanco-Gil (2001). “La polarización de la política de salud en México”. *Cadernos de Saúde Pública* 17(1): 43-54.

Lustig, Nora (2008). “Políticas públicas y salud en México”. *Revista Nexos*, Issue 367.

Menéndez, Eduardo (2005). “Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales”. *Salud Colectiva* 1(2): 195-223.

Ruíz, Leobardo, Carlos Viesca, Fernando Martínez, Guillermo Fajardo, Carlos Castañeda, Azucena Galindo, Xóchitl Martínez, Mariablanca Ramos y G. Sánchez (2017). “Antecedentes y evolución de la salubridad pública en el México independiente”. En *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución Mexicana*, coordinado por F. Gutiérrez. México: Secretaría de Cultura/INHERM/Secretaría de Salud.

Sánchez, Adrián (2008). Políticas sociales y factores de convergencia territorial. En *Política territorial en México. Hacia un modelo de desarrollo basado en el territorio*, coordinado por Javier Delgadillo Macías y Ricardo Mejía Zayas. México: Sedesol/Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM/Plaza y Valdés Editores.

Secretaría de Salud (1989). Programa Nacional de Salud 1989-1994. México: SSA.

Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (2012), Recursos en Salud. Consultado en línea en enero de 2023

[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html]

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (2018), Recursos en Salud. Disponible en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html> (consulta: enero de 2023).

[Notas]

- [1] Es importante destacar que para antes de 1824, en México se contaban con varios hospitales a lo largo del territorio, ya existían campañas de vacunación, estudios sobre la Geografía médica del territorio, así como planes de acción contra emergencias sanitarias.
- [2] En 1841, se creó el Consejo Superior de Salubridad, el cual en sus inicios no tuvo las facultades necesarias administrativas ni políticas para poder operar. Fue a partir de 1872 que pudo operar y estructurarse para su funcionamiento bajo la adscripción de la Secretaría de Gobernación. Hasta 1891 se expidió el Código Sanitario del Consejo, pero fue hasta 1917 cuando en la fracción XVI del artículo 73 constitucional se decretó que el Consejo y el Departamento de Salubridad dependiera del presidente, sin ninguna intervención de alguna Secretaría de Estado (Cossío y Sánchez, 2017).
- [3] En 1908 se reforma la Constitución de 1857 para considerar que toda actividad sanitaria sea aplicable en todo el país (Kuri *et al.*, 2017).
- [4] Cabe resaltar que para la derechohabencia a servicios de salud no se trabajan porcentajes debido al sobregistro de personas, ya que una sola persona puede verse beneficiada por más de un servicio de salud.
- [5] El Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía fue levantado antes y durante la primera fase de la contingencia por Covid-19, por lo que algunos registros pudieran tener un subregistro o sobregistro de información.
- [6] Para el caso de recursos en salud de la Secretaría de Salud se encuentran disponibles desde el año 2001.
- [7] 2012, cambio de presidencia de Felipe Calderón Hinojosa (PAN) a Enrique Peña Nieto (PRI); 2018 cambio de presidencia entre Enrique Peña Nieto (PRI) y Andrés López Obrador (MORENA).

La salud pública en México antes y durante la pandemia de Covid-19.

Entre centralización y descentralización

Flaherthy M. Cota Badillo

[\[Regresar al índice \]](#)

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la pandemia por Covid-19 en México posee ciertas peculiaridades en comparación a otros países. El 4 de febrero de 2022, México se encontró como el quinto país, en cuanto a cifras de muerte por Covid-19, con 308,141 registros; en primer lugar, Estados Unidos con 920,829, seguido por Brasil con 630,001, luego por la India con 500,087 y en cuarto sitio Rusia con 334,039 (Statista, 2022a). En la misma fecha México oficialmente contabilizó poco más de 5 millones de contagios confirmados, por lo que se localizó en el lugar 15 a nivel mundial en dicho rubro. Las diferencias entre el número de contagiados de los países que se colocaban arriba de México en la clasificación por decesos registrados eran bastante notorias, puesto que Estados Unidos registraba 77 millones 150,412 casos; la India, 41 millones 952,712; Brasil 26 millones 099,735 y Rusia 12 millones 452,765. Incluso cabe mencionar que España, décimo lugar en la clasificación por número de contagiados, registró 10 millones 199,716 casos, prácticamente el doble a la cifra reportada por el gobierno mexicano (Statista, 2022b).

El gran número de defunciones en relación con el de contagios llama bastante la atención y se ha convertido en uno de los principales argumentos que tienen los críticos a las políticas implementadas por el gobierno federal encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO). En primer lugar, el número de contagios contabilizados oficialmente debería ser mucho menor a los reales, puesto que, desde el inicio de la pandemia, el gobierno federal indicó que sólo se haría la prueba a aquellos pacientes con síntomas graves (Vega, 2020); ya para 2021

y 2022, desde la presidencia se hacía el llamado a la población a no acudir de manera masiva a hacerse la prueba y mejor optar por el aislamiento (Cullell, 2022).

En consecuencia, el porcentaje de muertes presentado oficialmente es bastante alto, debido a que muchos contagiados que no tuvieron graves padecimientos, no se hicieron la prueba y no fueron registrados. A pesar de ello, el número de muertes es bastante alto y llama a reflexionar por qué sus vidas no pudieron ser salvadas a pesar de recibir atención médica. Inmediatamente las críticas recayeron sobre la situación en la que se encuentran los hospitales públicos y la calidad de los servicios que ofrecen.

A lo largo de la emergencia sanitaria tuvieron lugar manifestaciones de personal médico que protestaron sobre la falta o mala calidad de su material de trabajo, al igual que hacer evidentes las condiciones precarias en las que laboran. Las muestras de descontento no sólo abarcaron la cuestión en la atención médica, sino también en la política económica, puesto que se consideró que el gobierno federal no dio apoyo suficiente a las empresas para solventar de buena manera la emergencia sanitaria (Navarro, 2020).

La postura desde la cual el gobierno federal respondió a las críticas hechas a su gestión durante la pandemia generó ciertas controversias, puesto que las asoció más a una estrategia de la oposición. Durante las conferencias “mañaneras”, el presidente constantemente hacía referencia de cómo los estados, principalmente los gobernados por partidos de oposición, llevaron a cabo una campaña para desprestigiar y sabotear su gobierno (Parish Flannery, 2020).

La confrontación entre el gobierno federal y los estatales escaló a puntos bastante álgidos, puesto que un grupo de gobernadores de oposición constituyeron la “Alianza Federalista” en abril de 2020. A pesar de que la principal razón para la creación de dicho organismo era realizar medidas alternativas en la gestión de la pandemia, esta “revuelta” de los gobernadores, tuvo como consecuencia arrojar a la luz viejos conflictos que aún faltaban por resolver.

Aunque México está constituido como una federación de estados soberanos, en la práctica el gobierno federal ha tenido mucho mayor peso. A lo largo del siglo XX se constituyó un sistema presidencialista, que no solamente concentró la toma de decisiones, sino también la administración de industrias y servicios de gran importancia, como lo son los referentes a la salud.

Por medio de la exposición y análisis de las tensiones dentro del proceso de reforma de la administración de los servicios públicos de salud a personas no derechohabientes, se pueden dilucidar de mejor manera los problemas relacionados con la implementación del “nuevo federalismo” en México. De tal manera se comprobará que los problemas puntualizados por los gobernadores no responden a una simple querrela entre gobierno y oposición, sino que están enmarcados en un proceso de reforma del Estado mexicano que ha puesto en conflicto la continuidad del centralismo.

EL “NUEVO FEDERALISMO” Y LOS PROYECTOS DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

El Sistema Nacional de Salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector privado comprende las instituciones que brindan atención médica ya sea con fines de lucro o no. Su financiamiento depende de los usuarios, aseguradoras privadas o bien de privados con intereses altruistas. Por su parte, el sector público atiende a dos tipos de población: población asegurada y población sin seguro o “abierta”; para atender a los asegurados existen instituciones específicas, las cuales dependen del empleo de los trabajadores, pues su financiamiento está constituido por las contribuciones del gobierno, del empleador y del trabajador. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a los trabajadores formales del sector privado; para los trabajadores del sector público se tiene al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De igual manera los trabajadores de Petróleos de México (Pemex), y los miembros de las Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y de la Marina poseen sus servicios propios de salud.

Dentro de las instituciones públicas dedicadas a atender a la población abierta se encuentran los Servicios Estatales de Salud (Sesa), los programas específicos del IMSS (en la presente administración es el IMSS-Bienestar) y el Instituto Nacional para el Bienestar (Insabi). Este sector es en el que más han impactado las reformas en búsqueda de la descentralización y modernización de la administración pública, puesto que, desde su creación en 1943, la Secretaría de Salubridad y Asistencia

(SSA) era la encargada de administrar directamente los servicios de salud a la población abierta en el país.

En el 2020, año en el que arribó la pandemia por Covid-19 a México, el país contaba con 126 millones 014, 024 habitantes, de los cuales, según el Inegi, había 92 millones 582, 812 derechohabientes a algún servicio de salud, incluyendo Insabi e IMSS-Bienestar (Inegi, 2021b). El IMSS reportó que a finales del 2019 tenía un total de 28 millones 661, 228 asegurados, de los cuales 20 millones 421, 442 eran trabajadores y 8 millones 239, 784 eran familiares de trabajadores o personas afiliadas voluntariamente (IMSS, 2020). Por su parte, el ISSSTE reportó que en 2020 tenía un total de 13 millones 515, 575 afiliados (ISSSTE, 2021). Finalmente, los afiliados a los servicios de salud de la Sedena, Marina y Pemex eran aproximadamente de un millón (Inegi, 2021b).

A pesar de la existencia de varias instituciones que brindan seguridad social y servicios médicos a la población, muchos mexicanos no pueden gozar de ellos, debido a varias razones, entre las que están el vivir en zonas rurales poco conectadas y el trabajar en el sector informal. La poca continuidad de los proyectos presidenciales con respecto a la salud pública, han impactado directamente en la calidad y cobertura de los servicios brindados a la población abierta. Como se expondrá a continuación, desde la década de 1980 comenzó a desarrollarse una reforma que buscaba la descentralización de los servicios de salud para la población abierta, sin embargo, dicho proceso no ha gozado de una continuidad consistente, puesto que varios presidentes, en su afán de ligar los programas sociales directamente con su persona, han ignorado, frenado o afectado el proceso de descentralización.

Cuando se promulgó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1917, la salud estaba contemplada en los artículos 73, sección XVI y 123. El primero indicaba que el Consejo General de Salubridad dependía directamente del presidente y puntualizaba algunas atribuciones de los organismos del sector salud para erradicar vicios nocivos o en caso de epidemias (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const.], 1917: art. 73). Por su parte, el artículo 123 le garantizaba al trabajador el laborar en condiciones que no atenten en contra de su salud (Const., 1917: art. 123).

El artículo 4 contenía el derecho a ejercer libremente cualquier actividad lícita, quedando prohibidos el privar a las personas del fruto de su trabajo (Const. 1917:

art. 4). Dicho artículo ha sido constantemente reformado e incluso reescrito, puesto que su contenido original fue trasladado al artículo 5 en 1974, con lo cual se dejó de lado el contenido laboral y fue haciendo mayor referencia a aspectos sociales y de salud. Dentro de las reformas a este artículo destacan: la declaración de igualdad del varón y la mujer ante la ley; incluir el derecho a decidir sobre la descendencia; la afirmación de la composición pluricultural de la Nación mexicana de 1992 (dichas consideraciones se incluyeron en el artículo 2 desde 2001); los derechos de los niños en el año 2000; el derecho a habitar un medio ambiente adecuado y el derecho al acceso a la cultura y a los bienes y servicios que presta el Estado en dicha materia (Rives, 2010: 48). En 1983 se dio una reforma de gran relevancia al artículo 4, pues se incluyó el derecho a la salud.^[1] Este acontecimiento estuvo enmarcado por un proceso de modernización del Estado mexicano, puesto que implicó los inicios del proyecto de descentralización de la administración de los servicios públicos.

Desde el periodo posrevolucionario, el Estado mexicano se constituyó de tal manera que el presidente y el gobierno federal fueran los rectores máximos de todos los aspectos de la sociedad mexicana. Todas las decisiones de importancia se tomaban desde el centro, el cual creaba grandes planes nacionales que homologaban todos los problemas y presentaban soluciones únicas (Aguilar, 1992: 30). Obviamente sostener este sistema implicaba mantener un consenso, el cual podía ser logrado por medio del enaltecimiento del nacionalismo y la reivindicación constante de la figura presidencial y del partido oficial; la otra manera era por medio de la represión.

Dicho sistema se encontró en serios problemas, puesto que su mantenimiento implicaba un gasto enorme al erario, situación que no pudo sostenerse inmutable a lo largo de los años. La segunda mitad de la década de los 70 se caracterizó por el afrontamiento de una crisis económica de grandes dimensiones, que provocó que el Estado mexicano tuviera que ser reformado a fin de reducir sus gastos. Las presiones ejercidas por los organismos financieros internacionales, como el Fondo Monetario Internacional, no fueron de menor importancia, puesto que condicionaron la entrega de recursos al cumplimiento de reformas en la administración pública.

Ante tal panorama, desde la presidencia comenzaron a implementarse proyectos de descentralización de la administración pública. Surgió entonces la

idea de un “nuevo federalismo mexicano”, el cual comprendería “relaciones jurídico-administrativas establecidas entre unidades de gobierno que poseen diferentes grados de autoridad por área y autonomía jurisdiccional” (López, 2012: 181), por lo tanto, era necesario un proceso de entrega de responsabilidades a los Estados. Ciertamente esto ayudaría a la construcción de un federalismo plenamente funcional y no sólo nominal; sin embargo, el diseño y la implementación de las políticas descentralizadoras fueron concebidos como una necesidad apremiante. Por ello, ciertas presidencias veían con molestia a los organismos descentralizados y a los gobiernos estatales, pues buscaban mantener la preponderancia del gobierno federal; por su parte, muchos gobiernos estatales vieron con disgusto y poca confianza como desde el centro se implementaba una política descentralizadora que les traspasaba más responsabilidades de las que podían manejar.

La descentralización implementada durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) presentó cierta solidez al realizar las reformas constitucionales pertinentes y al crear, o reformar las leyes correspondientes. Destaca la creación del Ramo Presupuestal XXVI, denominado “Desarrollo Regional”, cuyo objetivo era transferir y asignar recursos federales a los estados. A pesar de estos avances, la presidencia no tenía la intención de limitar la centralidad de su figura, por lo tanto, las reformas implementadas demostraban cierta “tibieza” o ambigüedad. Los Estados comenzaron a recibir responsabilidades en la administración y operación de servicios públicos, pero se veían limitados en muchos ámbitos, puesto que la asignación del presupuesto continuaba siendo una atribución exclusiva del gobierno federal (Cabrero *et al.*, 1997: 328-330). La asignación de recursos fue la principal preocupación de los gobiernos estatales, puesto que se temía que no se brindara lo suficiente para cumplir con las obligaciones recientemente asignadas; dicha preocupación estaba perfectamente fundamentada, puesto que las reformas se dieron en un contexto de crisis económica y recortes presupuestales.

Así es como el nuevo federalismo para el caso mexicano significa descentralización. Se trata de un reacomodo en las responsabilidades de los diferentes órdenes de gobierno con la idea de generar un descongestionamiento del centro transfiriendo funciones a los ámbitos estatales y municipales. [...] Existe un rezago importante de los gobiernos estatales y municipales por asumir plenamente sus atribuciones y autonomías formalmente otorgadas por la Constitución mexicana. Se trata pues de asumir un

federalismo *de facto* y no sólo *de jure*, para lo cual por el momento es necesario restituir márgenes de acción, decisión, y autosuficiencia en estos niveles de gobierno (Cabrero, 1997: 330).

Como se mencionó anteriormente, en 1983 se incluyó el derecho a la salud en la Constitución; en consecuencia, se promulgó la Ley General de Salud y se reorganizó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) pasando ahora a denominarse Secretaría de Salud (SS). Como secretario de Salud se eligió a Guillermo Soberón, ex rector de la UNAM, el cual se encargaría de dirigir el primer proceso de descentralización del Sector Salud. El principal objetivo era ceder todas las actividades operativas y la mayoría de las administrativas de la secretaría a los gobiernos estatales, para que ésta pudiera concentrarse en tareas normativas, reguladoras y evaluadoras de las instituciones descentralizadas encargadas de brindar los servicios. El cambio sería especialmente sensible para los organismos encargados de atender a la población abierta.

Para inicios de la década de 1980 la atención a la población no derechohabiente era brindada por la SSA a través de la dependencia denominada Servicios Coordinados de Salud Pública, los Servicios Estatales de Salud (SESA), los del Departamento del Distrito Federal y el Programa de Solidaridad IMSS-Coplamar. Los Servicios Coordinados de Salud Pública “señalaban medios y propósitos en cuanto a la planeación, organización, prestación y evaluación de la atención a la salud en las entidades federativas, sobreponiéndose, duplicando o absorbiendo funciones que correspondían a los organismos estatales encargados de la atención a la salud” (Fajardo, 2004: 46). Desde 1973, bajo la idea de la Solidaridad Social el gobierno financió un programa del IMSS creado para atender a la población de zonas marginales; en 1979, dicho servicio se reorganizaría con la firma de un convenio entre el IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar). Dicho programa ha continuado a lo largo de las presidencias adoptando diferentes nombres, como Solidaridad, Oportunidades, Prospera y finalmente Bienestar (IMSS, 2019). Los servicios de la SSA atendían principalmente a la población abierta urbana y generalmente solicitaban una cuota de recuperación, mientras que

el IMSS-Coplamar se concentraba en la población rural y con regularidad solicitaban una retribución por medio del trabajo comunitario (Fajardo, 2004: 47).

El mantener al menos tres organismos que atendían a la población abierta provocaba ciertos problemas, tales como la disparidad en la calidad de la atención o el hecho de que en algunas zonas hubiera presencia de las tres mientras que en otras ninguna de ellas prestaba atención. Como primera solución al problema, el sexenio de López Portillo (1976-1982) siguió la postura de los grandes proyectos, puesto que buscó unificar los servicios que recibían financiamiento federal por medio de la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud, la cual sería dependiente de la presidencia (Fajardo, 2004: 47). Sin embargo, existían muchas dificultades para concretar dicho proyecto, entre los que destacó la crisis económica que obligó a la reestructuración de la administración de los servicios públicos.

El optar por un proyecto descentralizador de los servicios de salud, no tenía como objetivo final el transferir responsabilidades a los gobiernos estatales, este cambio se presentaba como el medio por el cual se lograría mejorar la eficiencia y calidad de los servicios. Unificar los servicios de la SSA y del IMSS-Coplamar bajo la administración directa de los Estados tenía varias razones: 1) más acción de los elementos locales; 2) racionalizar los servicios para que no haya duplicaciones u omisiones; 3) mayor responsabilidad de los Estados, pues se esperaba que invirtieran cada vez más recursos propios; 4) fortalecer a los actores locales, puesto que se pretendía llegar a municipalizar los servicios de salud y organizar a la comunidad como un elemento participe en la toma de decisiones y evaluación; y 5) liberar a la Secretaría de Salud de funciones operativas para que se dedicara a la rectoría (Gómez, 2021).

El proyecto de descentralización no fue bien recibido por todos los gobernadores ya que no todos aceptaron las responsabilidades que se les traspasaban. En 1985 Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Jalisco, Morelos, Tabasco, Querétaro y Sonora accedieron a participar en el proyecto descentralizador; en 1986 Colima, Guanajuato y el Estado de México y, finalmente, en 1987 lo hicieron Aguascalientes y Quintana Roo. También existió el caso de Michoacán, que inició el proceso, pero no lo concluyó, lo cual implicó un serio deterioro en los servicios de salud en el estado (Fajardo, 2004: 49). En 1986 la Secretaría de Salud constituyó los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal,

un organismo desconcentrado que en 1999 se fusionó con el Instituto de Salud del Distrito Federal para constituir la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Secretaría de Salud-Ciudad de México, 2022).

Fueron 14 estados los que respondieron al proyecto descentralizador de la década de 1980, la mayoría de ellos se encontraba por encima del PIB promedio nacional, lo cual indicaba que podían invertir más en el Sector Salud (Jaramillo, 2007: 88). Estados como Hidalgo y Oaxaca se opusieron firmemente a que desapareciera el programa IMSS-Coplamar, argumentando que era bastante eficiente (Fajardo, 2004: 49). La convivencia de los dos sistemas en la década de 1980 y la primera mitad de 1990 hicieron patentes las desigualdades entre las capacidades que tenían los gobiernos estatales para gestionar los servicios de salud.

El proceso de descentralización consistió en dos etapas: 1) Desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la SSA y 2) Conformación de organismos Estatales de Salud. En la primera etapa, la SSA creó Organismos Públicos Descentralizados (OPD), los cuales serían muy útiles para trasladar un conjunto de facultades a los organismos estatales correspondientes en un primer momento, aunque se les concedió autonomía técnica, no tenían responsabilidad jurídica ni patrimonio propio, por lo tanto, dependían de normas y controles jurídicos centrales. En la segunda etapa, que ya es plenamente la de descentralización, se transfirieron las facultades, planes y recursos a organismos estatales que ya poseerían personalidad jurídica y patrimonio propio (Fajardo, 2004: 48).

Ya que coexistieron estados centralizados y descentralizados se pudieron hacer balances comparativos que sirvieron para determinar los beneficios y las problemáticas que tenía el nuevo proyecto de administración de los servicios de salud. Inmediatamente salieron a relucir las diferencias que había entre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Los trabajadores de la SSA y del IMSS-Coplamar tenían mejores sueldos y prestaciones, por lo tanto, se opusieron a ser absorbidos por los organismos estatales, que no les ofrecían las mismas condiciones. Posteriormente, cuando ya estaban integrados, comenzaron a haber disputas de poder, principalmente con referencia a la distribución de cargos administrativos (Fajardo, 2004: 49). Al igual que en otros procesos descentralizadores llevados a cabo por los mismos años (como el de la educación),

en el sector salud también hubo problemas entre las secciones sindicales de las instituciones, puesto que la unificación implicó un reacomodo de fuerzas (Cabrero *et al.*, 1997: 339).

Los análisis sobre los resultados del proyecto de descentralización de los servicios de salud de la década de los 80 son bastante ambiguos. En los estados que se sumaron a la descentralización aumentaron el número de consultas, lo cual podría considerarse como un efecto positivo, sin embargo, en los que se mantuvieron centralizados, se construyó más infraestructura. Lo anterior implica que los estados descentralizados se mantuvieron operando con las mismas instalaciones que heredaron del anterior sistema, lo que puede afectar a la calidad y eficiencia del servicio (Ornelas, 1998).

Uno de los objetivos de la descentralización era el de atender a toda la población no derechohabiente, sin embargo, sólo se mostró una mejoría en el acceso a los servicios de salud en la población urbana en detrimento de la rural (Leiva, 1997). Todo lo anterior derivó en una percepción negativa que tenía la población sobre la atención que recibía; según la Segunda Encuesta Nacional de Salud, la población abierta mostraba una notable insatisfacción hacia los servicios que recibían, puesto que el 20% de la población abierta por encima de la línea de pobreza se mostró insatisfecho, mientras que el 31% de la población en pobreza así lo percibía y finalmente el 47% de la población en pobreza extrema también tenía esta percepción (Ornelas, 1998).

Las complicaciones que surgieron en este proceso de descentralización evidenciaron la falta de estudios preliminares para conocer la situación en la que se encontraba el sistema de salud. Ni el gobierno federal ni los estatales evaluaron de igual manera las condiciones de la infraestructura y del personal traspasado; por lo tanto, la desigualdad en el sistema de salud entre los estados aumentó debido a medios económicos o de gestión bastante diferenciados. Como se mencionó, en esta etapa la mayoría de los estados mantuvieron centralizados los servicios de salud para la población abierta al considerar que no tenían las condiciones para asumir la responsabilidad.

Los estados que se adherían al proyecto de descentralización aceptaban el traspaso de recursos federales para la operación de los servicios de salud; de igual manera se esperaba que los estados invirtieran de sus propios recursos para mejorar dicho sistema. Lo anterior implica que no hubo una reforma fiscal acorde

con la idea del nuevo federalismo que se buscaba implementar. Los estados, aunque eran instados a acatar las responsabilidades propias de un sistema federal, seguían atados a controles y frenos que el gobierno federal ponía a través de la asignación de recursos y de las competencias propias de la Secretaría de Salud.

En los hechos, los sectores de salud y educación desconcentraron funciones operativas y centralizaron funciones estratégicas. En ambos casos el gobierno central se reservó facultades para “determinar”, “normar”, “regular”, “evaluar”, y fijar criterios generales. Los estados, en cambio, “prestan servicios” y “operan el sistema”. Como lo menciona Carlos Ornelas “se centraliza el poder y se descentraliza la administración”. Esta fue la esencia del modelo que siguió la descentralización en México (López, 2012: 187).

A pesar del balance ambiguo que tuvo esta primera etapa de descentralización de los servicios de salud, el ejercicio fue de gran utilidad como antecedente, puesto que ayudaría a la conformación de proyectos posteriores. Sin embargo, el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1992) implicó en cierta manera, un retroceso para el “nuevo federalismo”, tanto en su concepción más profunda como en su aplicación más superficial de implicar solo la descentralización de la administración pública.

La implementación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) en 1988 tenía como objetivo atender diversas necesidades de la población en condiciones de pobreza. Este programa logró en gran manera que la población relacionara directamente a la figura presidencial con la asistencia social. El éxito del programa le redituaba varios beneficios al gobierno; en primer lugar, serviría para evitar que el descontento social provocado por las controvertidas elecciones de 1988 escalara y, en segundo término, frenar las quejas hacia el gobierno por la implementación de las reformas neoliberales (Martínez y Benavides, 2018: 85).

El Pronasol estaba administrado por la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), su órgano directivo era la Comisión del Programa Nacional de Solidaridad, presidida por el titular del Ejecutivo e integrada por representantes de diversas organizaciones, como el IMSS, la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo), el Instituto Nacional Indigenista, entre otras. Posteriormente, en 1992 se constituyó la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol)

al fusionar la SPP con la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (Sedue), por lo que el Pronasol pasó a ser administrado por este nuevo organismo.

Dentro de la concepción del Pronasol figuraba la promoción de la coordinación entre los diversos niveles de gobierno, puesto que involucraría en la participación a los gobiernos estatales y municipales, al igual que alentarlos a invertir sus propios fondos para el buen desarrollo de los planes. De igual manera, se organizó a la población beneficiaria en Comités comunitarios de solidaridad, lo cuales ayudarían a canalizar las demandas de la población hacia el Pronasol.

La partida presupuestal de Pronasol provenía del Ramo XXVI, el cual cambió su nombre a “Solidaridad y desarrollo”; tal fue el peso de este programa que en 1992 concentró el 45% de todo el gasto en desarrollo social, lo cual correspondió al 20% de la inversión pública de aquel año (Ayala, 2022). A pesar de su estructura y de la asignación de presupuesto, el balance del programa fue bastante ambiguo, puesto que los recursos no siempre llegaron a las comunidades más necesitadas, ni tampoco se llegó a responder de manera adecuada a los problemas de la población en situación de pobreza. “El presupuesto de gasto del Pronasol no estaba distribuido proporcionalmente con respecto a la población en pobreza. En algunos casos, los estados con los niveles más bajos de pobreza recibían los mismos recursos que aquellos estados con un porcentaje mucho mayor de población en pobreza” (Martínez y Benavides, 2018: 90).

La estructura del programa y su ejecución significó un serio freno e incluso un retroceso para el federalismo, puesto que en la práctica resultó ser un proceso de recentralización. La búsqueda por crear un vínculo directo entre la presidencia y la población marginal implicaba la necesidad de saltarse los canales institucionales ya establecidos y crear estructuras de poder paralelas a los gobiernos estatales. Un claro ejemplo de esto fue la figura del delegado de la Sedesol en los estados, el cual tendría entre sus funciones el velar por el buen desarrollo del Pronasol (Cabrero *et al.*, 1997: 364).

Las administraciones siguientes mantuvieron la figura de un programa social de gran escala, sin embargo, el nivel de centralización de este no fue constante. El sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000) se enfrentó a una crisis económica que nuevamente puso como tema prioritario la reforma de la administración pública y el recorte al gasto público. Por lo tanto, en ese sexenio se llevó a cabo un nuevo proyecto de descentralización de los servicios de salud.

El Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 reconocía la necesidad de “impulsar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades, capacidades de decisión y ejercicio de recursos fiscales entre los tres órdenes de gobierno. Para ello se auspiciará el federalismo y se limitaría el centralismo que ha entorpecido el desarrollo económico y político de la República” (Plan Nacional de Desarrollo (PND), 1995). Se contemplaba como prioridad la descentralización administrativa, especialmente la de los servicios de salud en primer y segundo nivel para personas no derechohabientes, su objetivo era:

Terminar de delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal forma, serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad, junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación (PND, 1995).

En 1996 se firmó el Acuerdo Nacional para la descentralización de los Servicios de Salud entre el gobierno federal, los 31 estados y el Distrito Federal. Posteriormente cada estado firmó individualmente un Convenio Único de Desarrollo oficializando la transferencia de inmuebles, equipo, recursos humanos y presupuestales. Este proyecto tuvo una mayor solidez y dentro de su concepción se tomaron en cuenta aquellos conflictos que obstaculizaron el buen desarrollo del proceso iniciado en los 80.

La distribución de competencias entre la federación y los estados en el Sector Salud se planteó de la siguiente manera:

1. El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud, mantiene las funciones de normatividad, coordinación, planeación y evaluación.
2. Los gobiernos estatales firman un acuerdo de descentralización específico con la federación y crean un organismo público descentralizado, para formar su sistema estatal de salud.
3. La transferencia de recursos financieros federales se efectúa mediante un ramo especial, etiquetada al organismo público descentralizado, a través de la Secretaría de Finanzas de los estados.

4. El organismo público descentralizado se hace cargo del manejo de los recursos materiales y de la operación directa de las unidades médicas.
5. El gobierno estatal se compromete a mantener su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y a incrementarla en la medida de sus posibilidades.
6. En materia laboral, el organismo público descentralizado estatal se convierte en el titular de la relación de trabajo con los empleados federales transferidos y con los de los servicios estatales. Se respetan los derechos, las prestaciones, prerrogativas y beneficios contenidos en las condiciones generales de trabajo federales y en los actuales acuerdos económicos en los términos de legislación vigente. El gobierno federal cubrirá el diferencial existente entre los salarios de los trabajadores federales y estatales.
7. No obstante, la Secretaría de Salud tratará exclusivamente con la Representación Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud los asuntos laborales de naturaleza colectiva vinculados con los trabajadores federales transferidos (Cabrero *et al.*, 1997: 345).

La Secretaría de Salud traslada los recursos a los Servicios Estatales de Salud, a las Unidades Centrales de la Secretaría, a los órganos desconcentrados y a los organismos descentralizados por medio del Ramo Administrativo 12. Todo conforme a las disposiciones legales federales en relación con su ejercicio y control; la SSA emitiría las normas en materia de presupuestación, ejercicio, contabilidad, control y evaluación (López, 2012: 198). Por su parte, las secretarías de finanzas de cada estado deberán transferir recursos a los servicios de salud correspondientes.

Para la atención de la población no derechohabiente se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) ubicado en el ramo administrativo XXXIII. La Secretaría de Salud distribuye los recursos según lo estipulado en la Ley de Coordinación Fiscal. Para determinar los montos que serán asignados a los estados, se establecieron tres elementos: a) inventario de infraestructura médica y plantillas de personal transferidos a los estados; b) las previsiones para servicios personales contenidas en el presupuesto de egresos federal y c) gastos de operación e inversión comprometidos con anterioridad por los estados (López, 2012: 199).

Los objetivos de este proyecto de descentralización eran mucho más ambiciosos que los de la década de los años ochenta, por lo tanto, su formulación debió ser más concienzuda. Todas las entidades federativas accedieron a participar en el dicho proceso y a lo largo de 1997 les fueron transferidas las nuevas responsabilidades, siendo el último el estado de Baja California en 1998.

A pesar de los aciertos en la formulación del proyecto de descentralización, la recepción en los estados fue desigual. Persistió como principal crítica el hecho de que fuera una descentralización concebida y ejecutada desde el centro, por lo tanto, pareció que los estados no tenían más opción que participar. Al momento de realizar el traspaso, cada estado poseía condiciones diferentes, lo cual provocó que el desarrollo de los Servicios Estatales de Salud fuera desigual. La distribución de recursos “premiaba a las entidades con mayor capacidad instalada, generalmente aparejado con mayor potencial económico. La federación transfería más recursos a los estados con mayor número de hospitales y una plantilla de personal más grande” (Chertorivsky-Woldenberg, 2011: 490).

Al poco tiempo de iniciado este nuevo proceso de descentralización de los Servicios de Salud se impulsó desde la presidencia de Vicente Fox (2000-2006) el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP), el cual buscaba garantizar el derecho constitucional a la salud en la población no derechohabiente. El sistema previo se caracterizaba por ser asistencial, al cual acudían las personas cuando su padecimiento era prácticamente urgente; esto propiciaba que se dejara en segundo término la medicina preventiva y se dificultara el seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas. Uno de los principales fundamentos del SP era eliminar que la población tuviera que recurrir a los servicios privados para atender sus enfermedades, especialmente las crónicas.

En 2003 se realizaron las reformas pertinentes en la Ley General de Salud con lo cual se dio origen al Sistema de Protección Social en Salud. Para el funcionamiento del SP se crearon los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), órganos públicos descentralizados sectorizados a la Ssa cuya función era administrar los recursos; por su parte los SESA se encargarían de la atención médica de la mayoría de los pacientes. El SP tenía dos mecanismos operativos: el aseguramiento subsidiario y el seguro de gastos médicos. El primero posee varios instrumentos: Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes),

Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG impulsado por la presidencia de Felipe Calderón y posteriormente conocido como Seguro Médico Siglo XXI), Estrategia Embarazo saludable, Fondo de Previsión Presupuestal y Cirugía extramuros.

El Causas estaba enfocado a la atención de primer y segundo nivel, por lo tanto, cubría la medicina preventiva, procedimientos quirúrgicos simples y patologías simples. El SMNG aseguraba la atención a todos los niños menores de 5 años, sin importar el padecimiento que sufrieran. El Fondo de Previsión Presupuestal era un fideicomiso que financiaba la construcción y mejoramiento de la infraestructura de acuerdo con el Plan Maestro de Infraestructura de la Secretaría de Salud, de igual manera servía para cubrir imprevistos; su característica principal era que conservaba el presupuesto no utilizado, por lo cual se esperaba que el fondo creciera año con año.

En cuanto al mecanismo de seguro de gastos médicos, este comprendía dos instrumentos: El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y las intervenciones de alto costo del SMNG. La diferencia de este mecanismo radica en que no era subsidiado de manera previa, sino que se efectuaba el pago a otras instituciones públicas (SESA, IMSS, ISSSTE, Institutos Nacionales, etc.) o privadas por evento. En el 2011 el FPGC cubría 56 de los 110 padecimientos que el Consejo General de Salubridad considera como Catastróficos pues debido a su atención pueden empobrecer al paciente y a su familia; dentro de las enfermedades consideradas se encuentra el cáncer cervicouterino, de mama, en niños y adolescentes, cataratas, VIH/SIDA, hemofilia, etc. (Chertorivsky-Woldenberg, 2011: 492).

La implementación del SP implicó para los estados una inyección de presupuesto, puesto que la federación les transfería los recursos para que ellos administraran y operaran los servicios. La asignación de recursos para el funcionamiento del SP se daba a través del Programa Presupuestario U005 del Presupuesto de Egresos y era complementaria a la realizada a través de los Ramos 12 y 33, sin embargo, el sistema respondía a una lógica diferente. Los recursos del SP no eran otorgados de acuerdo con la infraestructura o al personal, sino que se financiaba por afiliado, siendo el mismo monto en todo el país.

El financiamiento del programa provenía de recursos federales, estatales y de cuotas familiares. La federación cubría cinco sextas partes del gasto anual por individuo por medio de una Cuota Solidaria (CS) equivalente al 3.92% del salario mínimo general vigente para el Distrito Federal y de una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a 1.5 veces la CS. Esta última debía tomar en consideración los recursos transferidos a los estados por medio de los Ramos 12 y 33; así se lograría equilibrar la desigualdad en la asignación de recursos que sufrían los estados. Finalmente, está la Aportación Solidaria Estatal (ASE), equivalente a 0.5 de la CS, sin embargo, se instaba a los estados a invertir mayores recursos (Chertorivsky-Woldenberg, 2011: 493-494). En cuanto a las cuotas familiares, estas podían evitarse según los ingresos que tuvieran, si eran muy bajos se les condonaba, al igual que si pertenecían a algún otro programa en contra de la pobreza, como Oportunidades. La Ley General de Salud describe detalladamente los rubros y los porcentajes en los cuales se puede gastar el presupuesto.

El proceso de afiliación fue bastante exitoso, puesto que para el año 2015 el SP poseía el 49% de los derechohabientes mexicanos, superando el 39% que tenía el IMSS. Este seguro fue bastante bien recibido por parte de la población en pobreza, puesto que el 79.7% de las personas pertenecientes al Decil I (el de mayor pobreza) estaba afiliada al SP; 71.6% del Decil II y 63% del III, por esta campaña de afiliación masiva, la población mexicana que no tenía acceso a servicios de salud pasó de 38.4% en 2008 a 15.5% en 2016 (Deydén, 2019).

El hecho de que el financiamiento del SP se asignara *per cápita* implicó que las campañas de afiliación fueran de gran importancia, de igual manera, lo era el mantener el número por medio de la reafiliación. El SP representó un importante avance para la lograr un sistema de salud universal, sin embargo, la implementación y los resultados han sido merecedores de muchas críticas.

En primer lugar, los anteriores procesos de descentralización consistieron en el traspaso de la transferencia de los servicios de salud a los estados, buscando reducir la intervención del gobierno federal, limitándola sólo a la normatividad, supervisión y evaluación. En el caso del SP, implicó la creación e inserción de una estructura propia para la administración de los recursos que se transferían a los estados (López, 2012: 194).

Las críticas al SP fueron bastantes, principalmente giraron en torno al manejo del presupuesto y los resultados que presentaban. Su objetivo de atender a la población no derechohabiente requirió que se valieran principalmente del uso de instalaciones y personal de los SESA (que ya eran los encargados de atender a dicha población). Sin embargo, la llegada del financiamiento del SP no significó una mejora radical de instalaciones y personal, puesto que prácticamente siguieron operando sin aumentos o mejoras de consideración (López, 2012: 194). En 2018, 3.1 millones de personas se encontraban en condiciones de aislamiento en cuanto a la atención médica, puesto que acudir a las instalaciones les implicaba un desplazamiento de más de 20 minutos a las clínicas, de más de una hora para hospitales de segundo nivel y en cuanto al tercer nivel implicaba el desplazamiento a las capitales estatales o a otra entidad (Deydén, 2019).

Se presentaron quejas al respecto del diseño y ejecución del SP, principalmente se habló de que no se mejoró la atención a los pacientes, puesto que existen zonas donde no había médicos capacitados. De igual manera fueron bastante recurrentes los escándalos sobre la falta de medicamentos para los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI y del FPGC que padecían enfermedades tales como cáncer y VIH/SIDA (Leal, 2011).

Si bien la implementación del SP no necesariamente debe de considerarse como un atentado en contra del federalismo, si deben de tenerse en consideración los constantes cambios en los sistemas administrativos y de asignación de recursos que son implementados por iniciativa presidencial.

RECENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COVID-19

Gran parte del siglo XX el gobierno mexicano planificó el acceso a los servicios de salud por medio de seguros sociales relacionados con las condiciones laborales de los beneficiarios. Bajo esa lógica se crearon el IMSS, el ISSSTE y los servicios de Pemex y los relacionados a las Fuerzas Armadas. El gobierno se encargó del incentivar el trabajo formal gracias a la abundancia económica, impulsada por la bonanza petrolera; bajo esta premisa, la mayor parte de la población se incorporaría al sector laboral formal. Por lo tanto, la población no afiliada a los

seguros sociales debería ser mínima y sería atendida por la SSA. Sin embargo, la realidad social y económica fue muy diferente. En primer lugar, la población que vivía dentro de la economía informal no disminuyó, muy por el contrario, aumentó en el último cuarto del siglo XX.

El fin de la bonanza petrolera y el constante acecho de las crisis económicas llevaron al gobierno federal a plantearse serios cambios en cuanto a la administración pública. Se iniciaron proyectos de descentralización de la salud, de la educación, de los programas de asistencia social, etc. Los resultados fueron variados y se vieron condicionados a los designios que surgían de la oficina presidencial.

Otro factor que condicionó al sistema de salud fue el cambio del perfil epidemiológico. A lo largo de los siglos la principal causa de muerte en la población era por enfermedades infecciosas y transmisibles, ya en la segunda mitad del siglo XX cambió, puesto que la principal causa de muerte fue el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas. Esto se debe principalmente al mejoramiento de las condiciones de vida, de las condiciones de higiene y el acceso a alimentos de mejor aportación energética. Como consecuencia de lo anterior, se puede encontrar el aumento de la esperanza de vida y por ende el incremento de la población que necesita atención médica continua.

El sistema de salud requería cambios sustanciales en su administración y en su estrategia para atender a la población. Estas dos características fueron consideradas dentro de las reformas de descentralización de los servicios de salud, puesto que consideraban que al transferirlos a los estados y finalmente a los municipios se lograría una mejor atención gracias a la cercanía con la población. Sin embargo, los resultados de la descentralización fueron adversos y cada reforma fue criticada debido a la incompetencia y corrupción de los que estaban a la cabeza.

En el 2003 se implementó el SP y se mantuvo en operaciones hasta el 2019, cuando fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), una iniciativa del presidente Andrés Manuel López Obrador. En el decreto que reforma la Ley General de Salud y que da origen al Insabi (DOF, 2019) estipula que el Instituto “es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud”. Su objetivo es “proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de

salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social.”

Los requisitos para acceder a los servicios de salud se modificaron de la siguiente manera:

1. Ser persona que se encuentre en el territorio nacional.
2. No ser derechohabientes de la seguridad social.
3. Contar con Clave única de Registro de Población. En caso de no contar con dicha clave, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias (DOF, 2019).

Estas modificaciones implican que el usuario ya no debe acudir a registrarse y recibir una póliza, de igual manera, ya no será necesario el cubrimiento de una cuota bajo ningún concepto. A su vez destaca el hecho de que los extranjeros también podrán acceder a los servicios del Insabi sin importar su situación migratoria (Cámara de Diputados, 2019).

Para poder lograr sus propósitos, el Insabi debía realizar convenios de coordinación con los estados, que culminarían con la transferencia de “infraestructura de salud, los centros de salud, los hospitales de segundo nivel y quizá algunos de tercer nivel, la nómina, la administración de los servicios humanos y el equipamiento que está en las instalaciones” (Blancas, 2020). Lo anterior implica un proceso de recentralización de los servicios de salud para la población no derechohabiente, justificado en palabras del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell: “Esto nos permitirá tener un modelo único nacional de salud que está basado en la atención primaria y, además, tener coordinación entre las distintas instituciones para atender a la población no asegurada, donde el IMSS-Bienestar lo seguirá siendo para complementar las capacidades del sistema.” (Blancas, 2020).

En el año 2019 existían dentro del SPSS 4 programas presupuestales: el SP, el Seguro Médico Siglo XXI, el componente de salud del programa Prospera y el FASSA. El Insabi pasó a eliminar los tres primeros programas y a relacionarse con otros dos: Medicamentos Gratuitos (implementado desde el 2019) y Atención Médica. El último presupuesto del SPSS, correspondiente al año 2019 fue de 189,

687 millones de pesos, lo cual era aproximadamente el 30% del presupuesto total en salud y un 73% del PIB. El presupuesto con el que arrancó el Insabi en 2021 fue de 218,614 millones de pesos, es decir un 91% del PIB (Méndez y Llanos, 2021). En lo referente al FPGC al incorporarse al Insabi pasó a llamarse Fondo de Salud para el Bienestar (Fonsabi); sus propósitos se aumentaron, puesto que, además de financiar la atención de enfermedades de alta especialidad y el mejoramiento en infraestructura, se le agregó el complementar los recursos para el abasto y distribución de medicamentos. Por tal razón el saldo del fondo se vio afectado, puesto que en 2019 era de 105, 873 millones de pesos y en el 2020 fue de 101, 974 millones (Méndez y Llanos, 2021).

En cuanto al IMSS-Bienestar, éste se mantiene como sucesor del programa IMSS-Coplamar, que ha sido rebautizado según el nombre que tenga el principal programa social de la presidencia. Su objetivo es atender a la población rural y urbana marginal. En el año 2021 atendió a más de 11 millones de personas, brindó servicios médicos de primer y segundo nivel (IMSS, 2022). Los estados con mayores unidades del IMSS-Bienestar en el 2021 fueron: Chiapas (604), Oaxaca (526), Michoacán (387), Puebla (338) y Veracruz (324) (Expansión Política, 2021).

El cambio de SPSS a Insabi está enmarcado dentro de un proceso de contracción del gasto en salud, lo cual ha afectado seriamente a las capacidades de atención del Sistema Nacional de Salud. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2013 se destinó el 6.2% del PIB a ese rubro, a partir de ese año se fue reduciendo a tal grado que en 2019 se llegó a 5.5% del PIB. Cabe mencionar que el promedio de la OCDE en 2019 fue del 8.8% (OCDE, 2015 y 2020).

Esta reducción en el gasto para salud ha afectado a todas las instituciones. En 2010 el IMSS tenía un gasto *per cápita* de 5, 614 pesos, mientras que en el 2020 registro 4, 600; en el mismo periodo de tiempo el ISSTE pasó de 5, 063 pesos a 4, 648, el Seguro popular de 3, 472 a 3,258 y el IMSS-Prospera (luego Bienestar) de 1, 180 a 1, 060 (Méndez, 2020). Lo anterior es de relevancia, puesto que el objetivo de las reformas al sistema de salud era lograr la atención universal, por lo tanto, el aumento del número de afiliados no se corresponde con el aumento al presupuesto general y, es más, el gasto *per cápita* se ha reducido.

Según datos de la OCDE, para 2019 México contaba con 2.4 médicos por cada mil habitantes y 2.9 enfermeras en la misma relación. Los promedios de la OCDE son de 3.5 médicos y 8.7 enfermeras por cada mil habitantes. En cuanto al número de camas hospitalarias, México tenía en 2019 1.4 por cada mil habitantes, muy por debajo de 4.7, promedio de la OCDE y de 2.1, promedio de América Latina y el Caribe. Con referencia a las camas de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), México tenía 3.3 por cada 100 mil habitantes, siendo el promedio regional de 9.1[2] y de la OCDE de 12 (OCDE, 2020).

Tales eran las condiciones del Sistema Nacional de Salud para el año 2019. El año 2020 implicó una doble coyuntura para el sector, debido a que se puso en marcha una nueva reforma en aras de la recentralización de la salud y, en segundo lugar, a la emergencia sanitaria provocada por la enfermedad Covid-19.

El Insabi entró en funciones el 1 de enero de 2020, los estados tenían como tiempo límite para suscribir el acuerdo hasta el 31 de enero, pero no todos los gobernadores estaban de acuerdo con la implementación de la nueva institución. El 21 de enero, los gobernadores afiliados al Partido Acción Nacional (PAN) presentaron una propuesta técnica para el Insabi, puesto que consideraban que su diseño era inoperante (Cejudó, 2020). Pasada la fecha límite, 9 estados no se habían adherido: Aguascalientes, Baja California Sur, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas. Estos estados conservarían la autoridad sobre sus SESA, pero no recibirían los recursos otorgados a través del Insabi, obteniendo solamente el presupuesto asignado por ley y transferido por los Ramos 12 y 33. De esos 9 estados, Chihuahua, Coahuila, Michoacán y Tamaulipas permitieron las operaciones del IMSS-Bienestar en sus demarcaciones (Arista, 2020).

Las entidades que no se adhirieron al Insabi en conjunto aportaron 34.10% al PIB del 2018 (Patiño y Cruz, 2020: 9). Lo anterior se conjuntaba con el hecho de que la mayoría de estos estados había participado en el proceso de descentralización de los servicios de salud desde el año de 1985. Los estados se negaban a entregar un sistema de salud que llevaban construyendo por casi 35 años y que los consideraban en mejores condiciones que la media nacional. En febrero de 2020 los estados de Baja California Sur, Coahuila y Michoacán llegaron a un acuerdo de adhesión con el Insabi (Fernández, 2020; Hernández, 2020 y Luna,

2020). Otros estados, como Jalisco, buscaron llegar a un acuerdo con el Insabi para obtener algunos recursos sin perder el control del SESA (Arista, 2020). A pesar de no haberse adherido al Insabi, los gobernadores firmaron un acuerdo por medio del cual aceptaban cumplir con los objetivos de la nueva institución, es decir, garantizar la atención médica universal y gratuita (Patiño y Cruz, 2020: 17).

Inmediatamente se dio una connotación partidista a las negativas de los gobernadores a adherirse al Insabi, debido a que todos eran de la oposición. De los 6 estados que no se adhirieron finalmente al Instituto, 4 eran gobernados por el PAN (Aguascalientes, Guanajuato, Chihuahua y Tamaulipas). Sin embargo, esta negativa no puede ser adjudicada a una directriz del partido, puesto que los otros estados gobernados por éste (Baja California Sur, Durango, Nayarit, Querétaro y Yucatán) lograron llegar a un acuerdo para adherirse al Insabi.

La emergencia sanitaria provocada por el Covid-19 fue afrontada teniendo como contexto la reorganización del sistema de salud mexicano. Varios estados aún se encontraban determinando las funciones y los cambios que el Insabi implicaba. Según el artículo 73 fracción XVI de la Constitución, en caso de emergencia epidemiológica la máxima autoridad es el presidente y su Consejo de Salubridad; el artículo 134 de la Ley General de Salud da autoridad a los gobiernos estatales para la vigilancia epidemiológica, siempre que no contravengan las disposiciones federales.

El gobierno federal dejó en claro desde el inicio de la pandemia, que no recurriría a la deuda pública para enfrentar la pandemia. De igual manera no reduciría el presupuesto de Pemex ni cancelaría las obras insignia del gobierno: el Tren Maya y el Aeropuerto “Felipe Ángeles”. En cambio, se recurriría a la austeridad por medio de recortes de sueldos de funcionarios públicos, eliminación de subsecretarías y la liberación de recursos de ciertos fondos (Patiño y Cruz, 2020: 154).

Después de declarar la Fase 2 de la pandemia el 24 de marzo, el gobierno federal tomó la medida de traspasar a los estados un adelanto de 10 mil millones de pesos correspondientes al periodo abril-junio, que se sumarían a los 15, 300 millones de pesos del periodo enero-marzo. Todo esto se haría a través del Insabi, el cual sumó 4, 500 millones de pesos para la compra de suministros y medicinas (Patiño y Cruz, 2020: 14).

Sumado a esos recursos, se dispuso a utilizar el Fonsabi a lo largo del 2020 para comprar insumos médicos y desde el 2021, primordialmente para la compra de vacunas. Tal ha sido el gasto de este fondo que pasó de tener poco más de 100 mil millones de pesos en 2020 a alrededor de 64 mil millones al primer trimestre del 2021 (Rodríguez, 2021). Se ha referido que el gobierno ha hecho un uso desmedido de este fondo, lo cual ha maquillado de cierta manera los pocos incrementos presupuestales para la salud. Esta situación aleja al Fonsabi de sus orígenes, puesto que se creó con el objetivo de financiar tratamientos que causaban empobrecimiento en la población; al momento de instaurarse el Insabi se planteó que se incrementarían el número de enfermedades que se tratarían con recursos del Fonsabi, lo cual difícilmente se logrará (Velázquez, 2021).

El gobierno federal aseguró que no habría ningún tipo de discriminación hacia los estados no adheridos al Insabi, puesto que les llegarían los recursos suficientes, incluyendo los montos extra (Patiño y Cruz, 2020: 15). Sin embargo, los mismos gobernadores que no se adhirieron al Insabi fueron los más críticos a la gestión de la pandemia por parte del presidente. Afirmaron que el gobierno federal no había actuado a tiempo y que no tomaba con seriedad las repercusiones que podría traer la pandemia. Principalmente se quejaban de falsificación de datos, de la falta de un proyecto serio para afrontar la emergencia, de escasos de insumos médicos y de un plan para evitar los efectos negativos a la economía. Estas críticas provinieron de gobernadores de todos los partidos políticos, incluyendo los de Morena (Expansión Política, 2020).

Tal fue la inconformidad de varios gobernadores, que comenzaron a organizarse para generar frentes comunes que impulsaran medidas alternativas o complementarias a las dispuestas por el gobierno federal. El 19 de marzo, cuando no se había declarado la fase 2, los gobernadores de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas crearon un frente común anti Covid-19. Este hecho dio origen a otras organizaciones que fueron escalando en cuanto a la crítica al gobierno federal, inicialmente, en cuanto a su gestión de la pandemia y después a cuestiones más de fondo, como lo es el federalismo mismo.

De la iniciativa de los estados fronterizos surgió la “Reunión Interestatal Covid-19”, que llegó a agrupar a 11 gobernadores: Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Durango, Colima, Guanajuato, Chihuahua, Michoacán, Jalisco, Aguascalientes y San Luis Potosí (Gobierno de Chihuahua, 2020a). Los mismos gobernadores,

exceptuando San Luis Potosí, dieron origen a la Alianza Federalista, la cual justificó sus orígenes de la siguiente manera:

La contingencia sanitaria 2020 sacó a flote ingentes preocupaciones, disparidades y retos entre las entidades federativas, al tiempo de enfrentarlas a una crisis financiera derivada de políticas económicas de dudoso sustento técnico y la ausencia de una estrategia integral, diálogo efectivo y coordinación eficiente para contrarrestar los efectos negativos de la pandemia en la salud del mexicano, así como de la crisis económica en la planta productiva, hogares mexicanos y funcionalidad y eficacia gubernativas. No hay un solo sector productivo ni franja social que no haya sido severamente golpeada por las omisiones en el combate a la pandemia y la crisis económica.

Ante el vacío y contradicciones en las directrices federales, desde abril de 2020 algunos Estados decidimos tomar la iniciativa, adelantarnos y sumar esfuerzos en políticas, estrategias y acciones conjuntas que a la postre dieron vida a un espacio de auténtica colaboración, sin tintes partidistas, regido bajo la máxima de dar resultados palpables de cara a la ciudadanía y al propósito de pugnar por una revisión dentro de los causes constitucionales de nuestro federalismo, con miras a ponerlo al día, fortalecerlo, hacerlo funcional, justo, perdurable y eficaz.

[...] La urgencia de un diálogo nacional real, leal y efectivo, ante una perspectiva centralista y concentradora de poder y recursos, hacen de éste un espacio federalista por excelencia, abierto a la pluralidad y buena fe, baluarte de la democracia y la fortaleza de la Unión. No existe en nuestra agenda aliento de secesión, nuestra convocatoria es a todos y en favor y fortaleza de todos, en lo particular y en conjunto, empezando por el poder federal mismo (Alianza Federalista, 2022).

Los gobernadores pertenecientes a la Alianza Federalista se retiraron de la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago) en septiembre de 2020 (Gobierno de Chihuahua, 2020b). Esta acción iba en concordancia con su postura de poner en tela de juicio la continuidad del Pacto Federal, pues éste fue firmado en 1978 y lo consideraban obsoleto e injusto. En él se establece que, de la totalidad de los impuestos recaudados por los estados, la Federación obtendría el 80%, mientras que lo restante se repartiría dependiendo de la población y las necesidades de los estados. Este sistema provoca que el 90% de los ingresos estatales sean aportaciones federales (Dworak, 2020). Obviamente, esta situación molesta principalmente a los estados que más aportan en la recaudación fiscal, puesto que las transferencias federales son menores.

Aunque la demanda por revisar el Pacto Federal no es nueva y es un reclamo legítimo, el contexto de pandemia y el hecho de que surgiera de una organización de gobernadores aglutinados como oposición, provocó que el presidente y gran parte de la sociedad no le diera la atención requerida. Incluso se llegó a dar una lectura electoral a la Alianza Federalista de cara a las elecciones de 2021 (Nieto, 2021) El presidente aseguró que los gobernadores estaban en su derecho de retirarse de la Conago y crear una asociación alternativa, sin embargo, minimizó los alcances que pudieran obtener los gobernadores disidentes, pues aseguró que la población se negaría a apoyarlos, puesto que “la gente ya no se deja manipular” (Rodríguez, 2020). A pesar de asociar este reclamo directamente como un acto de la oposición, el presidente aseguró que estaba abierto a tratar el tema del Pacto Federal después de que se superara la emergencia sanitaria (Pérez, 2020). El impulso de la Alianza Federalista se fue perdiendo poco a poco, a tal grado que 31 gobernadores asistieron a la reunión de la Conago de diciembre de 2020 (Nieto, 2020).

CONCLUSIONES

La pandemia por Covid-19 ha venido a evidenciar y a magnificar todos los problemas de la sociedad. Se puede analizar su repercusión en la cultura, en la economía, en la tecnología, en la ciencia médica, el entretenimiento e incluso en los deportes. Es entonces que el advenimiento de tal emergencia sanitaria da la posibilidad para reflexionar sobre muchos temas y haciéndolo veremos que muchas cuestiones ya estaban presentes desde años atrás.

A lo largo de estas páginas se describió parte de la historia de las políticas en salud pública. Desde la década de los 80 comenzó a resonar la idea de “federalismo” y se ha mantenido como un tema de relevancia por años, ya que fue mencionada incluso dentro del desarrollo de la pandemia en el 2020. En un primer momento, el “nuevo federalismo” fue concebido por la presidencia solamente como un proceso de descentralización de la administración pública, lo cual era muy útil para reducir los altos costos que representaba el mantenimiento del centralismo. Esto significó que el gobierno federal entregó ciertas responsabilidades a los estados, pero no les brindó mucho rango de acción, puesto

que el centro mantenía el control del presupuesto, lo cual servía de cierta manera para presionar a los gobiernos estatales.

El sistema de salud mexicano ha sufrido constantes reorganizaciones y cambios de modelo de atención en los últimos 50 años, en especial si nos referimos a la atención a la población no asegurada. En primer lugar, se debió a la transición de un perfil epidemiológico caracterizado por enfermedades infecciosas y transmisibles a uno donde las principales causas de defunción son las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual implicaba la necesidad de atención médica constante. En segundo término, las administraciones presidenciales implementaron políticas de salud diferentes y a veces contradictorias.

La falta de continuidad entre la centralización y la descentralización en la administración de los servicios de salud para la población no asegurada, fue una de las principales causas por las cuales el sistema de salud mexicano no ha podido consolidarse y desarrollarse de la mejor manera. Para lograr un mejor sistema, es necesaria una política de salud que no sea aplicada solamente por un sexenio y desechada al siguiente. De igual manera se debe de consolidar institucionalmente el sistema de atención médica a las personas no derechohabientes para evitar su uso propagandístico por medio de los faraónicos programas sociales presidenciales.

Desde el proceso de descentralización de los años ochenta encontramos cierta resistencia de los gobernadores, puesto que la gran mayoría opinaba que no tenían las capacidades para afrontar tal responsabilidad. Años después se llevó a cabo un proceso con mejores fundamentos y viable. Sin embargo, en ambos casos fue una federalización impulsada desde la presidencia en calidad de emergencia, debido a un contexto de crisis económica y necesidad de reorganización de la administración pública.

La crisis provocada por el Covid-19 llegó al país en un momento de cambios sustantivos en el sistema de salud, especialmente de aquel que atiende a las personas no derechohabientes. En este caso implicó un proceso de recentralización de la salud, lo cual puso como tema de discusión al federalismo mexicano. Ciertamente es una cuestión que hay que tratar y definir, puesto que es innegable el peso preponderante de la figura presidencial y del gobierno federal, lo cual indica que México es de facto un país bastante centralista.

Como se mencionó, los gobernadores siempre han mostrado cierta inconformidad por ciertas decisiones tomadas desde el centro. En el caso de la gestión del Covid-19 tampoco fue la excepción y blandieron la bandera del federalismo y la necesidad de hacer una reforma profunda. Sin embargo, el tema no llegará a trascender y a generar cambios positivos para el país si tanto los gobernadores como el presidente dejan de utilizarlo como un argumento más de un ejercicio de oposición. Es decir, que los gobernadores no se acuerden del federalismo mexicano solo cuando se encuentren en la oposición y que el presidente le reste importancia al tema al adjudicar los reclamos federalistas de los gobernadores con el simple hecho de ser la oposición.

FUENTES CONSULTADAS

Aguilar Villanueva, Francisco (1992). *El estudio de las Políticas Públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Alianza Federalista (2022), *Sobre la Alianza* [en línea]. Disponible en <<https://alianzafederalista.org/nosotros/index.html>> (consulta: 11 de marzo de 2022).

Arista, Lidia (2020). “Cinco estados se quedan sin Insabi ni IMSS-Bienestar, reporta Salud” *Expansión política*, 4 de febrero de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/presidencia/2020/02/04/cinco-estados-se-quedan-sin-insabi-ni-imss-bienestar-reporta-salud>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Ayala, Anylú (2022). *Solidaridad, el programa social del gobierno de Salinas de Gortari* [en línea]. Disponible en <<https://culturacolectiva.com/historia/programa-solidaridad-salinas-de-gortari-anos-80/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Blancas Madrigal, Daniel (2020). “Insabi absorbe el sistema de salud de 24 estados”. *Crónica*, 19 de febrero de 2020 [en línea]. Disponible en <https://www.cronica.com.mx/notas-estados_adheridos_al_insabi_deberan_transferir_su_infraestructura_a_la_federacion_lopez_gatell-1146216-2020.html> (consulta: 10 de marzo de 2022).

- Cabrero Mendoza, Enrique *et al.* (1997). “Claroscuros del nuevo federalismo mexicano: estrategias en la descentralización federal y capacidades en la gestión local”. *Gestión y política pública* 6(2): 329-387.
- Cámara de Diputados (2019). *Publica DOF decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro Popular* [en línea]. Disponible en <<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Chertorivsky-Woldenberg, Salomón (2011). “Seguro Popular: logros y perspectivas”. *Gaceta Médica de México* (147): 487-496.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* [en línea]. Disponible en <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917_ima.pdf> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Cejudo, Guillermo M. (2020). “Alianza federalista: cronología de un desencuentro”. *Nexos*, 5 de noviembre de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://federalismo.nexos.com.mx/2020/11/alianza-federalista-cronologia-de-un-desencuentro/>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Cullell, Jon Martín (2022). “México desincentiva el uso masivo de pruebas de Covid-19 en pleno auge de casos”. *El País*, 11 de enero de 2022 [en línea]. Disponible en <<https://elpais.com/mexico/2022-01-11/mexico-desincentiva-el-uso-masivo-de-pruebas-de-covid-en-pleno-auge-de-casos.html>> (consulta: 10 de marzo de 2022).
- Deydén, Andrea (2019). *Los problemas del Seguro Popular que el Insabi busca resolver* [en línea]. Disponible en <<https://elceo.com/politica/los-problemas-del-seguro-popular-que-el-insabi-busca-resolver/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).
- Diario Oficial de la Federación* (DOF) (2019). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud* [en línea]. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019> (consulta: 11 de marzo de 2022).

- Dworak, Fernando (2020). “Lo que los gobernadores callan del pacto federal”. *Infobae*, 19 de abril de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/19/lo-que-los-gobernadores-callan-del-pacto-federal/>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Expansión Política (2020). “Gobernadores reclaman al gobierno federal mal manejo de contingencia”. *Expansión Política*, 7 de mayo de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/07/gobernadores-reclaman-al-gobierno-federal-mal-manejo-de-contingencia>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Expansión Política (2021). “IMSS-Bienestar: ¿qué es y cómo funciona?”. *Expansión política*, 21 de septiembre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://politica.expansion.mx/mexico/2021/09/21/que-es-imss-bienestar-como-funciona>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Fajardo Ortiz, Guillermo (2004). “La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000)”. *Elementos: ciencia y cultura* 11(53): 45-50.
- Fernández, Hilda (2020). “Coahuila da el sí al Insabi: ‘firmamos por más de 2 mil mdp’, dice el gobernador”. *El Universal*, 6 de febrero de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.eluniversal.com.mx/estados/coahuila-da-el-si-al-insabi-firmamos-por-mas-de-2-mil-mdp-dice-gobernador>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Gobierno de Chihuahua (2020a). *Acuerdan gobernadores crear agencia de promoción económica internacional* [en línea]. Disponible en <<http://www.chihuahua.gob.mx/contenidos/acuerdan-gobernadores-crear-agencia-de-promocion-economica-internacional>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Gobierno de Chihuahua (2020b). *Dejan Conago gobernadores de Alianza Federalista; ya no defiende federalismo tributario* [en línea]. Disponible en <<http://chihuahua.gob.mx/contenidos/dejan-conago-gobernadores-de-alianza-federalista-ya-no-defiende-federalismo-tributario>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Gómez Dantés, Octavio (2021). “Descentralización de la salud”. *Nexos*, 1 de julio de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.nexos.com.mx/?p=57778>>

(consulta: 10 de marzo de 2022).

Hernández, Mauricio (2020). “Baja California Sur se unirá al Insabi bajo estos acuerdos”. *El Sudcaliforniano*, 19 de febrero de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.elsudcaliforniano.com.mx/local/baja-california-sur-se-unira-al-insabi-bajo-estos-acuerdos-insabibcs-insabi-adhesioninsabi-4856175.html>> (consulta: 11 de marzo de 2022).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2019). *IMSS-Bienestar. Programa exitoso que atiende a comunidades rurales e indígenas del país sin seguridad social: Zoé Robledo* [en línea]. Disponible en <<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/134>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2020). *Memoria estadística 2020* [en línea]. Disponible en <<https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2020>> (consulta: 11 de marzo de 2022).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2022). *IMSS-Bienestar* [en línea]. Disponible en <<http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2021). Censo de población y vivienda 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Documentacion>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2021). Anuarios estadísticos [en línea]. Disponible en <<https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Jaramillo Cardona, Martha Cecilia (2007). “La descentralización de la salud en México”. *Gerencia y Política de Salud* 6(13): 85-111.

Leal Fernández, Gustavo (2011). “¿Protección social en salud? Ni ‘seguro’, ni ‘popular’”. *Estudios Políticos* (28): 163-193.

Leiva, R. (1997), *Descentralización y acceso a los servicios de salud*. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública.

López García, Erika Guadalupe (2012). “La descentralización de los servicios de salud”. *Ars Juris* (47): 177-203.

- Luna, Óscar (2020). “Firma Michoacán su adhesión al Insabi”. *Reforma*, 11 de febrero de 2020 [en línea]. Disponible en <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/firma-michoacan-su-adhesion-a-insabi/ar1872771?referer=-7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Martínez Flores, Bertha Verónica y Guillermina Benavides Rincón (2018). “De Pronasol a la Cruzada. ¿Qué hay de nuevo sobre coordinación?”. *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad* 26(71): 73-111.
- Méndez Méndez, Judith Senyacen (2020). *Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de Covid-19* [en línea]. Disponible en <<https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Méndez Méndez, Judith Senyacen y Alejandra Llanos Guerrero (2021). *De Seguro Popular a Insabi: Mayor población con menor atención* [en línea]. Disponible en <<https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).
- Navarro, María Fernanda (2020). “Alerta CEPAL por falta de políticas de apoyo a las empresas en México”. *Forbes*, 5 de junio de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.forbes.com.mx/mexico-apoyo-empresarial-cepal/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).
- Nieto Castillo, Santiago (2021). “La Alianza Federalista, fin de una mentira”. *La Jornada*, 21 de diciembre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.jornada.com.mx/notas/2021/12/21/politica/la-alianza-federalista-fin-de-una-mentira-santiago-nieto-castillo/>> (consulta: 11 de marzo de 2022).
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2015). *Panorama de la Salud. Latinoamérica y el Caribe 2015*. París: OCDE.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2020). *Panorama de la Salud. Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OCDE.
- Ornelas, Carlos (1998), “La descentralización de los servicios de educación y salud en México”. En *La descentralización de la educación y salud: un análisis*

comparativo de la experiencia latinoamericana, coordinado por E Di Gropello y R. Cominetti. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Parish Flannery, Nathaniel (2020). “Análisis: ¿Por qué tanta gente muere por Covid-19 en México? *Forbes*, 14 de septiembre de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.forbes.com.mx/analisis-por-que-tanta-gente-muere-por-covid-19-en-mexico/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Patiño Fierro, Martha Patricia y Gerardo Cruz Reyes (2020). *Las medidas adoptadas por las entidades federativas ante la emergencia del Covid-19*. México: Dirección General de Difusión y Publicaciones/Instituto Belisario Domínguez.

Pérez, Maritza (2020), “AMLO dispuesto a revisar pacto fiscal”. *El Economista*, 26 de mayo de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/estados/AMLO-dispuesto-a-revisar-pacto-fiscal-20200525-0129.html>> (consulta: 30 de enero de 2023).

Plan Nacional de Desarrollo (1995). *Plan Nacional de Desarrollo* [en línea]. Disponible en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4874791&fecha=31/05/1995#:~:text=El%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%201995%2D2000%2C%20ofrece%20el%20rumbo,el%20esfuerzo%20de%20nuestra%20generaci%C3%B3n.>> (consulta: 11 de marzo de 2022).

Rives Sánchez, Roberto (2010). *La reforma constitucional en México*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, Iván (2021). “Alertan mal uso de fondo para enfermedades catastróficas”. *El Economista*, 21 de septiembre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/politica/Alertan-mal-uso-de-fondo-para-enfermedades-catastroficas-20210921-0015.html>> (consulta: 11 de marzo de 2022).

Rodríguez García, Arturo (2020). “AMLO minimiza amago de la alianza de gobernadores por abandonar el Pacto Fiscal”. *Proceso*, 27 de octubre de 2020 [en línea]. Disponible en

<<https://www.proceso.com.mx/nacional/2020/10/27/amlo-minimiza-amago-de-la-alianza-de-gobernadores-por-abandonar-el-pacto-fiscal-251609.html>> (consulta: 30 de enero de 2023).

Secretaría de Salud, Ciudad de México (2022). *Historia* [en línea]. Disponible en <<https://www.salud.cdmx.gob.mx/secretaria/historia>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Statista (2022a). Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha de 4 de marzo de 2022 por país [en línea]. Disponible en <<https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Statista (2022b). Número de casos confirmados de coronavirus en el mundo a fecha de 4 de marzo de 2022 por país [en línea]. Disponible en <<https://es.statista.com/estadisticas/1091192/paises-afectados-por-el-coronavirus-de-wuhan-segun-los-casos-confirmados/>> (consulta: 10 de marzo de 2022).

Vega, Andrea (2020). “Las razones por las que México es el país con mayor letalidad por Covid-19 en Latinoamérica”. *Animal político*, 24 de septiembre de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.animalpolitico.com/2020/09/mexico-razones-mayor-letalidad-covid-mexico/>> (consulta: 10 de marzo de 2020).

Velázquez, Iris (2021). “Advierten sobre uso de recursos de Fonsabi”. *Reforma*, 29 de octubre de 2021 [en línea]. Disponible en <https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/advierten-sobre-uso-de-recursos-de-fonsabi/ar2287667?referer=-7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a-->> (consulta: 11 de marzo de 2022).

[Notas]

- [1] En 2020, dicho artículo se reformó para determinar la obligación del Estado mexicano de brindar apoyos económicos a los adultos mayores y a los estudiantes de todos los niveles educativos (Const. 2020: art.4).
- [2] En la región de América Latina y el Caribe destacan Brasil con 20.6 camas de UCI por cada 100 mil habitantes, Uruguay con 19.9 y Argentina con 18.7 (OCDE, 2020).

Pandemia y gobernanza cero. Construcciones de los sistemas de salud en México

Rubén Torres Martínez

[[Regresar al índice](#)]

INTRODUCCIÓN

La situación de pandemia por Covid-19 decretada por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020 puso a prueba a millones de individuos. El principal reto fue para los sistemas sanitarios y de salud de los distintos gobiernos a lo largo del globo. Otro de éstos fue el poder hacer frente a una situación inédita bajo la lógica de ejercicios de Gobernanza. Recordemos que de acuerdo con Rhodes (2007) la Gobernanza es la forma de gobernar con la incorporación de actores gubernamentales y no gubernamentales para la definición de políticas públicas. Pero el mismo autor señala que la Gobernanza no es espontánea, sino que requiere de crearse, de construirse a lo largo del tiempo, se requiere de un “saber hacer” y de mucha voluntad política por parte de los actores involucrados, incluido el gobierno. También recordemos que la Gobernanza no es forzosamente sinónimo de mejores resultados.

En México la gobernanza es una práctica relativamente nueva, poco explorada en muchos ámbitos de la toma de decisiones públicas; quizás uno de ellos sea justamente el ámbito de la salud. Ello tendría una doble explicación; por un lado, se encuentra el hecho de que a lo largo de más de 100 años ha sido el Estado quien se ha ocupado de ofrecer y gestionar los servicios de salud e higiene al grueso de la población, por lo tanto, sin consultarla. Hacia finales del siglo XX e inicios del XXI el paradigma cambió y se comenzó a hablar de Gobernanza. Esta sería la segunda variable: la llegada de una nueva forma de entender las políticas públicas, pero parece que en México fueron poco o mal entendidas pues, procesos de

privatización y abandono por parte del Estado en el tema de salud en el país se institucionalizaron.

En un mundo ideal, lo descrito anteriormente debió ir acompañado de procesos de construcción de Gobernanza, donde distintos actores pudieran sumar sus voces para constituir un sistema de salud más moderno, eficiente y de calidad. Sin embargo, la experiencia mostrará que la privatización y el adelgazamiento del Estado continuaron avanzando, por lo tanto, sin buscar o promover ejercicios de Gobernanza.

La llegada en 2018 de la llamada “Cuarta Transformación” o 4T, implicaba, al menos discursivamente el regreso del Estado a ámbitos como el de la salud pública. Una vez más la idea de elaborar procesos de Gobernanza quedaban de lado; la 4T decidió terminar con el sistema de salud llamado Seguro Popular de Salud (SPS) para instaurar el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) en eso se encontraba cuando la epidemia por Covid-19 estalló, tomando al país a la mitad de un proceso que no terminaba por quedar claro hacia donde se dirigía. Ante esta situación el gobierno optó por manejar en dos niveles la pandemia, una a nivel sanitario y de salubridad y otro a nivel discursivo y mediático.

El presente texto se interesa en mostrar desde una óptica socio-histórica cómo a lo largo de la historia del México contemporáneo el tema de la salud se ha limitado a ser diseñado y ejecutado desde las altas esferas gubernamentales, muchas veces sin considerar el sentir y necesidades del grueso de la población o incluso, de sectores especializados como el gremio médico y de la salud; ello explicaría la ausencia total de Gobernanza en el ámbito de la salud. Paralelamente analizaremos la manera en que el discurso relacionado a la salud evolucionó a lo largo del siglo XX y lo que va del XXI, pasando de un estadio donde lo que se buscaba era una “salud pública” entendida como “buena moral” hacia el fomento de una “salud individual” entendida como “responsabilidad personal”; en consecuencia se explicaría parcialmente la *quasi* ausencia total de gobernanza en las políticas públicas de salud en el país a lo largo del tiempo y el manejo de la pandemia por Covid-19 nos ayuda a testimoniar tal ausencia.

DE LA EMERGENCIA DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA AL SISTEMA DE SALUD REVOLUCIONARIO

Mediados del siglo XIX y Porfirismo. La salud como buena moral

Desde finales del siglo XIX la salud pública ya se había posicionado como un problema de índole social que los distintos gobiernos del país tratarían como prioritario. A nivel internacional la medicina comenzó a ganar terreno gracias al enfoque científicista que le guió. Basada en paradigmas positivistas y pruebas empíricas, la medicina como disciplina fue construyendo su discurso de autoridad, lo que a la larga permitirá que sean principalmente los médicos quienes determinen el grueso de las políticas públicas de salud a seguir con el acuerdo de las autoridades gubernamentales del momento.

Durante el porfirismo, el modelo de liberalismo económico de la mano de la secularización de la sociedad permitió construir, lo que popularmente se conoce como “Medicina moderna” (Pérez Tamayo, 2012; Villanueva, 2012). La medicina, como señala Foucault (1996) clasificó y separó “lo normal” de “lo patológico”. Con ello la medicina se convirtió igualmente en una “estrategia biopolítica” de control de los cuerpos (Foucault, 1996: 87). La idea de higiene se instaure como valor moral y la medicalización se “normalizó”. Esto implicó modificaciones en los valores, usos y costumbres de la población. La higiene implicó la moralización del cuerpo, ya que se asoció la salud corporal a los estilos y formas de vida del individuo.

En México se comenzó a hablar de “sanidad” y se echaron a andar políticas higienistas para prevenir y combatir epidemias como el cólera, la fiebre amarilla, vómito prieto y hasta nuestros días, el chikungunya. Los últimos años del porfirismo se basaron en un control férreo de la sociedad, para ello se incluyó la salud y medicina bajo la lógica higienista.

A Porfirio Díaz (1880-1910) no le fue fácil mantener su dictadura los últimos años. Apoyado en el positivismo, el darwinismo social y la higiene como principio moralizador y de control social trató de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza y el menoscabo de la cultura que caracterizaban su régimen político. Es cierto que el bienestar pudo alcanzarse de modo parcial con la higiene y la aplicación de los bandos de policía, pero también es cierto, eran una forma de condicionar la conducta y de controlar a la sociedad (Rodríguez y Rodríguez, 1998: 297).

Considerando lo anterior, resulta normal que el dictador no se interesase en consultar a la población, sus decisiones eran, si acaso, informadas a un grupo de especialistas conocidos popularmente como “los científicos”.[1] El régimen de Díaz estuvo soportado en gran medida por este grupo[2] quienes suponían que:

La aptitud del pueblo mexicano para el ejercicio de la democracia era considerada apenas en estado germinal pero en un entorno hostil. Por ello, su propuesta consistía en que se abandonara el sufragio universal para adoptar uno restringido. Al sentido igualitario, en la esfera política que suponía la democracia contraponía el de los “pocos” formados en la ciencia (Torres Salcido, 2007: 132).

La cita anterior pone en evidencia que para el dictador y los científicos, las prioridades del país se encontraban más por la resolución práctica y pragmática de los problemas que aquejaban al país. Echar andar procesos de consulta, o lo que hoy podríamos llamar gobernanza, no cruzaba siquiera por sus mentes. Como bien lo señala Torres Salcido la participación ciudadana era apenas considerada en estado germinal y restringida a unos cuantos.

Ante dicho escenario resultó evidente que el tema de la salud pública fuera exclusivamente tratado desde las altas esferas. No obstante, la tendencia natural de México hacia el capitalismo dio como resultado avances importantes en el campo de la salud, la medicina y la enseñanza de la misma. Como señala Carrillo (2002: 71-81) ideas como el orden, la puntualidad, la limpieza y, sobre todo, la higiene corporal permitían la reproducción y mejoramiento de la fuerza de trabajo; lo que resultaría en un desarrollo para el país. Paralelamente el Estado comenzó a financiar escuelas de medicina y asociaciones de científicos interesados en la salud e higiene de la población, surgieron gacetas, periódicos y revistas que mostraban el estado de la cuestión y su evolución en el país.[3]

Es necesario entender igualmente el contexto porfirista en el cual efectivamente existía una enorme multitud de individuos analfabetos, con escasos o nulos conocimientos científicos. De acuerdo con Solana, Cardiel y Bolaños (1982) en México para 1910 había 15 millones de habitantes, de los cuales 12 millones eran completamente analfabetas. Bajo esas circunstancias es evidente que se vuelven imposibles los ejercicios de consulta hacia la población, sin importar de qué tema se trate.

Revolución, nacionalismo y continuidad en el sistema de salud

La llegada de la revolución no implicó una ruptura, pero sí una interrupción en el impulso que el porfirismo había dado al tema de la salud pública. Una vez terminado el conflicto interno, entre 1920 y 1940 se comenzaron a dar drásticos cambios demográficos en la población, muchos de ellos, causa directa de la salud pública. La mortalidad tendió a disminuir notablemente, si en 1910 morían 35 de cada mil individuos, para 1940 eran ya solamente 22 de cada mil (Rabell y Mier y Teran, 1986); respecto a la esperanza de vida paso de 25.4 años en 1900 a 40.5 años en 1940 (Campos Ortega, 2009). Ambas tendencias se mantuvieron a lo largo del siglo XX.

Es en este contexto que se da la implantación de una salud pública y una medicina con fines e intereses “nacionalistas”. Comienzan entonces a estructurarse las políticas de salud que tendrán vigencia a lo largo del siglo XX. Por un lado, se continuó con el paradigma moral higienista, por lo cual se mantuvieron las políticas sanitarias de combate y prevención de epidemias y enfermedades virales. Por otro lado, se desarrollaron programas de salud dirigidos a las comunidades rurales para fomentar el crecimiento demográfico y continuar con el progreso prometido por la revolución mexicana. Para lograr lo anterior se impulsó fuertemente una política de descentralización de los médicos pues se concentraban hasta entonces exclusivamente en las urbes; finalmente se fomentó el estudio de la medicina como una profesión liberal que atraería enormes beneficios, tanto para el individuo como para la sociedad en general. Hacia el decenio de los años 40 se advierte un aumento en los ingresos y egresos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la Escuela Nacional de Medicina Homeopática y la Escuela Superior de Medicina Rural, ambas del Instituto Politécnico Nacional y de la Escuela Médico Militar (Peniche, 2021: 43). Todo esto terminó por consolidar la imagen de autoridad moral y legitimidad científica con la que ya gozaban los médicos desde finales del siglo XX.

Paola Peniche (2021) señala que es durante el cardenismo que se cierra un primer ciclo paradigmático de la salud pública en México que venía desarrollándose desde la segunda mitad del siglo XX.

La atención médica en México comenzó un proceso de institucionalización a partir de las Leyes de Reforma y la creación en 1861 del Consejo Nacional de Beneficencia... La

secularización que se dio en el siglo XIX incluyó también la práctica de la “caridad” cristiana (antes monopolizada por la iglesia), a través de la cual se registraba la inversión de particulares en el ámbito de la salud... la Secretaría de Asistencia Pública creada en 1934. Esta “asistencia”, incluía aquella relacionada con la salud, pero también la que tenía fines educativos (escuelas, títulos profesionales, bibliotecas, museos, prensa, espectáculos públicos, funciones deportivas, etc.)... la Asistencia social con fines curativos se daba en establecimientos “oficiales” y “particulares”... el funcionamiento de los servicios externos se normó en 1935... A partir del cardenismo se observa un incremento de los establecimientos del gobierno en lo que se brindaba asistencia médica, mientras que la asistencia en los establecimientos privados se mantuvo prácticamente igual hasta la década de los setenta... no quedó en manos del Estado la total solución de los problemas de salud, por lo que médicos y algunos grupos pudientes empezaron a construir unos cuantos hospitales privados lucrativos, sin embargo, este desarrollo fue lento. Hacia 1940 se había legitimado plenamente dos principios de vinculación entre el Estado y los beneficiarios en materia de salud: el técnico y el corporativista (Peniche, 2021: 44-45).

El milagro mexicano y la institucionalización del sistema de salud mexicano

La Segunda Guerra Mundial trajo consigo la penicilina como el mejor ejemplo de políticas desarrollistas y corporativistas en el ámbito de la salud a nivel mundial y nacional. En 1943 se da lo que quizás sea el proceso de institucionalización más grande e importante del país: la promulgación de la Ley del Seguro Social y creación del Instituto Mexicanos del Seguro Social (IMSS). Se trataba del reconocimiento pleno de que el país debería seguir el camino del desarrollo económico mediante la industrialización. La salud pública sería una herramienta más en el anhelado desarrollo económico de México. Esta iniciativa se inscribe en el inicio del llamado “milagro mexicano” o “desarrollo estabilizador” en el cual se logró un crecimiento económico nunca antes visto, en el marco de paz social y estabilidad política inédita para el país.

El “milagro mexicano” tuvo como características un crecimiento económico sostenido con tasas de incremento del Producto Interno Bruto (PIB) del 6%, promedio entre 1940 y 1970; estabilidad de los precios y tipo de cambio; déficit público y deuda externa manejables. Se dio la llamada “sustitución de importaciones”, que implicó un alto proteccionismo a la par del impulso a la industria nacional que contaba con un mercado interno cautivo (Cabranes,

Dominguez y Ortiz, 2019). Todo ello en función de un Estado que controlaba todo bajo un régimen corporativista que garantizaba la paz social. Paralelamente comenzó el gran éxodo del campo hacia las ciudades y el proceso de urbanización del país se consolidó. Quizás por ello el Estado dio prioridad a ofrecer la mayoría de sus servicios en las urbes, dejando rezagados amplios márgenes de población rural. Un ejemplo de ello fue la red de distribución de agua potable y alcantarillado que se limitó a las ciudades. Vivir en la ciudad era sinónimo de mejores condiciones de higiene y salubridad.

Un dato relevante es el hecho de que se vivió una explosión demográfica sin precedentes, se pasó de una tasa anual de crecimiento de 1.7% en 1940 a una de 3% en 1970. El boom del crecimiento demográfico era resultado directo de las mejoras que en salud pública vivió el país. Ya no sólo era campañas de combate a pandemias, sino que existía infraestructura sanitaria suficiente y las políticas públicas de salud también se orientaron a la prevención. Las campañas de vacunación se mostraron exitosas y la introducción de la penicilina, como se ha señalado, implicó un salto cualitativo para la medicina. Los antibióticos tendieron a normalizarse. La esperanza de vida superó los 60 años.

Este crecimiento, también ejerció fuertes presiones sobre el sistema de salud que se estaba institucionalizando. A pesar del impulso estatal, recursos materiales y humanos se mostraban insuficientes (Peniche 2021: 48). En 1959-1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Paralelamente se comenzaron a construir centros de salud rurales. “Entre 1950 y 1980 se registró un crecimiento de instituciones públicas de salud como: el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición (1946), el Hospital La Raza del IMSS (1952) el ISSSTE (1959) y otros más de 300 hospitales a lo largo y ancho del país, además de 17 grandes Centros de Salud urbanos y otros 340 Centros de Salud rurales” (Peniche, 2021: 49). El sistema de salud, como todo el país, entrará en crisis a partir de los años 70.

La crisis económica de mediados de los años 70 evidenció muchas de las debilidades del sistema de salud. No sólo era la insuficiencia de recursos materiales y humanos, sino fenómenos como la dependencia tecnológica hacia países como Estados Unidos de Norteamérica, sino también el crecimiento exponencial de enfermedades como diabetes y neoplasias, ambas como resultado de la

modificación en los hábitos y consumos alimentarios y sanitarios (bebidas azucaradas y consumo de tabaco principalmente), y finalmente, la aparición cada vez más frecuente entre la población de enfermedades crónico-degenerativas ligadas al aumento en la esperanza de vida (Tamez y Valle, 2005).

En el transcurso de los llamados gobiernos “revolucionarios” (1928-1982) lo que se dio fue creación de instituciones políticas bajo la lógica de un sistema de Estado burocrático autoritario (O’Donnell, 1977) que no llegó nunca al totalitarismo como si sucedió en otras partes del mundo, pero que debido a ese mismo esquema depositaba la toma de decisiones en una alta burocracia, en la cual poco a poco se fueron incorporando especialistas de la salud, específicamente el gremio de los médicos. En México urgía la creación de instituciones políticas y sociales, y en el caso de la salud era evidente la ausencia de éstas.

Los gobiernos emanados de la revolución mexicana vivieron esa extraña paradoja de que siendo tan cercanos a la población, conociendo sus dolencias y malestares, así como sus fortalezas y potencialidades, poco dialogaban con ella. Desde esta óptica no es arriesgado decir que la manera de tomar decisiones de los gobiernos revolucionarios no se apartó demasiado de lo que se realizó en el porfirismo. La explicación a este fenómeno es relativamente sencilla si consideramos la manera en cómo se fue construyendo el Estado mexicano en todos los ámbitos: como una estructura en diagonal y fuertemente jerarquizada, donde la toma de decisiones pocas veces era consensuada o siquiera discutida. No obstante, los años finales del siglo XX traerán consigo una reconfiguración en las maneras de hacer y entender la política; en este nuevo paradigma el tema de la gobernanza se ubicará como central. Para el caso mexicano ello se evidenciará a partir del decenio de los años 80, cómo ahora veremos.

NEOLIBERALISMO Y CAMBIO DE PARADIGMA EN EL SISTEMA DE SALUD

Crisis económica y reformas neoliberales. El adelgazamiento del Estado

A partir del sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) el Estado mexicano da un viraje principalmente en lo económico, tratando de salvaguardar la estructura corporativista desarrollada a lo largo de 50 años, para no tocar ni lo

político ni lo social. Los primeros pasos fueron dirigidos en una apertura económica que permitiría contrarrestar las ahora cada vez más frecuentes crisis económicas. Sin embargo, después de años de proteccionismo estatal, México no se encontraba preparado para una economía abierta. El resultado fue lo opuesto a lo esperado: crecimiento alarmante de la pobreza entre la población. Julio Boltvinik y Enrique Hernández Laos (1999) señalan que al momento de comenzar el sexenio delamadrista se presentaba una inflación del 100% con un PIB negativo de -0.05 . La deuda terminaría por absorber el 76% de las exportaciones.

El periodo 1983-1988 se singularizó por haber tenido un ritmo de expansión económica inferior al de la tasa de crecimiento de la población, caída del producto por habitante y elevados índices de inflación, lo cual ocasionó que un considerable segmento de la población enfrentara situaciones de pobreza extrema como resultado de otra coyuntura desfavorable, generadas directamente por la tasa negativa de crecimiento acumulada del salario mínimo real que pasó de -19.8% en el periodo 1977-1982, a -30.7% en el 1983-1988 de una parte y, de otra, el crecimiento del índice de la canasta básica en ambos periodos (Verdeja López, 2001: 104-105).

Lo anterior tuvo un impacto real en el presupuesto de la salud durante el periodo pero también la inercia de la apertura favoreció la reestructuración del sistema de salud.[4] Desde 1983 la salud fue elevada a rango constitucional y se buscó crear un sistema de salud más integrado. Esta iniciativa promovió la protección de todos los mexicanos, garantizándoles el derecho a la salud, y no sólo a los trabajadores en activo como se había venido haciendo. En 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en Secretaría de Salud. La transformación coincidió junto con una serie de ajustes económicos que se realizaron a lo largo de los tres últimos sexenios del siglo XX. Se trató de medidas estructurales que pretendían “modernizar” a México y sus instituciones.

Las reformas consistieron en adelgazar la presencia del Estado en las actividades del ciudadano y darle entrada al mercado internacional para regular naturalmente la economía y con ello incorporar a México a la globalización. La idea de “bienestar social”, pilar del discurso revolucionario, tendió a ser abandonada en favor de la “libertad individual”. Austeridad financiera y adelgazamiento de la gestión pública fueron los dogmas a seguir. El Estado abandonó su rol de gestor para transformarse en supervisor y garante, arbitro, de

las reglas del juego. Una consecuencia natural de las reformas fue la privatización de muchos entes públicos. El terreno de la salud no escapó a esta lógica.

El proceso de modernización en salud apuntó, como se ha dicho, a una disminución del Estado y un fortalecimiento del mercado en el financiamiento y la provisión de servicios; así, sus acciones tendieron a desarticular los temas de salud, democracia y condiciones de vida. Se sostuvo básicamente en dos estrategias: 1) racionalización de recursos y protección financiera, como también, 2) reforma administrativa (Peniche, 2021: 58).

Con ello quedaba claro que la salud pública estaría sujeta a la disciplina fiscal y reducción de presupuesto. El Estado debió abandonar el monopolio de la salud en favor de una diversidad de corporaciones que comenzaron a ofrecer “salud” al individuo. En esta lógica el Banco Mundial señaló que el individuo es “corresponsable” de la financiación de su propia salud, por lo cual se promovieron cuotas y pagos en función de los recursos económicos de los individuos, para asegurarles su derecho a la salud (Tamez y Valle, 2005).

Durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se pusieron las bases para iniciar el inexorable proceso de desmantelamiento de la seguridad social, pues se eliminó el papel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como responsable de la administración de fondos y pagador de las pensiones de los trabajadores del sector industrial, al asignar estas tareas a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) y a las aseguradoras. Con estas medidas, se inaugura la administración y el control privado sobre los fondos de pensiones y se establecen las bases para la transferencia masiva de fondos del sector público al privado, el fortalecimiento de los grupos financieros y la mercantilización del sistema de pensiones. En este sexenio, también se perfilaron con mayor fuerza las acciones de focalización contra la pobreza, en las que se incluyeron diversas actividades en salud que dependían directamente del Ejecutivo Federal. Sin embargo, es hasta mediados de la década de los noventa, durante el sexenio de Ernesto Zedillo, que se expresan con mayor claridad las intenciones del Estado mexicano de adoptar al pie de la letra las recomendaciones del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (Tamez y Eibenschutz, 2008: 134).

Con las reformas salinistas se fracturaron las bases de la seguridad social y con ello asegurar una mercantilización de la atención médica. Se modificó la ley del IMSS al mismo tiempo que se organizaba un sistema paralelo y privado que en principio

garantizaría el acceso a la salud a todos los individuos que se encontraban fuera del sistema. La idea en si es noble y coherente, el resultado es lo que ha sido sumamente cuestionado.

Siglo XXI. Universalización del acceso a los servicios de salud

Los gobiernos panistas de Vicente Fox (2000-2006) y Felipe Calderón (2006-2012) continuaron en la misma línea de las reformas inauguradas por Miguel de Madrid (1982-1988) y profundizadas por Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) y Ernesto Zedillo (1994-2000). Con Fox se dio la llamada “Democratización de la salud” incluida en su Programa Nacional de Salud 2001-2006. El Banco Mundial había recomendado 4 acciones primordiales para la buena aplicación del Programa: “a) establecer el seguro nacional de salud (posteriormente Seguro Popular de Salud-SPS); b) separar el financiamiento de la prestación de servicios; c) incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y d) crear un fondo nacional de salud pública” (Tamez y Eibenschutz, 2008: 136).

Como fue señalado anteriormente, las dependencias de salud del Estado se trasformaron en grandes recaudadores de cuotas, disminuyendo significativamente la prestación de servicios. Las cuotas ahora, concentradas en un organismo autónomo llamado Fondo Solidario de Salud, se transferían a las administradoras de salud, públicas o privadas según la elección del individuo.

Una realidad es que para inicios de milenio, el IMSS mostraba ya una notable saturación de sus servicios; por lo cual el discurso de “aprovechar toda la infraestructura posible” fue bien recibido por el grueso de la población. La privatización del sector salud iba viento en popa. El llamado SPS sería la cumbre de esta política dado que combinó de manera relativamente exitosa la atención médica pública y privada. Para finales del sexenio foxista e inicios del calderonista el Sistema de Salud se encontraba dividido en tres grandes pilares: 1) el sistema de salud basado en la seguridad social laboral (IMSS, ISSSTE, Pemex, etcétera); 2) el sistema de salud fuera de la seguridad social (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud); y 3) el sistema de salud privado.

Desde una óptica neoliberal, quizás el gran éxito del Sistema Nacional de Salud fue la clara separación entre instituciones encargadas de administrar el financiamiento de la salud, y las instituciones encargadas de ofrecer servicios de

salud; a ello hay que adicionar el hecho de que los individuos podían escoger entre mantenerse en el sector de la salud público, cambiarse al privado o bien hacer una combinación de ambos, lo que algunos autores llaman el “mix público-privado de la atención médica” (Tamez y Eibenschutz, 2008: 137). Esta nueva modalidad tendió a crear segmentos de población con distintos tipos y maneras de acceso a la salud. La capacidad de pago definirá mucho la atención médica que decida tener el individuo.

Así, el acceso de la población a la atención médica ha sido redefinido, conformándose un grupo bajo la cobertura de la seguridad social, compuesto o fundamentalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización (los afiliados al IMSS y al ISSSTE); otro grupo, proveniente de la economía informal, población pobre no asegurada que, en el mejor de los casos, tendrá acceso a los servicios brindados por las instituciones estatales de salud, compitiendo por la atención con los grupos bajo el SPS; y un tercer grupo, que a partir del SPS, accederá a servicios privados de acuerdo a su capacidad de pago, compuesto por los grupos de mayor cotización a la seguridad social, sectores de la economía informal y la población de clase media no asegurada (Tamez y Eibenschutz, 2008: 137).

Esta política generó un rápido y marcado deterioro en la calidad de los servicios de atención de salud públicos por su poca capacidad para competir con el sector privado, el cual además no cargaba con el peso de desarrollarse ni en atención médica de alta especialidad, ni en investigación (básica y aplicada). Con todo se debe reconocer que el SPS fue el primer intento del Estado mexicano por universalizar el acceso a la salud. Sin embargo, el resultado fue la división del sistema en diversas y distintas velocidades. Varios problemas surgieron y otros se evidenciaron. Por ejemplo, aun cuando el sistema crecía en número de asegurados, la infraestructura no sólo no crecía paralelamente, sino que se movió en sentido opuesto: “El número de camas de hospital por cada 1,000 habitantes incluso se redujo de 1.05 en 2000 a 0.98 en 2018” (Velázquez Leyer, 2022: 31).

Es interesante observar que a lo largo de la creación y puesta en marcha del SPS, las autoridades gubernamentales contaron con el apoyo y consejo de actores como los prestadores de servicios privados (clínicas y hospitales privados, aseguradoras, laboratorios privados, farmacéuticas, etc.) pero en el diseño del nuevo sistema parece que quedaron fuera de la discusión actores claves como la

sociedad civil y gobiernos locales (estatales y municipales), así como más actores de corte técnico (secretarías de salud, colegio de médicos, etc.) y más importante el científico (universidades, centros de investigación y hospitales públicos, etc.). La transformación en la metodología para el diseño de políticas públicas y la reorganización del sector salud comenzó a considerar a nuevos actores, todos del sector privado que terminaron por desplazar en su totalidad a los históricos actores del sector público; una vez más el gran ausente en la discusión será la población en general. Durante el llamado periodo “neoliberal” en áreas como la salud, los ejercicios de Gobernanza brillan por su ausencia.

DEL SEGURO POPULAR DE SALUD AL PROGRAMA INSABI

El gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) (2018-2024) marcó como una de sus prioridades el acceso universal a la atención médica gratuita. Si bien este objetivo se persigue al menos desde la administración de Vicente Fox (2000-2006), la realidad es que fue hasta mediados del gobierno de Felipe Calderón (2006-2012) que el SPS logró hacer crecer la cifra de población con acceso a la salud pública y gratuita. En el año 2020 el Inegi reportó que, de un total de 126 millones 14 mil 24 habitantes, 92 millones 582 mil 812 se encontraban afiliados a algún sistema de salud; lo anterior implica que existe un aproximado de 33 millones 431 mil personas sin acceso a ningún tipo de sistema de salud.

A pesar de sus limitaciones, la expansión de la cobertura de salud a través del SPS logró reducir la carencia por acceso a servicios de salud de manera constante desde 2008... Las causas del deterioro en el acceso a la salud se ubican en los deficientes procesos de diseño e implementación de los cambios introducidos por el gobierno, que en lugar de tratar de solucionar las fallas de la expansión mediante el SPS, generaron nuevos problemas (Velázquez Leyer, 2022: 32).

El Insabi busca llegar a más individuos, sin que ello represente forzosamente aumentos onerosos para el presupuesto público. En enero de 2020, a escasos dos meses de que la pandemia por Covid-19 llegara al país, es que el Insabi vio la luz. Quizás la principal diferencia con el SPS es que se busca garantizar el acceso a los servicios de salud gratuitos sin necesidad de que el individuo tenga que hacer

“contribuciones económicas”. Discursivamente el Insabi busca garantizar la salud como un derecho humano. A pesar de que una vez más el fin pareciera legítimo y bondadoso, es en el diseño e implementación de la política donde se concentran los principales fallos. Entre las principales críticas se encuentra el regreso al centralismo de las operaciones como estrategia para combatir la corrupción heredada por el SPS. Lo anterior ha tenido como consecuencia una disminución de derechohabientes; el SPS reporto en 2018 abarcar al 42.1% de la población, el Insabi en 2020 reportaba tan sólo 26.9%, siendo además los sectores más desfavorecidos los que salieron del SPS sin lograr reinsertarse en el Insabi (Velázquez Leyer, 2022: 34). La llegada en marzo de 2020 del Covid-19, evidenció que la transición de un modelo a otro sería más complejo y tardado de lo que se estimaba. En todo ello, los ejercicios de gobernanza continuaron brillando por su ausencia.

GOBERNANZA Y CRISIS DE SALUD. LA APUESTA POR LO MEDIÁTICO Y CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS Y PERCEPCIONES

La emergencia del Covid-19. Gobernanza cero a nivel global

A finales de 2019 y principios de 2020 apareció coronavirus SARS-CoV-2, llamado popularmente Covid-19.[5] Si bien los primeros casos se presentaron en la lejana China, la virulencia y rapidez de propagación del virus provocaron que casi de inmediato el virus traspasara las fronteras asiáticas y poco a poco se propagará por todo el globo terráqueo. Hoy a la distancia de dos años podemos señalar que el mundo entero se enfrentara a una situación inédita para todas las generaciones existentes.

Autoras como María Esther Morales-Fajardo y Cecilia Cadena Inostroza (2020) señalan que la velocidad de la propagación se debió en gran medida a los tiempos de globalización (comercio y personas) que se viven hoy en día. La llegada de la Covid-19 a los lugares más remotos del mundo significó poner a prueba los sistemas de salud de todo el mundo, así como la capacidad de respuesta de los gobiernos. Justo sería pensar que ante tal situación de crisis, la Gobernanza jugaría

un rol primordial, la realidad es que pareció que en muchas ocasiones ocurrió exactamente lo contrario. El espacio europeo, como conjunto de Estados que suelen dirigirse bajo lógicas de Gobernanza continental (Sotillo, 2017), por ejemplo, pareció que no soportó dicha prueba:

El peor de los escenarios, en términos de gobernanza comunitaria, fue observar a una Europa desdibujada, desunida, sin rumbo ni liderazgo. Ni los actores gubernamentales ni los no gubernamentales enfatizaron la creación de estrategias de cooperación para resolver el problema sanitario de forma comunitaria. Fuimos más bien testigos de cómo cada país tomaba sus propias medidas y cerraba sus fronteras. Mucho menos fue posible albergar la idea de que Europa sería líder global para enfrentar la pandemia, pues la ausencia de liderazgos globales fue superada por los nacionalismos individuales de cada país (Morales-Fajardo y Cadenas-Inostroza, 2020: 2).

En México el primero de diciembre de 2018 comienza el gobierno de AMLO, como un gobierno autodenominado “antineoliberal y nacionalista”: “López Obrador ha logrado la hazaña de convencer abrumadoramente al electorado mexicano de que debe reivindicarse la justicia social y el Estado comprometido con la Revolución” (Hernández, 2020: 21). En menos de 14 meses debe hacer frente a una crisis sanitaria que pone en evidencia el colapso que existía en el sistema de salud. Como observaremos, el gobierno en turno decidió acudir más a una estrategia mediática y discursiva que a la toma de decisiones consensuadas entre todos los actores involucrados. La crisis por Covid-19 en realidad sirvió al gobierno de AMLO para retomar el papel rector de la salud en el país, sin considerar la opinión de terceros. Cuando el presidente señaló que la pandemia le vino “como anillo al dedo” en realidad señalaba la oportunidad para que el Estado, pero sobre todo el ejecutivo federal, retomara las riendas en el tema de la salud.

México cuenta con el Consejo de Salubridad General, pensado para funcionar como consejo asesor en la toma de decisiones del poder ejecutivo. Su manera de constituirse está diseñada bajo lógicas de gobernanza científica: un Presidente (el Secretario de Salud), un Secretario, trece Vocales Titulares (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [1], Secretaría de Bienestar [2], Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales [3], Secretaría de Economía [4], Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural [5], Secretaría de Comunicaciones y Transportes [6], Secretaría de Educación Pública [7], Instituto Mexicano del Seguro Social [8], Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [9], Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [10], Academia Nacional de Medicina A.C. [11], Academia Mexicana de Cirugía A.C. [12] y Universidad Nacional Autónoma de México [13]); veintidós Vocales Auxiliares (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [1], Instituto Politécnico Nacional [2], Secretaría de la Defensa Nacional [3], Secretaría de Marina [4], Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A.C. [5], Fundación Mexicana para la Salud [6], Secretario de Salud estatal representante de la Región Noroeste [7], Secretario de Salud estatal representante de la Región Noreste [8], Secretario de Salud estatal representante de la Región Centro [9], Secretario de Salud estatal representante de la Región Sureste [10], Secretario de Salud de la Ciudad de México [11], Protección Civil-Secretaría de Gobernación [12], Petróleos Mexicanos [13], Academia Mexicana de Pediatría A.C. [14], Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. [15], Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas [16], Asociación Nacional de Hospitales Privados A.C. [17], Colegio Médico de México A.C. [18], Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería A.C. [19], Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica [20], Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica [21], Cámara Nacional de la Industria de la Transformación [22], y siete invitados (Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora [1], Organización Panamericana de la Salud u Organización Mundial de la Salud [2], Prestaciones Médicas del IMSS [3], Dirección Médica del ISSSTE [4], Laboratorios Biológicos y Reactivos de México S.A. de C.V. [5], Dirección de la Facultad de Medicina UNAM [6], y Dirección de la Escuela Superior de Medicina IPN [7]). El total de miembros en el Consejo de Salubridad General es de 42. La misma página del Consejo señala: “Establecido en la constitución Mexicana de 1917, en el artículo 73 fracción XVI, dependiente del Presidente; Segunda autoridad Sanitaria del País; Organismo Nacional con la facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatorias en el país” (Consejo de Salubridad General, 2022). Su misión es:

Identificar asuntos prioritarios de salubridad general —incluyendo crisis y epidemias—, convocar intersectorialmente a su análisis y generación de alternativas de política, lograr decisiones de Estado sobre ellas, instrumentar ágilmente acuerdos, disposiciones y

prácticas que las impulsen, establecer el marco de monitoreo y evaluación de estas y dar seguimiento a los responsables de su ejecución.

Mientras que su visión es:

Ser la autoridad sanitaria y referente a la sociedad, rectora en la identificación, análisis, decisión, evaluación y seguimiento de políticas nacionales de Estado dentro del sector salud informadas en la mejor evidencia técnica y científica; de otras entidades gubernamentales y no gubernamentales en una construcción de salud por todo el gobierno y sociedad, y de las políticas de otros sectores públicos y no gubernamentales que inciden sobre la salud de la población (Consejo de Salubridad General, 2022).

Como bien lo señala su sitio internet, el Consejo de Salubridad General deberá emitir opiniones y tomar decisiones en caso de crisis y epidemias. Entre las decisiones que se le reconocen al Consejo durante la pandemia de Covid-19 están la de realizar el listado de las actividades consideradas “esenciales” y “no esenciales” para el funcionamiento del país.

El Covid-19 en México. La apuesta por lo mediático

Desde enero de 2020 y previo a la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Estado mexicano puso en marcha un *Plan de Preparación y Respuesta* ante la contingencia por Covid-19, el cual se limitaba a dar consejos sobre uso de cubrebocas, estornudo de etiqueta, distanciamientos social y aislamiento en caso de síntomas. El Plan fue preparado por la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, a recomendación de la OMS. La realidad es que desde el momento mismo en que el país se declaró la pandemia, fue el ejecutivo quien comenzó a señalar el camino a seguir. “Dichas acciones se llevaron a cabo bajo el modelo de arriba hacia abajo (enfoque *up-down*), es decir, de manera vertical y jerárquica encontrando en la cúspide al Ejecutivo Federal (Presidente de la República Mexicana Andrés Manuel López Obrador) quien en coordinación con la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General serían los encargados de regular las acciones de los gobernadores locales y municipales” (Carrasco, 2022: 55).

Desde el inicio de la pandemia el Ejecutivo Federal, dejó claro que sería a su gobierno a quien le tocaría tomar las decisiones para el manejo de la crisis sanitaria. Por ello hubo una fuerte apuesta a ejercicios de comunicación y creación de narrativas y percepciones desde el Gobierno Federal. Por un lado, el 20 de marzo hizo su aparición un personaje animado llamado “Susana Distancia” para sensibilizar al grueso de la población sobre la necesidad de tomar medidas y precauciones durante la pandemia. El éxito de “Susana Distancia” fue tal que en julio de 2020 aparecieron cuatro heroínas más que apoyarían en lo concerniente a la llamada nueva normalidad, *Refugio*, *Prudencia*, *Esperanza* y *Aurora*, cada una correspondía a los semáforos epidemiológicos establecidos por el gobierno.

De igual manera desde muy temprano en la pandemia se acudió al ejercicio de una conferencia vespertina con el subsecretario de salud Dr. Hugo López-Gatell, donde se iba informando a la población de la evolución de la pandemia en territorio nacional pero igualmente a nivel mundial. Entre el 29 de febrero de 2020 y el 11 de junio de 2021 el subsecretario dictó alrededor de 451 conferencias siendo el portavoz oficial del gobierno. Con el paso del tiempo el subsecretario se convirtió en un emblema de la llamada “Cuarta Transformación”. Las conferencias vespertinas se caracterizaron no sólo por informar sobre la evolución y progreso de la Covid-19, sino que con el transcurrir de los meses se fue transformando en una especie de arena política, donde lo técnico pasaba a segundo plano y se debatían más ideas y supuestos sobre lo que era la pandemia. Sobre el subsecretario López-Gatell se señala:

Sus apariciones, caracterizadas por su didactismo y lenguaje accesible, hicieron que pronto la gente depositara su confianza en él, al punto en el que, aun desempeñándose en el cargo de subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, llegó a ubicarse entre los ciudadanos, según encuestas, como el funcionario mejor posicionado del gobierno federal, con un nivel de confiabilidad como servidor público cinco veces mayor al del presidente.

Dado el alto nivel de exposición mediática del que gozaba ya hacia finales de abril, López-Gatell llegó a las portadas de la prensa rosa; se le calificaba como “el *rockstar* inesperado de la 4T” ... Pero sus estimaciones de 30, 35 y hasta 60 mil fallecimientos en un escenario “muy catastrófico” se venían abajo, superadas por la realidad, el médico convertido en político elevó el tono hasta acusar a los medios de trivializar las muertes y publicar las cifras de la tragedia sólo para vender periódicos (Romero Puga, 2020).

Debates con representantes de los medios de comunicación sobre la eficiencia y eficacia del uso del cubrebocas, o bien la polémica sobre un encuentro virtual de seis ex Secretarios de Salud intitulado ¿Cómo salir en 8 semanas de la epidemia? Análisis y recomendaciones de 6 exsecretarios de salud. Donde se proponía una serie de 14 puntos para combatir la epidemia por Covid-19. Como respuesta López-Gatell no dudó en señalar la existencia de 307 hospitales inconclusos a lo largo y ancho del país como resultado de los malos manejos de gobiernos precedentes, en los cuales participaron los exsecretarios citados. Todo ello demostraba hasta donde la pandemia, además de ser un problema de salud en el país, se había transformado en una arena política, donde lo técnico quedaba de lado, ni qué decir de la Gobernanza; lo que para entonces parecía importar, era ganar la narrativa de cómo evolucionaba la pandemia, lo que buscaba tanto el gobierno como sus opositores eran generar percepciones distintas sobre lo que estaba sucediendo con la Covid-19 a nivel nacional.

Otro ejemplo fue cómo por periodos, distintos gobiernos locales optaron por tomar medidas propias y a contracorriente de lo recomendado por el subsecretario López-Gatell. Estas “insurrecciones” no fueron exclusivamente de gobernadores de partidos opositores a Morena o a la 4T, sino la misma jefa de Gobierno de la CDMX, Claudia Sheinbaum Pardo y su secretaria de salud, Dra. Olivia López Arellano, prefirieron hacer caso omiso de lo que señalaba la conferencia vespertina. Será interesante para el análisis del manejo de la pandemia en los años venideros, observar el rol primordial como vocero del gobierno de Hugo López-Gatell, quien para unos fungió como verdadero *rockstar* de la 4T, mientras que para otros, es sinónimo de irresponsabilidad y frivolidad ante una crisis sanitaria. En noviembre de 2020 cuando México alcanzó el millón de contagios y las 100 mil defunciones, los detractores del subsecretario en redes sociales comenzaron a llamarle “Dr. Muerte”. Todo esto se inscribe dentro de la construcción de narrativas y percepciones que en poco ayudaron verdaderamente a gestionar de la mejor manera la crisis estructural que generó la llegada de la pandemia por Covid-19.

Discusión. Pandemia y Estado. Gobernar sin Gobernanza en el sistema de salud

Ante un escenario como el actualmente vivido de pandemia por Covid-19, la Gobernanza es un ejercicio que debe irse construyendo paulatinamente y con la

participación del mayor número de actores posibles (Aguilar, 2007). Para la Oficina de Alto Comisionado de Naciones Unidas y Derechos Humanos:

El concepto de gobernanza hace referencia a todos los procesos de gobierno, instituciones, procedimientos y prácticas mediante los que se deciden y regulan los asuntos que atañen al conjunto de la sociedad. La buena gobernanza añade una dimensión normativa o de evaluación al proceso de gobernar. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la gobernanza se refiere, sobre todo, al proceso mediante el cual las instituciones públicas dirigen los asuntos públicos, gestionan los recursos comunes y garantizan la realización de los derechos humanos (ACNUDH, 2022).

Para que la Gobernanza funcione se requiere de fortaleza institucional y liderazgo eficaz gubernamental. Desde esta lógica el Estado mexicano pareció priorizar un liderazgo fuerte pero poco eficaz, debido al número de contagios y muertes.^[6] El gobierno pareció apostarle más, a ejercicios de comunicación mediática con un subsecretario carismático que a atender de manera oportuna la pandemia. El Consejo de Salubridad General apareció más, ante el grueso de la población, como un órgano legitimador de la toma de decisiones, que cómo agente consultor experto. A los ojos de un importante sector de la población y de varios medios de comunicación opositores al Gobierno Federal, México rápidamente se posicionó como uno de los países que peor manejó la pandemia. El sociólogo y demógrafo Héctor Hernández Bringas reportó a finales de 2020:

Hacia finales del mes de agosto de 2020, México había alcanzado el —según las autoridades sanitarias del país— poco probable escenario catastrófico de 60.000 muertes por Covid-19. En ese momento, México era el tercer país con más decesos por esta enfermedad después de Brasil y los Estados Unidos: según las fuentes oficiales, se habían producido casi 62.000 muertes. Pese a contar con el 1.6% de la población mundial, representaba el 7% del total de las muertes por el virus. El país también ocupaba el tercer lugar por el nivel de letalidad (10.8 muertes por cada 100 contagios), solo después de Italia y el Reino Unido (Hernández Bringas, 2020: 107).

La percepción del manejo de la pandemia para varios medios de comunicación y un sector importante de la comunidad científica fue que México no se comportó a la altura de la situación. Sin embargo, es necesario señalar que tal percepción no fue exclusiva del país, en prácticamente cualquier lugar del orbe, los gobiernos se

vieron superados rápidamente por la situación y tanto medios de comunicación como grupos de expertos se volcaron a evidenciar tal situación.[7] Otro asunto que no podemos dejar de mencionar es que la construcción de tales percepciones es parte de un trabajo mediático y de comunicación política, antes que de estrategias sanitarias. El verdadero análisis de la manera en cómo los distintos gobiernos del orbe, incluido México, se comportaron, y gestionaron, la pandemia requiere de estudios longitudinales que permitan observar en detalle la película de manera panorámica y no sólo a partir de “fotografías instantáneas”.

A pesar de lo anterior es posible sacar algunas conclusiones que permitan sumar a un debate propositivo. Para el caso mexicano, vale la pena señalar que la mayoría de los actores no gubernamentales, decidieron involucrarse poco o nada ya sea por el peso institucional del Estado, por desinterés u otras razones, mientras la población en general se ha comportado de maneras diversas, pero o poco o nada hicieron por sumarse de manera institucional al manejo de la pandemia. Respecto a los gobiernos estatales, aunque algunos tomaron caminos diferentes, estrategias distintas y más localizadas a sus propias realidades en diversos momentos de la pandemia, optaron, con el paso del tiempo, por plegarse a las directivas federales. Fue quizá desde los opositores a la 4T que se intentó, con muy poco éxito, hay que reconocerlo, ensayar ejercicios de Gobernanza mediante acercamientos al gobierno, sin embargo, su mayor mérito consistió en tratar de llevar a la palestra pública el cuestionamiento de la toma de decisiones para el manejo de la pandemia. Desafortunadamente, para el gobierno de la 4T, compartir las estrategias y la toma de decisiones para el manejo de la pandemia no parece interesarle; por lo tanto, con el paso del tiempo el asunto del manejo de la pandemia derivó en escenarios de infodemia que nada aportaron a la eventual solución del problema; la infodemia no ayuda a un saber técnico para mejor sobrellevar la pandemia, ni permite eventuales ejercicios de Gobernanza, la infodemia sólo genera prejuicios y manipula al individuo.

La pandemia por Covid-19 terminó por desnudar, no sólo a los sistemas sanitarios alrededor del mundo, sino que evidenció mucho de la cultura política de nuestros sistemas gubernamentales. En México, como hemos observado, a lo largo del siglo XX, fue el gobierno quien decidió qué hacer y cómo hacerlo. Se trató de un Estado autoritario que imponía decisiones de manera vertical y sin consensuar con otros actores. A partir del siglo XXI ello fue cambiando. En el sector de la

salud, el Estado mexicano pasó de ser servidor a ser gestor de la salud, pero poco se preocupó por generar e impulsar ejercicios de Gobernanza; poco se interesó por sumar a otros actores que no fueran sino cercanos al mercado. Recordemos que el Consejo de Salubridad General, data de 1917, y aunque en su conformación parece ser un órgano que funciona bajo esquemas de Gobernanza, la realidad es que continúa siendo un ente que depende en gran medida, sino es que completamente, del Ejecutivo Federal.

La Gobernanza en términos de salud pública debería pasar por encima de intereses políticos y lucros particulares; se debería aprovechar la fortaleza institucional que actualmente tiene el Gobierno Federal para desde ahí construir redes de apoyo y participación con actores públicos y privados, con la sociedad civil y el empresariado nacional y global, con las instituciones de salud y las generadoras de conocimiento (universidades, institutos y centros de investigación, laboratorios, consultorías, etc.). La crisis sanitaria vivida en los dos últimos años debería ser vista también como una oportunidad para reconstruir el tejido social tan dañado en épocas resientes; para ello se requiere de promover valores humanos como la empatía, la fraternidad y la solidaridad. México, como sociedad, podría encontrar en ejercicios de Gobernanza una buena salida para las distintas crisis sistémicas que están por llegar en un futuro que no está más a la vuelta de la esquina sino ya delante de nosotros.

FUENTES CONSULTADAS

Aguilar, Luis Fernando (2007). “El aporte de la Política Pública y de la Nueva Gestión Pública a la gobernanza”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 2007 (39): 5-32.

Arciniegas, Yurany (2021). “Fracaso en gestión del Covid-19 costó miles de vidas en Reino Unido, señala informe”. *France 24*, 12 de octubre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.france24.com/es/europa/20211012-reino-unido-covid19-pandemia-parlamento-errores>> (consulta: 23 de enero 2023).

Barrucho, Luis (2021). “Coronavirus: Brasil es el ejemplo de todo lo que podía salir mal en una pandemia”. *BBC News*, 25, de marzo de 2021 [en línea].

- Disponible en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56510603>> (consulta: 23 de enero 2023).
- BBC News (2021). *Covid-19: cómo la pandemia de coronavirus se salió de control en Alemania*, 12 de noviembre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-59256983>> (consulta: 23 de enero 2023).
- Boltvinik, Julio y Enrique Hernández Laos (1999). *Pobreza y distribución del ingreso en México*. México: Siglo XXI.
- Cabranes Méndez, Flora, Mauricio Domínguez Aguilar, y Rafael Ortiz Pech (2019). “Del milagro mexicano a la globalización neoliberal y su materialización en la ciudad de Mérida”, *Península* 14(1): 51-79.
- Cámara de Diputados (2007). *Evolución del Gasto en Salud*, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. México: Cámara de Diputados LX Legislatura.
- Campos Ortega, Sergio (2009). “Cambios en la mortalidad. Cien años de mortalidad en México”. *DemoS* (010): 11-13.
- Carrasco, Karina (2022). “Reflexión sobre la coordinación entre federación y estados para hacer frente a la pandemia de Covid-19 en México”. *Revista Cadenas de Cerebros* 6(1): 55-56.
- Carrillo, Ana María (2002). “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”. *História, Ciências, Saúde Manguinhos* (9): 293-310.
- Consejo de Salubridad General (CSG) (2022). “Historia”, [en línea]. Disponible en <<http://www.csg.gob.mx/consejo/historia.html>> (consulta: 16 de mayo de 2022).
- Córdova, Arnaldo (1973). *La ideología de la Revolución Mexicana*. México: Ediciones Era.
- D’Eramo, Antonio (2021). “Tres investigaciones demuelen a la Argentina por el manejo de la pandemia”. *Forbes*, 21 de junio de 2021 [en línea], Disponible en <<https://www.forbesargentina.com/today/alberto-fernandez-recio-lula-da-silva-n28428>> (consulta: 23 de enero de 2023).
- Foucault, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Garrido, Luis Javier (1974). “Metafilosofía del racionalismo. Teorema”. *International Journal of Philosophy* 1(1): 57-73.

- Hermida Rosales, Carlos Hugo (2020). “Manejo de pandemia en Estados Unidos genera inconformidad”. *Universo, sistema de noticias de la Universidad Veracruzana*, 24 de junio de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.uv.mx/prensa/general/manejo-de-pandemia-en-estados-unidos-genera-inconformidad/>> (consulta: 23 de enero de 2023).
- Hernández Bringas, Héctor (2020) “Covid-19 en México: un perfil sociodemográfico”. *Notas de Población*, 111, julio-diciembre: 105-132.
- Hernández Rodríguez, Rogelio (2020). “La persistencia de una idea: el nacionalismo revolucionario. Del PRI a López Obrador”. *Foro Internacional LX(2)* [en línea]. Disponible en <www.redalyc.org/articulo.oa?id=59963277006> (consulta: 21 de enero de 2023).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2020). Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, 2020 [en línea]. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t> (consulta: 17 de abril de 2022).
- Morales Fajardo, María Esther y Cecilia Cadena Inostroza (2020). “(Des)organizando la (des) gobernanza en tiempos de pandemia”. *Notas de coyuntura del CRIM* (6): 1-4.
- O'Donnell, Guillermo (1977). “Reflexiones sobre las tendencias generales de cambio del Estado burocrático-autoritario”. *Revista Mexicana de Sociología* 39(1): 9-59.
- Oficina de Alto Comisionado de Naciones Unidas y Derechos Humanos (ACNUDH) (2022). “Acerca de la buena gobernanza y los derechos humanos” [en línea]. Disponible en <<https://www.ohchr.org/es/good-governance/about-good-governance>> (consulta: 11 de mayo de 2022).
- Özcan, Yusuf y Alaatin Dogru (2020). “Las quejas de los franceses por el manejo de la pandemia por parte de Macron”. *AA*, 22 de octubre de 2020 [en línea]. Disponible en <<https://www.aa.com.tr/es/mundo/las-quejas-de-los-franceses-por-el-manejo-de-la-pandemia-por-parte-de-macron/2015866>> (consulta: 23 de enero de 2023).

- Peniche, Paola (2021). “Medicina, salud pública y modelos de desarrollo en México: del liberalismo al neoliberalismo (1880-1990). En *Salud Pública y Desarrollo Regional en Yucatán*, coordinado por Paola Peniche, 35-65. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Pérez Tamayo, Ruy (2012). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rabel Romero, Cecilia Andrea y Marta Mier y Terán Rocha (1986). “El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980” *Estudios Demográficos y Urbanos* 1(1): 39-71.
- Rhodes, Roderick Arthur (2007). “Understanding Governance: Ten Years” *Organization Studies* 28(8): 1243-1264.
- Rodríguez Romo, Ana Cecilia y Martha Eugenia Rodríguez Pérez (1998). “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”. *História, Ciências, Saúde Manguinhos* (2): 293-310.
- Rodríguez-Pérez (2018). “¿Por qué surgió Gaceta Médica de México?” *Gaceta Médica de México* (154): 425-426.
- Romero Puga, Juan Carlos (2020). “El año de López-Gatell”. *Letras Libres*, 11 de diciembre [en línea]. Disponible en <<https://letraslibres.com/politica/el-ano-de-lopez-gatell/>> (consulta: 16 de abril de 2022).
- Secretaría de Salud (ss) (2022). Informe integral de Covid-19 en México. Número 13-2022, México: Gobierno de México, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología [en línea]. Disponible en <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-13-22-Int_Covid-19.pdf> (consultado el 21 de enero de 2023).
- Solana, Fernando, Raúl Cardiel y Raúl Bolaños (1982). *Historia de la educación pública en México*. México: Secretaría de Educación Pública/Fondo de Cultura Económica.
- Sotillo Lorenzo, José Ángel (2017). “La Unión Europea y la gobernanza global del desarrollo”. *Araucaria* 19(37): 427-454.
- Tamez González, Silvia y Catalina Eibenschutz (2008). “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud”. *Revista de Salud Pública* 10(1): 133-145.

- Tamez González, Silvia y Rosa Irene Valle Arcos (2005). “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”. *Revista Mexicana de Sociología* 67(2): 321-356.
- Torres Salcido, Gerardo (2007). *Ciudadanía y Cultura Política. Intelectuales mexicanos de fin de siglo XIX*. México: Instituto de Administración Pública del Estado de México.
- Velázquez Leyer, Ricardo (2022). “Las causas del reciente deterioro de los servicios públicos de salud”. *Revista de la Universidad Iberoamericana. IBERO* 13(78): 30-35.
- Verdeja López, Jorge (2001). *Tres décadas de pobreza en México. 1970-2000. Diagnóstico y Propuestas*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Villanueva, A.L. (2012). *De la medicina tradicional a la medicina moderna*. Madrid: Trébol Ediciones.

[Notas]

- [1] Recordemos que los llamados “científicos” era un grupo de políticos e intelectuales dentro del régimen porfirista; este grupo enarboló la bandera del positivismo como única vía para el “progreso material y moral” del país. Los positivismos mexicanos de mediados del siglo XIX consideraban que sólo el Estado positivo permitiría el desarrollo político, social y económico de la nación, para ello era necesario como primer paso asegurar la unificación y pacificación del territorio para posteriormente homogeneizar la cultura. Su principal promotor en México fue Gabino Barreda. A partir del tercer periodo de Díaz en el poder (1888), los positivistas se transformaron en “científicos”. Para ellos, Porfirio Díaz había logrado pacificar al país, por lo cual era presentado discursivamente como “Héroe de la integración nacional, de la concordia internacional, de la paz y el progreso” (Garrido, 1974:34).
- [2] Arnaldo Córdova señala respecto a los “científicos”: “Se trataba de una inteligencia formada por hombres con una gran cultura y disciplinados en el estudio y el trabajo, excelentes escritores y oradores, y ansiosos por participar en el poder estatal... brillantes figuras de la *intelligentsia* mexicana de todos los tiempos, Gabino Barreda, Porfirio Parra, Telésforo García, Miguel y Pablo Macedo, Justo Sierra, Joaquín D. Casasús, José Yves Limantour, Emilio Rabasa... con una filosofía importada de fuera y adaptada al país... prepararon ideológicamente la llegada de la dictadura para enseguida formar su propia conciencia, la conciencia de su misión frente a la historia” (Cordova, 1973: 44-45).
- [3] Desde 1864 ya se había creado la *Gaceta Médica de México* como ejercicio de los intervencionistas franceses en el país. Ya con la *República Restaurada* en 1873 el gobierno retoma la idea y mantiene la *Gaceta* como órgano científico de intercambio y difusión de la comunidad médica del país y continúa publicándose hasta el día de hoy (Rodríguez-Pérez, 2018).
- [4] En 1983, primer presupuesto del gobierno de De la Madrid, se destinaron 532.2 millones de pesos a Salud, todas las instituciones públicas comprendidas (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud [FASSA]), lo que implicó el 2.8 del PIB. Para 1988, último año del gobierno delamadrista se otorgaron 10,747.8 millones de pesos, equivalente al 2.6 del PIB. Tomando en cuenta la inflación que se presentó a lo largo del sexenio, en 1983 se destinaron el equivalente a 150,446.6 millones, mientras que en 1988 fueron tan sólo 145,652.3. (Cámara de Diputados, 2007: 3)
- [5] El SARS-CoV-2 corresponde al nombre científico asignado por la OMS al coronavirus; la Covid-19 refiere a la enfermedad posteriormente declarada pandemia, ocasionada por el SARS-CoV-2. Disponible en <<https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>>.

- [6] Para diciembre de 2022, la Secretaría de Salud reportaba 330 mil 591 decesos por Covid-19 (Secretaría de Salud, 2022: 62).
- [7] Al revisar la prensa internacional uno puede observar que de manera general los medios contribuyeron a generar un ambiente localizado de inconformidad a lo largo y ancho del mundo. En Estados Unidos, a escasos meses de haberse declarado la pandemia se podía leer: “En Estados Unidos muchas personas están decepcionadas por la respuesta del gobierno frente a la pandemia de Covid-19” (Hermida, 2020); algo similar ocurrió en Argentina, donde en junio de 2021 el Banco Mundial le consideró como el “país con peor resiliencia” de acuerdo a un reporte de economistas y académicos de su Centro de Estudios para el Cambio Estructural (D’Eramo, 2021); de Brasil se señalaba en las mismas fechas que “(era) el ejemplo de todo lo que podía salir mal en una pandemia... nos convertimos en una amenaza global” (Barrucho, 2021). En Europa los franceses afirmaban a finales de 2020 “las medidas implementada por la administración Macron son ridículas, antisociales y terribles” (Özcan y Dogru, 2020); de igual manera el Parlamento Británico en octubre de 2021 señaló que para el gobierno de Boris Johnson el manejo de la pandemia por Covid-19 fue “el mayor fracaso de salud pública” (Arciniegas, 2021), mientras que en Alemania se mantuvo una percepción optimista hasta finales de 2021, con la llegada de la cuarta ola de Covid-19, cuando la prensa cambió su discurso para criticar la falta de firmeza del gobierno para implementar la vacunación universal “Los efectos de la decisión sobre si vacunarse o no se reflejan en los centros de salud” (BBC News, 2021).

Los instrumentos de política del gobierno mexicano ante la Covid-19

Israel Cruz Badillo

Bernabé Lugo Neria

Víctor González González

[[Regresar al índice](#)]

INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019 inició a nivel mundial una hecatombe que afectó la vida de miles de personas: la pandemia provocada por Covid-19. Cada gobierno nacional enfrentó, en la medida de sus posibilidades cognitivas y presupuestarias, ese gran problema. Implicó un proceso de toma de decisiones colectivas, totalmente lleno de incertidumbre, porque si bien para los países no era un asunto totalmente nuevo, sí significaba una enfermedad nueva; su comportamiento y extensión, así como su solución no era del todo clara —ni lo sigue siendo—.

A nuestro juicio, enfrentar la pandemia de Covid-19 fue un problema único y excepcional. Se diseñaron estrategias de solución que fueron construidas e implementadas de forma inmediata, quizá sin precedente alguno. Otras veces se replicaban estrategias de otros países donde parecía que estaban dando resultado. Fue un proceso de ajuste mutuo totalmente lleno de incertidumbre y donde el tiempo jugaba un rol importante, se tenían que tomar decisiones significativas (mortales) que no podían postergarse.

Bajo esta línea, el presente capítulo intenta describir los distintos cursos de acción o instrumentos que el gobierno federal mexicano diseñó para mitigar la pandemia. Se resalta el componente político que juega un papel importante al momento de tomar decisiones y se describe cómo el factor técnico o racional tuvo un rol secundario, debido a la intervención del Poder Ejecutivo, por medio de las conferencias de prensa, en determinar las acciones públicas (componente político) relativas para contener el virus SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad Covid-19.

En el apartado uno, se presenta el modelo teórico que surge a partir de las ideas de Lasswell, padre fundador de esta disciplina cuyos contenidos y planteamientos son considerados por muchos la génesis del estudio de las políticas públicas: The Policy Orientation.

Como se ha abordado en trabajos anteriores (Lugo, 2017), el primer modelo se caracteriza por encontrar una solución a un problema delimitado y claro, a partir de técnicas de análisis costo beneficio, costo efectividad o utilizando el análisis de sistemas o la investigación de operaciones; es un lente normativo dado que muestra cómo debería ser la elaboración de políticas. El segundo es un modelo empírico que busca comprender cómo los hacedores de políticas de *carne y hueso* actúan ante problemas complejos a partir de la metodología positivista, en el sentido de que se intenta describir cómo es en realidad el proceso de la hechura. Existen otros enfoques que son incluidos en la discusión, son modelos híbridos que intentan recuperar las bondades de ambos extremos.

Posteriormente, en el apartado dos, se describen los Instrumentos de las Políticas Públicas (IPP) del Gobierno Federal mexicano para contener los contagios derivados de la pandemia del virus SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad Covid-19. En el apartado tres metodológicamente, a partir de la técnica de investigación documental se realizó una descripción de esos cursos de acción a partir de la propuesta epistemológica tripartita de Bermelman-Videc (2019) la metáfora del palo, la zanahoria y el sermón es un instrumento pedagógico útil en el *Análisis de política pública*. En el apartado cuatro, se exponen las conclusiones que emanan de las anteriores secciones.

LOS MODELOS TEÓRICOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

El modelo ortodoxo

El enfoque de políticas públicas tuvo su origen en el pensamiento Lasswelliano surgido después de la Segunda Guerra Mundial, nace indicando que las acciones públicas de los gobiernos deberían tener el mismo esfuerzo en tiempo de guerra como de paz (Pardo, 2016).

La propuesta del programa de investigación del *Análisis de política pública* se orientó en dos ejes: conocimiento en la investigación en políticas, esto es, la

generación de conocimiento científico sobre el estudio de política, de programas, de proyectos gubernamentales, entre otros; y el conocimiento en el análisis de políticas, es decir conocer para mejorar la formulación, la toma de decisiones, la selección, la operatividad y la evaluación de las políticas (Pérez, 2005).

Los programas de investigación pioneros de Lasswell estuvieron enmarcados en mejorar la eficacia de las decisiones técnicas del gobierno para su intervención en un problema público a partir del conocimiento multidisciplinario científico orientado a una dimensión cognoscitiva. Lo significativo de las políticas públicas es tener la información y evidencia para la mejor toma de decisiones en la acción gubernamental, su principal cualidad es la orientación hacia los problemas (Pardo, 2016). Fue así que a partir de las ideas de Lasswell surgen dos corrientes explicativas de los procesos de hechura: los modelos ortodoxo y heterodoxo.

El modelo ortodoxo del “Análisis de política pública desde su origen” tuvo un fuerte arraigo en las disciplinas y técnicas de investigación positivista; la calculabilidad y/o la operatividad son los ejes centrales. Su propósito es elegir a partir de la generación de conocimiento científico de las causas de un problema público, la alternativa más efectiva para disminuir los efectos de una situación insatisfecha en un sector de la población. Por tanto, la racionalidad técnica indica:

En primer lugar, hay que hacer una investigación sistemática para saber cuáles son los objetivos de los que toman las decisiones y cuáles son los criterios que emplean para decidir entre las opciones, examinar si son factibles, compararlas en términos de su eficacia y costo, sin dejar de tomar en consideración los tiempos y el riesgo. Finalmente se procede a diseñar las mejores opciones de acción o a elegir otros objetivos si los anteriores se demostraron deficientes (Quade y Boucher, 1989: 11).

En sí, el método ortodoxo es el utilizado por la economía —en específico por la escuela de la elección pública—, por la teoría de sistemas e investigación de operaciones, por el análisis costo-beneficio, entre las principales. En términos económicos se trata de encontrar una función de bienestar social, maximizarla y sujetarse a una función de presupuesto. En términos de la investigación de operaciones, se busca sistemáticamente la definición de un problema; el desarrollo de un modelo racional —que incluye entre otros pasos, identificar las variables de decisión, los datos del problema, la función objetivo, las restricciones— y su

solución a través de un proceso de maximización (de utilidades o beneficios) o minimización (de costos). Se presenta pues, un método de decisión donde existen hombres dotados con información perfecta, preferencias reveladas y capaces de desarrollar cálculos exhaustivos en un instante.

Dentro de esta visión racional, hay metodologías que han sido desarrolladas específicamente para elaborar políticas públicas. Un clásico es la obra de Bardach (1998) quien propone una secuencia de ocho pasos en el análisis; otra de las propuestas sin duda es el trabajo de Franco (2012), su método lo divide en cinco etapas, que van desde el análisis del problema; análisis de soluciones; análisis de factibilidad; recomendación y plan de acción de políticas públicas.

Estas metodologías racional-exhaustivas pretenden mejorar los cursos de acción de políticas públicas; disminuir las probabilidades de fracaso de las políticas y buscan un remedio “exacto” para la enfermedad social; por lo regular, para sustentar sus acciones, incorporan métodos cuantitativos y teorías.

En este sentido, el diseño de políticas públicas se convierte en un ejercicio por encontrar la mejor estrategia o solución ante un problema público claramente estructurado, en sus causas y efectos. Pero, en palabras de Aguilar (2003: 45) “[...] no es una ciencia exacta de las decisiones de política ni una panacea para todo tipo de males y problemas públicos”.

El modelo heterodoxo

Una de las críticas que ha recibido el modelo ortodoxo de políticas públicas es la falta de validez de sus supuestos. El primer elemento que se le critica es que en el proceso de elaboración de políticas públicas no se cuenta con información completa ni perfecta; es decir, no se pueden conocer todos los detalles y las opciones de solución posible ante un asunto o tema público enmarañado y con galimatías.

En ese sentido, el modelo racional se convierte en un modelo ideal. Resume claramente cómo debería ser el proceso de elaboración de políticas públicas, pero no da argumentos realistas de cómo elaborar éstas en contextos complejos y reales. Ante esas deficiencias, surge la corriente heterodoxa o incremental.

El origen del incrementalismo lo podemos encontrar en el famoso artículo *The science of muddling through*^[1] de Lindblom (2003)^[2] quien tenía como principal

argumento que las decisiones públicas no siguen las premisas del modelo racional-exhaustivo. Siguiendo a Lindblom (2003) con su propuesta del método incremental,[3] donde la elaboración de una política pública es simplemente la política anterior o parecida a la anterior, sumado a un pequeño incremento o modificación en su contenido. Con ello, se evitan discusiones exhaustivas y la política *se fabrica con pequeños pasos* sin ningún cambio radical o sustancial.

Para problemas complejos el modelo racional es imposible porque “supone capacidades intelectuales y fuentes de información que los hombres simplemente no tienen, por lo que es absurdo emplearlo como enfoque para elaborar políticas cuando el tiempo y dinero que se puede asignar a un problema de política son limitados (Lindblom, 2003: 203). En efecto, los encargados de elaborar políticas públicas enfrentan como primera dificultad las preferencias no reveladas.

Inicialmente, Lindblom menciona:

[...] las características del modelo incremental: 1) la elección de las metas valorativas y el análisis empírico de la acción necesaria para lograrlas están interrelacionadas, no son independiente; 2) el análisis de medios-fines con frecuencia es inadecuado o limitado; 3) la prueba de una “buena” política es normalmente el acuerdo de ésta, aunque no haya un acuerdo en los medios; 4) en el análisis de política no se presta atención a posibles consecuencias importantes ni a potenciales alternativas ni a valores afectados, y, 5) la comparación sucesiva reduce o elimina en gran medida la dependencia de la teoría (Lindblom, 2003: 206).

En otras palabras, esta visión restringe la comparación de las políticas vigentes con aquellas que difieren relativamente poco, lo que comprime el número de opciones a investigar y simplifica de manera drástica la naturaleza de la investigación de cada una de ellas. La política pública se hace y rehace sin concluir a través de un proceso de aproximaciones sucesivas a algunos objetivos deseados, que también van cambiando en función de nuevas consideraciones. Se avanza sólo a través de pasos marginales que, si son exitosos, pueden ser seguidos rápidamente por otros. Una implicación adicional es el hecho de que no requiere una teoría consolidada y completa para el análisis de políticas. El método incremental refleja una manera de simplificar el proceso de decisión debido a los límites de información y habilidades cognitivas requeridas por el modelo racional.

Más adelante Lindblom (2003) refina su método, clasificándolo en 1) análisis incremental simple, 2) incrementalismo desarticulado y 3) análisis estratégico.[4] Lo hace en primera, para aclarar su propuesta y en segunda, para dar respuestas a las críticas insaciables que recibe. Así mismo, subraya categóricamente que el incrementalismo “es y debe ser el método usual en la toma de decisiones en la política” (Lindblom, 2003: 227). Por otra parte, Lindblom (2003) revela su enfoque político subyacente. Este es el pluralismo democrático, donde el poder está distribuido más o menos homogéneamente entre todos los actores y agentes en una sociedad.

En suma, las premisas del modelo incremental son que el tomador de decisiones tiene poco control del entorno, ubica la decisión en valores marginales y su estrategia es la reducción de la complejidad (Lindblom 2003). El medio de coordinación fundamental en la decisión de política pública es el ajuste mutuo en el que las decisiones políticas son divididas o dispersadas y los distintos grupos de interés —cabildean, ofrecen, reciben y negocian— se afectan mutuamente y llegan a compromisos.

Otros enfoques intermedios

Ante las posturas extremas propuestas por los modelos ortodoxo y heterodoxo, surgen lentes teóricos *grises* o intermedios. Por ejemplo: Etzioni (2003) plantea que el análisis dependerá del contexto específico donde se desarrolla el problema, entonces, variables como el tiempo, los recursos y el apoyo definirán que tan exhaustiva o incremental es la política pública. En ciertos contextos simples y rutinarios, el modelo racional tendría mayor validez. Mientras que, en contextos complejos, el modelo incremental puede tener mayor aplicación.

Wildaysky (1979) enfatiza el aprendizaje de los errores pasados y el ajuste de las pasiones y deseos a la realidad. Él considera que hay muchos fracasos en las políticas públicas debido a la forma o procedimiento de elaboración, por lo que entonces, hay que cambiar esos patrones para obtener diferentes resultados. Sus ideas se resumen en que no hay que pensar en nuevas políticas, sino en las muchas erróneas que se habrán de corregir; el mejor proceso de aprendizaje se da a partir de esos tropezones, en este sentido es vital ser realistas y no soñadores, identificar problemas que puedan ser resueltos con los medios que se tiene y no problemas

que tal vez su solución sea imposible. Así, el análisis de políticas es un proceso que ayuda a aclarar metas realistas y encontrar un curso de acción que concuerde lo factible y lo deseable.

Otros enfoques consideran que las políticas públicas son hechas a partir de “palabras”, tanto de los ciudadanos como de los analistas; es decir, no se trata de hacer análisis exhaustivos en el diseño; se trata de dar argumentos y evidencias por parte de los participantes y actores que están detrás de las políticas públicas. Se busca ofrecer razones y explicaciones del proceso decisorio, de persuadir y convencer de la elección tomada para mitigar el problema público.

El pionero de este modelo es Majone (1978), quien al igual que Lindblom, cuestiona el modelo racional, pues considera que este modelo poco se parece a la realidad que enfrentan los gobiernos. Para explicar su propuesta, Majone (1978) utiliza la metáfora del artesano-analista. El artesano, al fabricar un producto, no lo hace a través de una producción en serie; cada producto que elabora es único y diferente a los demás, cada artesanía tiene colores, materiales, texturas y limitantes peculiares. Del mismo modo, el analista de políticas no utiliza una misma forma para enfrentar los problemas públicos, tal como sugiere el modelo ortodoxo.

Así, la política pública no sólo es decisión sino codecisión. Es el resultado complejo de un proceso de discusión y deliberación, de consenso y negociación entre gobernantes y gobernados. En ella deben estar integradas muchas preferencias de grupos políticos, ciudadanos y de afectados; así la participación ciudadana y políticas públicas se convierten en un binomio. La primera, ayuda a explicar a la segunda. Pero ¿por qué es importante incorporar a los ciudadanos en el diseño de políticas públicas?

Majone (1989) afirma que la hechura de políticas públicas es un proceso de decisión, deliberativo, complejo, abierto y plural; en él, los ciudadanos juegan un papel importante, pues con su involucramiento se consigue, según Roberts (2004) promover activamente: el espíritu público de los ciudadanos y el carácter moral; educar a los ciudadanos sobre la democracia y los ideales democráticos; ofrecer un sentido de pertenencia a una comunidad; legitimar las decisiones públicas; proteger las libertades de los ciudadanos; y, dotar a los ciudadanos de una voz para desafiar la estructura del poder existente.

De la misma forma, Bland y Rubin (1997) abogan por incrementar el papel de los ciudadanos al momento de desarrollar los objetivos de la comunidad y buscar

sus opiniones sobre las decisiones políticas clave en el diseño de los cursos de acción pública. King *et al.* (1998) resaltan el valor de la participación ciudadana en el fomento de los valores ciudadanos, la mejora de la rendición de cuentas, la mejora de la confianza en el gobierno, el mantenimiento de la legitimidad, y el logro de mejores decisiones.

En una línea parecida, Wang (2001) afirma que la participación conduce a la identificación de las necesidades públicas y la creación de consenso sobre las metas de servicio y prioridades de rendimiento. Además, otros autores (Crosby *et al.*, 1986; Simonsen *et al.*, 1996) sostienen que la participación ciudadana esmeradamente diseñada puede mejorar la legitimidad de las decisiones del gobierno. La idea es, que la participación pública mejora la comunicación entre el público y el gobierno, lo que permite que el gobierno entienda lo que el público quiere.

Para Seltzer y Mahmoudi (2013) el papel de los ciudadanos en la elaboración de políticas públicas es una piedra angular para la buena práctica de la planificación. La participación ciudadana suministra voz a los más afectados en los planes y las decisiones de planificación, y proporcionar un medio a las personas susceptibles de ser excluidos, intencionalmente o no, de hacer planes.

En este tenor, Yang y Callahan (2007) consideran que los problemas más importantes que enfrenta el gobierno local requieren de formas más directas de participación de los ciudadanos, mientras que las decisiones más simples que rodean las funciones administrativas de rutina pueden requerir formas menos directas de participación, incluso, el modelo racional es más útil en estas decisiones simples.

La participación ciudadana se convierte en un ingrediente fundamental en el ciclo de las políticas: “la participación directa de los ciudadanos en el diseño y la implementación tiende a ser vista y presentada como el modelo que debe seguir en las sociedades abiertas, plurales y democrática” (Canto, 2000: 231). En esta relación, se argumenta que las probabilidades de éxito de las políticas públicas incrementan a medida en que se involucra a la ciudadanía en su elaboración a partir de mecanismos de participación.^[5]

Además de la discusión, la argumentación y el involucramiento de los actores, Majone (1989) sugiere un análisis de factibilidad, no solo económico y social, sino político. Se trata pues de identificar políticas imposibles de llevar a cabo, no sólo

por cuestiones presupuestales o económicas, que fácilmente se identifican en los análisis racionales, sino de alternativas sin viabilidad política o social. Al final del día se trata de elegir cursos de acción que no sean exagerados pero tampoco fáciles de realizar. La solución del problema público dependerá en gran medida del análisis de factibilidad que tiene como objetivo encontrar las limitantes y restricciones que hacen inoperable una política.

LOS INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (IPP)

Este apartado tiene como finalidad presentar un bosquejo analítico general de los Instrumentos de las Políticas Públicas (IPP) en la racionalidad de las decisiones en las acciones gubernamentales y la trayectoria de los principales debates académicos de los Instrumentos de las Políticas Públicas.

Qué son los instrumentos de políticas públicas

En palabras de Pérez (2005): “las políticas públicas deben considerarse como un proceso decisional, es decir, configuradas por un conjunto de decisiones a tomar en el transcurso de un proceso temporal, más allá del inicial periodo de elaboración de las políticas” (52). Por tanto, la labor del especialista en las políticas públicas es conocer el proceso de decisión técnica sobre las acciones públicas tomadas para solucionar las causas de un problema público, éstos son construcciones que realizan los tomadores de decisiones sobre una situación indeseada. A manera de ejemplo, la pandemia del virus SARS-CoV-2, declarada así por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020, que provocó la enfermedad del Covid-19 y que afectó a todos por igual, donde la emergencia sanitaria consensada como una situación indeseada o de preocupación pública hace que las autoridades gubernamentales determinen acciones públicas (decisiones técnicas-instrumentos) efectivas para contener los contagios derivados de la pandemia de la Covid-19.

Gobernar es, siempre decidir. Decidir qué hacer, cómo hacerlo y con qué gobernar [...] seleccionar los problemas públicos que los gobiernos deben procurar resolver o aminorar (el qué hacer) [...] contar con los recursos y capacidades para poder implementar apropiadamente lo que dicten las ideas generales o de los diseños de las políticas públicas, los cómo [...] los instrumentos que permiten que dichos problemas efectivamente se

mitiguen; es decir, con qué gobernar la instrumentalización de las acciones públicas del gobierno como son: programas, planes, reglas de operación, decretos, presupuesto, instituciones, tratados, impuestos, leyes, entre otros, “es la materialización de las ideas que configuran la operación del Estado” (Villareal, 2019: 19).

La construcción de un problema público, en sociedades plurales con regímenes de gobierno democráticos y con sistemas económicos basados en el capitalismo o neo capitalismo, se caracteriza por dos elementos a saber: ser multicausales y determinar las relaciones causales que lo originan. Por lo tanto, la política pública define los problemas públicos considerando las causas que los generan utilizando los datos, la información y las evidencias para racionalizar la definición de los problemas públicos en la toma de decisiones y la selección de las acciones públicas a instrumentar.

Debates académicos sobre los instrumentos de políticas públicas

Los diferentes matices en las decisiones técnicas y su instrumentación han llevado a Hood (2019), Linder y Peters (2019), Belbelman-Videc (2019), Salomon (2019), Howlett (2019), Lauscoumes y Le Gales (2019), Howlett, Mukherjee y Woo, (2019), Turnpenny *et al.* (2019), entre otros a realizar *Análisis de política pública* referente a las acciones públicas denominadas como Instrumentos de Políticas Públicas (IPP). En otras palabras, conocer cuál es la racionalidad por detrás del enfoque jurídico, organizacional, fiscal, entre otros, de la política pública.

El enfoque de los Instrumentos de las Políticas Públicas conceptualiza a las *policy*, políticas públicas, como las intervenciones deliberadas, o acciones públicas de las instituciones del Estado que aspiran a resolver los problemas públicos, atacando las causas que los generan a través de una *diversidad de instrumentos* que materializan la intervención del Estado.[6]

En consecuencia, la bibliografía referente a la etapa del diseño de las políticas públicas se le denomina diseño de los instrumentos y a la fase de implementación ahora se le ha designado como instrumentalización de las acciones públicas. Esto se puede notar en la selección de una ley para modificar la conducta de las personas con relación a una causa del problema público, empero, en su implementación no necesariamente la ley, el instrumento, genera el cambio en la conducta de las personas. La trayectoria del *Análisis de política pública* se ha

realizado a partir de tres lógicas diferentes, el uso, la coherencia y los impactos de los instrumentos de las políticas públicas.

En palabras de Villareal (2019), el *uso de los instrumentos* tiene los siguientes fundamentos:

- La decisión de usar *un instrumento* está determinada por la robustez técnica.
- La selección de un instrumento para *resolver* una causa del problema público.
- La pertenencia del instrumento basado en una teoría(s) de cambio sólida.
- Un instrumento, permite obtener un resultado observable, verificable, medible, cuantificable.

La primera generación es promovida desde la economía, su objetivo es conocer la forma más adecuada en la utilización de un instrumento de política pública para resolver una de las causas del problema público, en otras palabras, los postulados teóricos desarrollados indicaban cuál era la efectividad y pertinencia técnica en utilizar un determinado instrumento.

La teoría de la elasticidad de los precios explica el comportamiento en el consumo de un bien cuando se les pone un impuesto. Sin embargo, la perspectiva racional de la utilización técnica de los impuestos como instrumentos de política pública trasgrede, en sociedades plurales, la libertad de consumir lo que cada uno prefiera.

Villareal (2019) describe la segunda generación,^[7] la coherencia de los instrumentos y se fundamenta de la siguiente manera:

- Políticas públicas multicausales requieren multi-instrumentos (*tool mix*).
- Un instrumento, un resultado: ¿muchos instrumentos, resultados coherentes?
- Incoherencia, tensión, contradicción.
- ¿Cómo gobernar en democracia?

La bibliografía del segundo debate, evidencia que en algunos casos los resultados esperados no son coherentes porque a veces la acción pública del Estado, la decisión técnica, es incoherente con los instrumentos de una política pública determinada. En otras palabras, el análisis no se basó sólo en conocer los efectos de

un instrumento respecto de la causa, sino de la coherencia de esos instrumentos, leyes, impuestos, programas, entre otros.

El enfoque de la racionalidad económica parte del siguiente supuesto: por cada causa del problema público, se requiere una decisión técnica, esto es, el instrumento *a* disminuye en un determinado porcentaje la causa *a*, empero el instrumento *b* tiene un efecto adverso en la causa *b* provocando resultados adversos o en su caso los nulifica.

Amanera de ejemplo: el problema público de la contaminación ambiental en México; el gobierno decide subsidiar el precio del transporte público (instrumento), el resultado esperado es incentivar el uso del transporte público y disminuir el uso del transporte privado y cómo consecuencia se genera menos contaminación ambiental, empero otra decisión del gobierno es subsidiar la gasolina. El diseño instrumental de una política pública contempla dos subsidios, el precio del transporte público y la gasolina, en su conjunto generan cierta incongruencia.

De acuerdo con Villareal (2019) el debate más reciente es los *impactos* de los instrumentos, sus supuestos son:

- Output y outcomes/resultados e impactos.
- Resultado: son los productos de la puesta en marcha de los instrumentos.
- Impacto: son los efectos de la ejecución de los instrumentos.
- Evaluaciones de los resultados y de impacto-información, técnicas.

La tercera generación va a diferenciar los resultados, los productos y los impactos en los instrumentos de la política pública, en otras palabras, cada vez es más frecuente en la bibliografía de *Análisis de política pública* las evaluaciones de impacto en las decisiones técnicas.

Las políticas públicas al ser acciones materializadas a través de instrumentos que esperan lograr ciertos resultados como: la construcción y/o mantenimiento de escuelas; de hospitales; otorgar paquetes útiles escolares; repavimentar determinada cantidad de kilómetros de carretera; dar mantenimiento a parques y jardines, por mencionar algunas, todos son resultado de las decisiones técnicas cuantificables, medibles, calculables. En suma, conocer qué impacto tienen esos resultados en las causas del problema público es el punto medular de la tercera generación de los instrumentos de política pública.

Por ejemplo, en una localidad rural de un municipio tienen pocas vías de acceso, carreteras, caminos pavimentados (problema público), el gobierno local (estatal o el ayuntamiento) deciden construir una carretera para conectar a esa población con otras regiones geográficas más cercanas (decisión técnica-instrumento), el resultado del gobierno es una cantidad de kilómetros de carretera. Empero, el efecto producido al mejorar las vías de comunicación tiene impactos positivos (promover el comercio) y negativos (facilitar la operatividad de los grupos delictivos). En resumen, las políticas públicas son acciones públicas, decisiones técnicas, son instrumentos que los gobiernos ejecutan.

Villareal (2019) menciona una cuarta lógica en los instrumentos de política pública, la que se vincula a los estudios de la escuela de la sociología-política francesa, sobre la dimensión político-ideológico, donde sus fundamentos son conocer el componente político de las decisiones técnicas del gobierno, es decir, la política de las políticas públicas:

- Quienes deciden son personas/políticos. En otras palabras.
- Políticas Públicas: decidir es seleccionar.
- Las decisiones reflejan la selección de valores, ideologías y preferencias.
- Los instrumentos son reflejo de la forma como visualiza la intervención política del Estado.

La bibliografía sobre los Instrumentos de las Políticas Públicas considera por lo menos cuatro tipos a saber:

- *Legales*: leyes, normas, decretos, tratados, acuerdos, reglas de operación, entre otros.
- *Económico-financieros*: presupuesto, aranceles, impuestos, derechos, obligaciones, entre otros.
- *Administrativos*: planes, programas, metas, objetivos, actividades, resultados, entre otros.
- *Organizacionales*: recursos humanos, discurso, conocimiento científico, conferencias de prensa, entre otros.

En suma, el *Análisis de política pública* refiere a la decisión técnica como en reflejo de la ideología política del gobernante en turno.

INSTRUMENTOS TRIPARTITAS COMO MARCO ANALÍTICO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cada autor realiza una tipología y organización de los instrumentos de las políticas públicas diferenciadas, en este documento se opta por recuperar la propuesta analítica de Bemelmans-Videc (2019 citado por Villareal, 2019) que a su vez recupera de Lemiare, Leeuw y Vedung y van der Dolen el enfoque de la combinación de instrumentos denominada *el palo, la zanahoria y el sermón*, con el propósito de referir al Semáforo de riesgo epidemiológico Covid-19, la Brigada Correcaminos de Vacunación contra el Covid-19 y la Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus Covid-19 en México y el Pulso de la Salud como instrumentos de política pública utilizados por el gobierno de México para contener los contagios derivados de la pandemia del Covid-19.

La propuesta epistemológica de Lemaire, Leeuw y Vedung y Van der Doelen (citado en Bemelmans-Videc (2019:33):

los instrumentos pueden pensarse y ser de utilidad cuando los pensamos desde la etapa de la evaluación de políticas: zanahorias, palos y sermones [...]. Los instrumentos, así, tienen una posible configuración tripartita: regulación (palo) medios económicos (zanahorias) e información (sermones).

La metáfora del palo, la zanahoria y el sermón es una alternativa pedagógica para conocer, describir, analizar y explicar la idoneidad de los instrumentos de política pública en un problema público como es la pandemia del Covid-19.

Define *regulaciones* como las medidas tomadas por unidades gubernamentales para influir en la gente mediante normas y directivas formuladas que mandatan a los receptores a actuar en concordancia con lo que se ordena en estas normas y directivas. La característica que define la propiedad de la regulación es que la relación es autoritaria, lo cual significa que las personas o grupos controlados están obligados a actuar en la forma declarada por los controladores (Vedung citado en Bemelmans-Videc, 2019: 199).

La regulación es uno de los principales instrumentos de política pública utilizados por los gobiernos con el propósito de modificar la conducta de las personas, el Semáforo de riesgo epidemiológico Covid-19, encuadra en esta dimensión al ser

“un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de Covid-19” (Gobierno de México, 2022: 01).

La segunda dimensión: “Vedung caracteriza los *instrumentos de políticas económicas* como implicando la entrega o la toma de recursos materiales mientras que los destinatarios no están obligados a tomar las medidas de que se trate” (citado en Bemelmans-Videc, 2019: 200). En otras palabras, los subsidios y las subvenciones son referencias de este tipo de instrumentos que los gobiernos utilizan, en el caso referido a la pandemia del Covid-19; la Brigada Correcaminos de vacunación es un ejemplo.

Por último, “*los instrumentos de información (o exhortación)* [:] Vedung los define como intentos de influir en las personas mediante la transferencia de conocimiento, la comunicación de argumentos razonados y la persuasión” (citado en Bemelmans-Videc, 2019: 201). Las conferencias de prensa, los programas de información gubernamental y los comunicados de prensa son referencias de esta dimensión.

La tipología tripartita de los instrumentos de política pública, “es un modelo de control regulatorio [el palo] económico [la zanahoria] y comunicativo [el sermón] poseen su propia modalidad estimuladora y represiva” (Bemelmans-Videc, 2019: 202).

El viernes 27 de marzo de 2020 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en el territorio nacional para contener la propagación de contagios del virus SARS-CoV-2 (Covid-19), algunas de esas acciones se enmarcan en la política de la Jornada Nacional de Sana Distancia (JNSD), en la tabla 1 se aluden a tres de ellas.

Tabla 1
Instrumentos tripartitas de políticas públicas de la Covid-19 del gobierno mexicano

Instrumento de Política Pública	Políticas Públicas del Covid-19	Creación	Publicación	Objetivo
Regulación	Semáforo de riesgo epidemiológico Covid-19	Acuerdo	<i>Diario Oficial de la Federación</i> (DOF) el 14 de mayo de 2020	Medir el riesgo epidemiológico del Covid-19, para determinar la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, en cada entidad federativa.
	Brigada Correcaminos de vacunación contra el Covid-19	Acuerdo	<i>Diario Oficial de la Federación</i> (DOF) el 21 de enero de 2021	Establecer brigadas especiales, para llevar a cabo la vacunación como medida para la mitigación y control de la enfermedad Covid-19, en todo el territorio nacional.
Políticas Económicas	Crédito de apoyo diez mil	Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores	22 de mayo del 2020	Otorgar créditos al consumo a los trabajadores para apoyar la economía de los mexicanos durante la contingencia sanitaria de la pandemia del Covid-19.
	Plan de alivio		27 de abril del 2020	Diferir pagos del crédito a los trabajadores afiliados al Fonacot.
Información o Exhortación	Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus Covid-19 en México.	Presidencia de la República. Sala de prensa.	Inicio: 29 de febrero de 2020. Finalización: 09 de junio de 2021	Informar a la población la capacidad del sistema de salud nacional, público y privado, los modelos estadísticos de contagio, la capacidad humana, técnica y material para equipar a los centros de atención a la salud.
	Conferencia matutina, pulso de la Salud	Presidencia de la República. Sala de prensa.	21 de enero de 2020	Informar sobre el sistema de Salud para el Bienestar en la atención médica y otorgamiento de medicamentos gratuitos.

Fuente: Elaboración propia con información de Bemelmans-Videc (2019).

La tabla 1, refiere el encuadre de seis instrumentos de políticas públicas del gobierno mexicano para contener los contagios derivados de la pandemia de Covid-19, en la propuesta tripartita de Bemelmans-Videc (2019). Primero, el Semáforo de riesgo epidemiológico y las Brigada Correcaminos de vacunación contra Covid-19 son instrumentos que regulan la conducta de las personas (el palo), esto se puede notar en el sistema de semaforización de riesgo epidemiológico por Covid-19 estableciendo cuatro niveles para la apertura de las actividades sociales, educativas y económicas.^[8]

En segunda instancia, las medidas económicas (la zanahoria) que el gobierno de México decide realizar por medio del Fonacot para proteger el ingreso de las familias es el Crédito de apoyo diez mil pesos, el plan de alivio a los créditos de consumo a los trabajadores entre otros. Estas dos acciones se enmarcan en la lógica de los subsidios o subvenciones.

Finalmente, la Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus en México y el pulso de la salud en las conferencias de prensa matutinas son programas de información (el sermón) dirigidos al público en general para comunicar con argumentos las acciones derivadas de la Jornada Nacional de Sana Distancia[9] para persuadir, prevenir y disminuir los contagios de la Covid-19. A continuación, describimos cada uno de estos instrumentos utilizados:

El palo: Semáforo de Riesgo Epidemiológico y la Brigada Correccaminos de vacunación

El semáforo de riesgo epidemiológico por la Covid-19 es un instrumento de política surgido de un acuerdo del gobierno federal, fechado el 14 de mayo de 2020, cuya intención fue medir cualitativamente a través de colores el riesgo epidemiológico para la reactivación de actividades sociales, educativas y económicas. Es una pauta para la sociedad, agentes del gobierno y la iniciativa privada en el desempeño de actividades seguras; indirectamente intenta mantener y controlar la tasa de contagios por la Covid-19.

Se generaron diversas aproximaciones respecto del semáforo en diversos niveles, que fueron aplicadas de forma armonizada en los 32 estados de la República. Como lo establece la Secretaría de Salud (*Diario Oficial de la Federación* (DOF), 2020) y atendiendo las necesidades de intervención con acciones extraordinarias para combatir la pandemia por SARS-CoV-2, este instrumento mide el riesgo de contagio por Covid-19 en los niveles verde, amarillo, naranja y rojo, que escalan de menor a mayor riesgo en este orden. Dicha medida tuvo sus primeras impresiones y, a más de dos años, siguió siendo utilizada por la Secretaría de Salud para indicar el riesgo por contagio en las diversas actividades de la sociedad mexicana.

Por otro lado, en su momento, y durante las conferencias de prensa emitidas por parte del gobierno federal, el funcionario Hugo López-Gatell fue el encargado de dar los pormenores respecto a la actualización semanal del semáforo epidemiológico, a través de las conferencias de actualización de la situación de la pandemia, presentó los lineamientos metodológicos ideados por la Secretaría de Salud. Los indicadores de Ocupación Hospitalaria, de positividad al SARS-CoV-2, los de tendencia de hospitalizados y la enfermedad del Covid-19 eran los

elementos de medición para determinar el riesgo en cada entidad. Así, de forma lógica a mayor cifra del indicador, mayor riesgo por contagio de Covid-19. Esta pauta o actualización del semáforo se establecía semanalmente para todo el país (Secretaría de Salud, 2020).

De tal forma que dicha herramienta cumplió su función primordial de establecer pautas para la contención de las actividades de la sociedad, a la par tomó en cuenta la diversidad de opiniones respecto al acuerdo, emitidas por medios de comunicación, líderes de opinión e inclusive funcionarios públicos. Fue la Secretaría de Salud quien emitió modificaciones respecto a la metodología del Semáforo, incluso ajustando las responsabilidades de cada autoridad de los diversos órdenes de gobierno, por lo que tuvo modificaciones en junio del 2020, en julio del 2021 y en febrero del 2022 (Trejo, 2020).

La recepción de este instrumento por parte de los gobernadores fue variada; ocurrió durante la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago), en una reunión de aproximadamente 3 horas; en ella algunos se inconformaron con la medida federal, entre ellos se encontraron: Miguel Ángel Riquelme Solís, gobernador de Coahuila; Jaime Heliodoro Rodríguez Calderón, de Nuevo León; Francisco Javier García Cabeza de Vaca, de Tamaulipas; Silvano Aureoles Conejo, de Michoacán; José Rosas Aispuro Torres, de Durango; Enrique Alfaro Ramírez, de Jalisco, y José Ignacio Peralta Sánchez, de Colima. Algunos mandatarios decían tener la libertad de elegir los criterios para cerrar o apertura las actividades que el semáforo señalaba específicamente, otros en cambio tomaron una posición negativa acerca del semáforo ya que no querían que el gobierno federal tuviera el control en cuanto a la determinación del color de cada entidad.

Otro de los instrumentos de política pública fue la creación de la Brigada Correccaminos de vacunación de la Covid-19, creada en enero del 2021, con la intención de llevar a cabo la vacunación en todo el territorio nacional para mitigar la pandemia. La herramienta surgió del acuerdo liderado por la Secretaría de Salud y que dice textualmente en su artículo segundo:

La Secretaría de Salud dirigirá las brigadas especiales a que alude el Artículo Primero del presente Acuerdo, en apego a la Política Nacional de Vacunación, y emitirá los criterios operativos bajo los cuales las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán actuar en el ámbito de sus atribuciones, a fin de coordinarse y

brindar los apoyos que sean requeridos por la Secretaría de Salud, para la instrumentación de la estrategia de vacunación como medida de mitigación y control de la enfermedad Covid-19 en todo el territorio nacional (DOF, 2021).

Y si bien, la primera aplicación de vacuna en México contra Covid-19 se aplicó en diciembre del 2020 (*El Universal*, 2020), fue en los siguientes días que la Brigada correccaminos inició actividades en Ciudad de México. La dirección técnica de este operativo estaba a cargo de la Secretaría de Salud Federal a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y contó con la convergencia del esfuerzo de distintas dependencias y entidades del gobierno federal (DOF, 2021).

En el desarrollo de las jornadas de vacunación existieron múltiples exigencias por parte de la sociedad desde el principio de los protocolos; por ejemplo, en Coahuila acusaron la falta de organización por parte del equipo de vacunación. Y como este caso, múltiples y dispersas opiniones se hicieron sonar. Pese a ello, como señala Mendieta (2022), las brigadas correccaminos tuvieron poco más de un año de vida. Así, la vacunación por Covid-19 se convirtió en una vacuna más del esquema de vacunación a cargo del Sector Salud.

Dentro de la población hubo escépticos con las vacunas en sí, pero principalmente en la manera en que serían distribuidas por la Brigada Correccaminos ya que ellas se conformaban por militares y funcionarios públicos; además, existía la desconfianza de que la vacunación fuera objeto de clientelismos políticos.

La zanahoria: apoyos económicos

En otro orden de ideas y pensando ahora en las políticas públicas de un orden económico, es a través del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores, (Fonacot) como se buscó apoyar la economía de la sociedad durante la época de pandemia, a través de créditos (los programas fueron Crédito en Efectivo y Apoyo Diez Mil) y facilidades de pago, a través de ellos se mejoraría la situación financiera durante el freno de las actividades económicas derivado del manejo de la pandemia.

Los créditos se otorgaban al cumplir con requisitos específicos, a través del portal del Fonacot, se especificaba contar con la mayoría de edad, pero no ser

mayor de 59 años, estar activamente con un trabajo formal, tener un contrato de planta o por tiempo indeterminado y contar por lo menos con un año de antigüedad en el trabajo (Fonacot, 2021). Este instrumento que se habilitó en mayo de 2020 contaba con un monto total de más de 300 mil créditos.

Otra medida tomada por parte del gobierno federal consistió en el Plan de Alivio, que ayudó hasta un millón de trabajadores, permitiendo diferir los pagos de créditos previos obtenidos, correspondientes a los meses de abril y mayo del 2020, siendo estos liquidados al finiquitar el crédito. Dichas medidas fueron bien recibidas por la población e incluso trabajadores que hubiesen sido desempleados durante estos meses podían acceder al plan y saldar estos meses posteriormente (MiBolsillo, 2021).

El sermón: las conferencias de prensa

Finalmente, los instrumentos enfocados a la información y a la exhortación (las conferencias de prensa donde se hacía el informe diario sobre coronavirus Covid-19) fueron implementados por el titular del poder ejecutivo. Su objetivo era informar respecto al avance de la pandemia. Estas conferencias se pueden encontrar en plataformas digitales o en el micrositio de gobierno del presidente de la República, las primeras que datan son de mediados de abril y las últimas de agosto del 2020.

De todas las políticas públicas analizadas, posiblemente las conferencias son las más mediáticas por su naturaleza, al tener esa propiedad, estaban en contacto directo con la población e incluso, podían ser sujetas a juicios por parte de los medios. Finalmente, la función de estas medidas por parte de Gobierno Federal era mantener un flujo constante de información respecto al desarrollo de la pandemia y de las actividades del sistema de salud para el Bienestar que empezó a realizar sus actividades al mismo tiempo que se desarrolló la pandemia. El acceso a la salud, de 2020 a 2021, se vio afectado pasando de 16% de población con dificultad para cubrir el rubro de salud, a 28% (Yuste, 2021).

Pese a este dato, lo que corresponde al desempeño de las conferencias de información y su impacto en la sociedad mexicana se puede establecer que se cumplió con la meta de informar y hacer del conocimiento de la sociedad en general, de mano del gobierno, el manejo de la pandemia y de los sistemas de

salud. En abril de 2022 se hizo saber que las conferencias de actualización referente a la situación por Covid-19 llegarían a su fin, integrando una vez por semana la actualización con información de la materia, durante la conferencia matutina general (*El financiero*, 2022).

Ya desde junio del 2021 se previó que las conferencias diarias sobre coronavirus Covid-19 en México pasarían de ser cotidianas a semanales, dado el comportamiento de la pandemia y la tendencia a la baja de los semáforos de riesgo epidemiológico (debate, 2021). En ese contexto, se anunció que durante las conferencias matutinas que acostumbran a hacerse se dejaría de lado el tema de Covid-19, para centrarse en temas relativos al avance del sistema de salud para el Bienestar (*El Financiero*, 2022).

Esto nos lleva a inferir que, durante la pandemia, dichas conferencias lograron su cometido, pero pese al comportamiento de la pandemia misma, a la baja en los casos por Covid-19 y la aparente puerta de salida de la pandemia, gracias a los esfuerzos de vacunación, ya no será necesario llevar a boca de las autoridades el tema Covid-19 de forma obligatoria y diaria.

CONCLUSIONES

El origen y la trayectoria del *Policy Sciences* y el *Análisis de política pública* en los programas de investigación se dirigen a conocer cómo el gobierno toma decisiones para resolver las causas que originan un problema público, desde el positivismo.

Empero, conforme a los nuevos descubrimientos y aportaciones teóricas se incorporan elementos teóricos del postpositivismo, como: la elección racional; la teoría crítica; el constructivismo; así como marcos de estudio basados en el análisis secuencial, el desarrollo institucional, las coaliciones de defensa, el análisis por el referencial, o el análisis narrativo, por mencionar algunos. Por tanto, el *Análisis de política pública* se orienta a conocer la política de las políticas públicas. La propuesta teórica-analítica de los Instrumentos de Política Pública se orienta a esa perspectiva.

En un régimen de gobierno democrático, con sociedades plurales, en ocasiones se tiene un acuerdo sobre qué problemas se deben resolver como el caso de la emergencia sanitaria del virus SARS-CoV-2 (Covid-19). La bibliografía de los

instrumentos de políticas públicas permite analizar la coherencia y la combinación de los instrumentos más efectivos y eficientes.

La emergencia sanitaria supuso un cuestionamiento de diversas características de los modelos ortodoxo y heterodoxo. Por una parte, la premura y gravedad de las acciones dejaban de lado los alcances del modelo ortodoxo ya que, si bien el problema público a atender era en origen de un solo ramo, éste sufrió cambios en cuestión de semanas debido a las diferentes variantes del virus. El avance de las acciones públicas y el panorama que supuso para la economía el cierre de actividades, podría pensar que los elementos del modelo heterodoxo eran más propicios para el análisis y la acción pública; sin embargo, como revisamos, éste es adecuado en entornos donde quienes toman las decisiones tienen poco control del mismo, por lo que se ubican las decisiones en valores marginales y se tiende a la reducción de complejidades.

En el caso de México, los tomadores de decisiones tuvieron amplio control del entorno, traducido éste, no en el nivel de poder o respaldo político de la administración federal que enfrentó la pandemia, sino en la inevitable concentración de decisiones que permitieran operar las acciones inmediatas y de amplia magnitud que se requerían. La reducción de complejidades fue también inevitable, dado que rápidamente se fueron articulando problemáticas más allá de las sanitarias, como la transición a la educación a distancia, la reducción de las actividades económicas y, sobre todo, las afectaciones de los sectores más marginados de la población.

Los modelos intermedios donde se hace énfasis en la coparticipación, la retroalimentación de políticas anteriores y la planificación, también fueron rebasados ya que al igual que a nivel global, en México no se contaba con tiempo, al menos en las primeras semanas y meses para generar participación y consenso, o hacer una evaluación de anteriores políticas de crisis sanitarias.

A principios de marzo de 2022 la Secretaría de Salud del Gobierno de México declaró semáforo verde en 31 entidades federativas, sólo quedaba una en amarillo, todo indicaba que la pandemia había concluido, pues al colocar a las entidades federativas restantes en color verde se daba por concluida la pandemia.

El uso correcto del cubre bocas, el esquema completo y el refuerzo de la vacuna, no exime a nadie de contagiarse de la enfermedad de la Covid-19 porque el virus sigue activo en el aire, y existen otros tantos virus y enfermedades que

podrían generar una nueva pandemia. *El palo, la zanahoria y el sermón* debe dar pie a nuevas acciones y enfoques de política de salud, económicas, educativas y de otras índoles que permitan mitigar las aún existentes afectaciones, así como reparar los daños que sufrió la población, la economía y el propio gobierno, al tiempo que se articulen políticas de mediano plazo que garanticen la no repetición de la dimensión de efectos adversos que representó para México la emergencia sanitaria.

FUENTES CONSULTADAS

- Aguilar Villanueva, Luis (2003). *La hechura de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bardach, Eugene (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas*. México: CIDE/Miguel Ángel Porrúa México.
- Bemelmans-Videc, Marice Louise (2019). “Introducción: selección y evaluación de instrumentos de políticas”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 186-210. México: Siglo XXI.
- Bland, Robert e Irene Rubin (1997). *Budgeting: A Guide for Local Governments*. Washington: International City/County Management Association.
- Canto Sáenz, Rodolfo (2000). “Políticas Públicas. Más allá del pluralismo y la participación ciudadana”. *Gestión y Política Pública* (2): 231-256.
- Crosby, Ned, Janet Kelly y Paul Schaefer (1986). “Citizen Panels: A New Approach to Citizen Participation. Public Administration”. *Review* 46 (2): 170-78.
- debate.com (2021). “Fin de conferencias Covid-19”. 10 de junio. Disponible en <debate.com.mx>.
- Diario oficial de la Federación* (DOF) (2020). “Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias”. 14 de mayo de 2020 [en línea]. Disponible en <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020> (consulta: 23 de abril de 2022).

- Diario Oficial de la Federación* (DOF) (2020). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. “Semáforo de riesgo epidemiológico Covid-19: indicadores y metodología” [en línea]. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/2021.8.18-Metodo_semaforo_COVID.pdf> (consulta: 24 de abril de 2020).
- Diario Oficial de la Federación* (DOF) (2021). “ACUERDO por el que se establecen brigadas especiales, como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, para llevar a cabo la vacunación como medida para la mitigación y control de la enfermedad Covid-19, en todo el territorio nacional” [en línea]. Disponible en <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5610149&fecha=21/01/2021#gsc.tab=0> (consulta: 11 de abril de 2022).
- El Financiero* (2022). “Se acabarán los informes Covid-19 en ‘mañanera’ a partir de mayo: AMLO”. 19 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/04/19/se-acabaran-los-informes-covid-en-mananera-a-partir-de-mayo-amlo/>> (consulta: 25 de abril de 2022).
- El Universal* (2020). “Aplican la primera vacuna contra Covid-19 en México”. 24 de diciembre. Disponible en <eluniversal.com.mx> (consulta: 24 de abril 2022).
- Etzioni, Amitai (2003). “La exploración combinada: un tercer enfoque de la toma de decisiones”. En *La hechura de las políticas*, editado por Luis Aguilar, 265-282. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Franco Corzo, Julio (2012). *Diseño de políticas públicas*. México: IEXE.
- Gobierno de México (2021). Estrategia operativa de la política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención del Covid-19 en México. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Operativo_Correcaminos_19feb2021.pdf> (consulta: 24 de abril de 2022).
- Gobierno de México (2022). Semáforo Covid-19. Disponible en <<https://coronavirus.gob.mx/coahuila/>> (consulta: 24 de marzo de 2022).
- Hood, Christopher (2019). “Explorando la caja de herramientas del gobierno”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 37-54. México: Siglo XXI.

- Howlett, Michael (2019). “¿Qué es un instrumento de política? Herramientas, combinaciones y estilos de implementación”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 277-299. México: Siglo XXI.
- Howlett, Michael, Ishani Mukherjee y Ju Jie Woo (2019). “De las herramientas a las cajas de herramientas en los estudios de diseño de políticas: la nueva orientación del diseño hacia la investigación sobre la formulación de políticas”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 243-277. México: Siglo XXI.
- Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (Fonacot) (2022) Qué es el crédito apoyo diez mil de Fonacot y cómo tramitarlo. Disponible en <mi-fonacot.org>.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Inegi) (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>>.
- King, Cheryl Simrell, Kathryn M. Feltey, y Bridget O’Neill Susel (1998). “The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration”. *Public Administration Review* 58(4): 317-326.
- Lauscoumes, Pierre y Patrick Le Gales (2019). Comprensión de las políticas públicas a través de sus instrumentos: de la naturaleza de los instrumentos a la sociología de los instrumentos de las políticas públicas. De las herramientas a las cajas de herramientas en los estudios de diseño de políticas: la nueva orientación del diseño hacia la investigación sobre la formulación de políticas. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 227-254. México: Siglo XXI.
- Lindblom, Charles E. (1979). *Usable Knowledge: Social Science and Social Problem Solving*. New Haven: Yale University Press.
- Lindblom, Charles E. (2003). “La ciencia de ‘salir del paso’” y “Todavía tratando de salir del paso”. En *La hechura de las políticas*, editado por Luis Aguilar, 201-254. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Linder, Stephen. H. y B. Guy Peters (2019). “El estudio de los instrumentos de políticas: cuatro corrientes del pensamiento”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 278-298. México: Siglo XXI.

- Lugo Neria, Bernabe (2017). La elaboración de políticas públicas: una revisión teórica. Ponencia presentada en el Quinto Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales: “La humanidad frente a los desafíos del capitalismo decadente”. Ciudad de Zacatecas, Zacatecas, México.
- Majone, Giandomenico (1978). “The Uses of Policy Analysis, The Future and the Past: Essays on Programs”. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Majone, Giandomenico (1989). *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven; Yale University Press.
- Martínez Reyes, Héctor (1995). “Orígenes y estado actual de la política pública como disciplina”. Documento de trabajo (38). División de Administración Pública, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México.
- Mendieta, Eduardo (2022). “Concluirá Brigada Correcaminos, se transfiere vacunación a Estados: Salud NL”. *Milenio*, 14 de abril de 2022 [en línea]. Disponible en <<https://www.milenio.com/sociedad/vacuna-covid-pasa-gobierno-nl-termina-brigada-correcaminos>> (consulta: 25 de abril de 2022).
- MiBolsillo.com (2021) ¿Estás pagando un crédito Fonacot? Presentan su Plan de Alivio, 21 de mayo de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.mibolsillo.com/creditos/Estas-pagando-un-credito-Fonacot-Presentan-su-Plan-de-Alivio-20200521-0020.html>> (consulta: 25 de mayo de 2022).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2009). Estudio de la OCDE sobre el proceso presupuestario en México. Disponible en <<http://www.oecd.org/mexico/48190152.pdf>>.
- Pardo, María del Carmen (2016). *Una introducción a la administración pública*. México: El Colegio de México.
- Pérez Sánchez, Margarita (2005). “Origen y desarrollo en el Análisis de Políticas Públicas”. En *Análisis de políticas públicas*, editado por Margarita Pérez Sánchez, 31-48. España: Universidad de Granada.
- Quade, Edward S. y Wayne I. Boucher (1989). *Análisis de formación de decisiones políticas*. Traducción al español. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Roberts, Nancy (2004). “Public Deliberation in an Age of Direct Citizen Participation”. *American Review of Public Administration* 34(4): 315-353.

- Salomón, Lester M. (2019). La nueva gobernanza y las herramientas de la acción pública: una introducción. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 55-145. México: Siglo XXI.
- Seltzer, Ethan y Dillon Mahmoudi (2013). “Citizen Participation, Open Innovation, and Crowdsourcing: Challenges and Opportunities for Planning”. *Journal of Planning Literature* 28(1): 3-18.
- Simon, Herbert A. (1955). “A Behavioral Model of Rational Choice”, *Quarterly Journal of Economics* 69(1): 99-118.
- Simonsen, Bill, Nancy Johnston y Russell Barnett (1996). “Attempting Non-Incremental Budget Change in Oregon: An Exercise in Policy Sharing”. *American Review of Public Administration* 26(2): 231-250.
- Stone, Deborah (2022). *La paradoja de las políticas públicas. El arte de la toma de decisiones políticas*. México: CIDE.
- Trejo, Yoseline (2020). “Entra en vigor nueva metodología del Semáforo Covid-19 en México”. Diario AS. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/prensa/107-proximo-lunes-entra-en-vigor-semaforo-covid-19-que-estara-vigente-hasta-el-20-de-marzo?idiom=es#:~:text=107.,Salud%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>>.
- Turnpenny, John R., Andrew J. Jordan, David Benson y Tim Rayner (2019). “Las herramientas para la formulación de políticas: una introducción”. En *Instrumentos de políticas públicas*, compilado por Eduardo Villareal Cantú, 146-185. México: Siglo XXI.
- Vanguardia MX (2021). “No halla Federación cómo justificar su ineptitud en la vacunación en Saltillo: PRI de Coahuila”, 07 de abril [en línea]. Disponible en <<https://vanguardia.com.mx/coahuila/saltillo/no-halla-lfederacion-como-justificar-su-ineptitud-en-la-vacunacion-en-saltillo-pri-de-BVVG3581473>> (consulta: 23 de abril de 2022).
- Villareal Cantú, Eduardo (2019). *Instrumentos de políticas públicas*. México: Siglo XXI.
- Wang, Xiaohu (2001). “Assessing Public Participation in U.S. Cities”. *Public Performance and Management Review* 24(4), 322-336.
- Wildaysky, Aaron (1979). *Speaking Truth to Power*. Boston: Little Brown.

Yang, Kalfeng y Kathe Callahan (2007). "Citizen Involvement Efforts and Bureaucratic Responsiveness: Participatory Values, Stakeholder Pressures, and Administrative Practicality". *Public Administration Review* (67): 249-284.

Yuste, José (2021). "Insabi mal; Coneval: elevada carencia en salud; IFT quita amarras a Telmex. 1ª vez en 7 años", 06 de agosto. *Dinero en Imagen* [en línea]. Disponible en <<https://www.dineroenimagen.com/jose-yuste/insabi-mal-coneval-elevada-carencia-en-salud-ift-quita-amarras-telmex-1-a-vez-en-7-anos#:~:text=OFERTAS-,Insabi%20mal%3B%20Coneval%3a%20elevada%20carencia%20en%20salud%3B%20IFT%20quita,1%C2%AA%20vez%20en%207%20%C3%B1os&text=El%20Coneval%2C%20encargado%20de%20la,41.9%25%20a%2043.9%20por%20ciento>> (consulta: 25 de abril de 2022).

[Notas]

- [1] Una versión en español de dicho artículo se puede encontrar en Aguilar (2003) *La hechura de las políticas*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- [2] Aguilar (2003) y Martínez (1995) coinciden en que las ideas de Lindblom (2003) provenían de Herbert Simon (1955) quien aporta un concepto básico para el proceso de decisión: la racionalidad limitada; ningún hombre, por mucha experiencia y conocimiento que acumule, podrá ante un problema de decisión, contar con todas las opciones posibles de solución. Es más conveniente hablar de un hombre administrativo, que cuenta con una racionalidad limitada, un hombre que no busca la decisión óptima, porque está consciente que con sus medios no es posible evaluar todas las alternativas y determinar los costos-beneficios que traerán, sino se inclina por una solución *satisfactoria*.
- [3] El método incremental también se le conoce como el método de aproximaciones sucesivas y método de salir por las ramas.
- [4] El análisis incremental simple se refiere a la consideración de políticas alternativas que difieren sólo marginalmente de lo establecido; el incrementalismo desarticulado es el modelo expuesto anteriormente y; el análisis estratégico es concebido como un “conjunto de estrategias calculadas o elegidas deliberadamente para poder simplificar los problemas complejos de políticas” (Lindblom, 1979: 230). El análisis estratégico es una etapa intermedia entre el análisis incremental simple y la racionalidad absoluta. Existe una relación entre estos tres métodos incrementales, pues el análisis incremental simple es un caso del incrementalismo desarticulado y éste es una especie del análisis estratégico. Lindblom (1979) considera que el mejor modelo es el análisis incremental desarticulado, aunque el estratégico debe tenerse como una aspiración, un ideal al que puede y debe aproximarse el tomador de decisiones.
- [5] Siempre es deseable la participación ciudadana en las políticas públicas. Pero como apunta el mismo Canto (2000), habrá políticas en las que no podrán tener cabida la participación ciudadana. Son políticas que por su propia naturaleza y normatividad el diseño es exclusivo del Estado.
- [6] Se suele confundir una acción del gobierno, las leyes de un determinado país, los programas públicos, las decisiones cotidianas del gobernante en turno, el uso o destino al erario público (presupuesto), los planes de desarrollo, como sinónimos de una política pública, estos son sus componentes.
- [7] A diferencia de la primera generación que sólo se enfocaban en estudiar una causa del problema público, la segunda generación pone énfasis a la multicausalidad; esto es, que múltiples causas requieren más de un instrumento de política pública.

- [8] Los lineamientos del Semáforo epidemiológico de la Covid-19 indican cuatro niveles de riesgo: máximo (rojo), alto (anaranjado), medio (amarillo) y bajo (verde), a su vez dividen las actividades en laborales (esenciales y no esenciales), espacios públicos (abiertos, cerrados), escolares y población vulnerable.
- [9] Otras acciones públicas son los spots publicitarios de concienciación de la Covid-19 #Quédateencasa, #Sitecuidastúnoscuidamos todos, entre otros.

Covid-19 y crisis de gobernanza. Una mirada desde lo local basada en el caso de Yucatán, México

Eliana Arancibia Gutiérrez

[[Regresar al índice](#)]

La emergencia internacional originada por la pandemia de Covid-19, devino prontamente en una crisis mundial de enormes efectos disruptivos que trascendieron el ámbito sanitario para sacudir todas las dimensiones de la vida social. Las inmediatas afectaciones en la economía, el empleo, la educación y la seguridad, entre otros muchos ámbitos y, pero sobre todo, las dificultades de los gobiernos para coordinar acciones y respuestas eficientes frente a la debacle visibilizaron también una crisis de gobernanza que acusaba las debilidades de los marcos institucionales vigentes, así como las inequidades y deficiencias estructurales a nivel global.

Así, la pandemia hizo estragos fulminantes en un mundo caracterizado por sistemas de salud frágiles y sin acceso igualitario, producto de las políticas neoliberales dominantes; con una elevada desigualdad, que acentuó la vulnerabilidad de los grupos sociales más desprotegidos; con actores, políticas y normas económicas que inhibió una adecuada respuesta pública en materia monetaria, fiscal y de empleo; con falta de liderazgos y capacidades para forjar acuerdos políticos multiactorales mediante procesos transparentes y legítimos (Sanahuja, 2020; Enríquez y Sáenz, 2021).

El vertiginoso avance de la pandemia puso a prueba a los sistemas políticos y gobiernos de todo el mundo, encontrando a su paso una débil capacidad de respuesta incluso en regiones desarrolladas como Europa central, donde la acción gubernamental en varios países, entre ellos Italia, Francia, España, Inglaterra, e incluso Alemania, fue claramente insuficiente para frenar, no sólo la propagación del virus SARS-CoV-2, sino también las diversas y complejas problemáticas sociales derivadas.

Pese al carácter transnacional de la amenaza, las acciones coordinadas y cooperativas entre naciones para responder a la crisis han sido escasas y desde el inicio de la pandemia, los países establecieron sus propias medidas sanitarias y de control para encarar la emergencia. Como observan Morales y Cadena (2020:2), para el caso de Europa, “ni los actores gubernamentales ni los no gubernamentales enfatizaron la creación de estrategias de cooperación para resolver el problema sanitario de forma comunitaria. Fuimos más bien testigos de cómo cada país tomaba sus propias medidas y cerraba sus fronteras. Mucho menos fue posible albergar la idea de que Europa sería la líder global para enfrentar la pandemia”.

En América Latina, la situación no fue distinta, la alerta sanitaria no solo encontró a la región en una coyuntura de estancamiento económico y aumento de la pobreza,[1] sino también desprovista de espacios regionales de consenso y cooperación que permitieran encauzar arreglos de gobernanza para proponer respuestas comunes, o mínimamente articuladas. Afirma Ríos Sierra (2020:19) que a pesar de un universo de necesidades, amenazas, e intereses compartidos entre los países de la región “las respuestas nacionales estatales han prevalecido incluso con más fuerza que en Europa”.

La articulación de respuestas en el nivel nacional tampoco fue fácil, al igual que en los contextos latinoamericanos. Si nos remitimos a la idea de “buena” gobernanza, promovida por diversos autores y organismos internacionales como el “deber ser” de estos procesos, la formulación de medidas eficientes y oportunas para responder a una crisis sistémica como la provocada por el Covid-19, requiere la coordinación de los gobiernos con actores del sector privado, sociedad civil y comunidades, actuando de manera colaborativa en la definición de prioridades, construcción de acuerdos y toma de decisiones frente a las múltiples situaciones de urgencia social detonadas por la pandemia.

En el caso particular de México, ese “deber ser” ha estado lejos de alcanzarse y las dificultades para la coordinación política y social frente a la pandemia se mostraron en toda su complejidad, más aun tratándose de un país federalizado y marcado por agudas disparidades regionales, que se traducen en capacidades y recursos desiguales para enfrentar la crisis. Aunque a fines de marzo de 2020 el gobierno federal convino con los 31 gobernadores y la jefa de gobierno de la CDMX el llamado “Acuerdo de gobernabilidad y unidad nacional en la lucha contra el Covid-19”, aunque se ha constatado que los mecanismos y estrategias

compartidas entre los tres órdenes de gobierno han sido mínimos y poco estables (Arancibia y Giraldo, 2020).

La coordinación es un factor imprescindible para un sistema federal, los tres niveles de gobierno tienen responsabilidades, competencias y facultades compartidas, lo cual implica diferentes flujos de información, mecanismos de ejecución, centros de decisiones y fragmentación de la autoridad (Cejudo, 2009). No obstante, lo que ha predominado en México es que la federación y los gobiernos locales han tomado decisiones distintas y en temporalidades diferentes; por ejemplo, la Jornada Nacional de Sana Distancia, comprendida entre el 23 de marzo y el 31 de mayo de 2020, estableció políticas sanitarias de aislamiento que fueron aplicadas con diversos criterios en los estados y municipios, los cuales dispusieron sus propias medidas de prevención y contención. En muchos casos, ello derivó en desavenencias y conflictos entre los distintos niveles de gobierno, más aún con el inicio de la llamada “nueva normalidad”, en junio de 2020, y la implementación de un semáforo epidemiológico diferenciado por entidades federativas. Desde entonces se presentaron constantes desacuerdos respecto al color del semáforo en el que se encontraba cada estado y a fines de 2021 se cuestionaba, incluso, la validez de continuar usando el instrumento (Arancibia, 2021).

Además de la instauración de medidas sanitarias para contener los contagios, la atención a las múltiples problemáticas sociales surgidas o agudizadas durante la pandemia fueron un asunto complejo de abordar. La pérdida de empleo, la inseguridad alimentaria, la violencia de género, entre otras, son situaciones críticas, y cuya expresión local demanda intervenciones diferenciadas y con enfoque territorial, de ahí que los procesos de gobernanza en el ámbito local se vuelvan fundamentales, pues es precisamente en ese nivel territorial donde se han reconocido mayores oportunidades para que los actores gubernamentales y sociales se vinculen en torno a temas y problemas de interés común con ánimos resolutivos (Navarro, 2002; Cabrero, 2010).

Por ello es que el análisis de los procesos de gobernanza local durante la pandemia resulta un ejercicio indispensable para conocer en qué medida esas oportunidades de acercamiento han sido aprovechadas por los gobiernos y actores locales para enfrentar de manera colectiva las repercusiones sociales de la

emergencia, promoviendo mecanismos de resiliencia y capacidades adaptativas que permitan mitigar las afectaciones en los grupos más vulnerables (Pérez, 2020).

En ese contexto, en el estado de Yucatán se advirtieron condiciones y dinámicas sociales particulares para el análisis de los procesos de gobernanza local en pandemia. La entidad es una de las que registra mayor grado de vulnerabilidad ante la contingencia sanitaria, de acuerdo con un estudio que establece un índice de vulnerabilidad ante el Covid-19 que se mide en tres dimensiones: a) dimensión demográfica; b) dimensión de salud; y c) dimensión socioeconómica. A partir de la medición efectuada, los municipios de Yucatán se ubican en una vulnerabilidad entre Crítica y Muy Alta (Suárez M. *et al.*, 2020).

Este diagnóstico se corresponde con particularidades sociales, culturales y ambientales que confirman esta posición. En primer lugar, el porcentaje de población en situación de pobreza es de 49.5%, mientras que la población en pobreza extrema alcanza el 11.3% (Coneval, 2021). En segundo lugar, la entidad tiene una población maya de 1 028 856 personas, que representan 49.05% de la población total (Inegi, 2015). El factor étnico en Yucatán permea las desigualdades sociales y económicas, por tanto, en tiempos de pandemia esto resultó aún más preocupante si se considera que la letalidad por Covid-19 en la población indígena mexicana (15.4%) es más elevada que la calculada para la población general (8.4%), (Muñoz-Torres *et al.* 2020). En tercer lugar, la Península de Yucatán es altamente vulnerable a los impactos actuales y potenciales del cambio climático, lo que la convierte en un escenario álgido de problemáticas socioambientales, de hecho, en plena contingencia sanitaria, se han registrado varios fenómenos climáticos que han dejado miles de damnificados en el territorio peninsular, entre los más intensos, la tormenta tropical Cristóbal (1 al 5 de junio de 2020), el huracán Delta (5 al 10 octubre de 2020), el huracán Zeta (26 al 29 de octubre de 2020), el huracán Grace (19 de agosto de 2021).

En Yucatán la crisis también ha movilizado iniciativas locales para atender los efectos sociales y económicos de la pandemia, algunas de estas acciones han sido promovidas por los gobiernos municipales y han sumado el respaldo de otros actores sociales; otras, se han gestado a través de comunidades, colectivos sociales, universidades, y han sido apoyadas posteriormente por las autoridades locales, o bien han mantenido su funcionamiento independiente. Así, iniciativas como la organización para el acopio de alimentos, la distribución de despensas, la apertura

de comedores comunitarios, la ayuda emergente a las víctimas de violencia de género y la gestión comunitaria para el cuidado de la salud en las poblaciones mayas, revelan dinámicas de coordinación social que pudieran ser entendidas como ejercicios de gobernanza local.

La necesidad de comprender estos procesos emergentes de acción colectiva y articulación entre actores diversos, motivó la creación del Observatorio de Regional de Gobernanza y Coordinación Social ante el Covid-19 para el estado de Yucatán (ORGA), el cual fue puesto en marcha en agosto de 2020 por un grupo interdisciplinario de investigadores en ciencias sociales adscritos a la UNAM Yucatán. El Observatorio se concibe como un dispositivo de análisis y vigilancia estratégica de los procesos de gobernanza promovidos por diferentes actores territoriales para enfrentar la pandemia en la escala regional.

Bajo esta orientación se desarrolló un modelo analítico de la gobernanza local, entendido como una herramienta metodológica para el estudio de experiencias concretas de coordinación, en las que intervienen actores heterogéneos frente a los siguientes temas considerados críticos de la pandemia en el contexto peninsular: i) Seguridad alimentaria; ii) Economía y empleo; iii) Violencia de género; iv) Restricciones a la movilidad y v) Pueblo Maya.

Figura 1



Fuente: Elaboración propia con información de Arancibia y Saldívar (2021).

Cada uno de esos ámbitos es concebido como un espacio de observación a cargo de equipos integrados por investigadores y estudiantes que realizan un monitoreo permanente de las acciones y decisiones públicas en cada temática y, al mismo

tiempo, examinan arreglos de gobernanza relevantes sobre problemáticas concretas surgidas en esos ámbitos.

En los apartados que siguen se expone, de manera general, el marco conceptual y analítico que ha desarrollado el ORGA para su ejercicio de observación de la gobernanza local durante la pandemia en Yucatán para, luego, presentar algunas experiencias seleccionadas en los ámbitos de Seguridad Alimentaria y Pueblo Maya que destacan por sus peculiaridades regionales. Estos casos permiten una aproximación a las dinámicas reales de gobernanza en clave local y una mejor comprensión de sus condiciones de funcionamiento, así como de sus resultados y aprendizajes.

EL CONCEPTO DE GOBERNANZA EN PERSPECTIVA

La gobernanza es un concepto ya enraizado en los estudios sobre gobierno y asuntos públicos, así como en el discurso público y ciudadano; su uso también se ha extendido al ámbito de organizaciones públicas y privadas y, en términos generales, se identifica con métodos más colaborativos y democráticos para la toma de decisiones.

Como menciona Puga (2021) la noción de gobernanza tiene un carácter analítico, de utilidad para el análisis social, y un carácter normativo, empleado para orientar la acción política. En su vertiente analítica, la idea de gobernanza refiere a las nuevas y diversas formas de coordinación entre actores gubernamentales y no gubernamentales para conducir procesos de acción colectiva a partir de un arreglo institucional, así como acuerdos en las dinámicas de interacción, que permitan generar soluciones legítimas y eficaces a un problema público. La gobernanza involucra los marcos institucionales en que ocurren estas interacciones y las instituciones políticas que requieren propiciar la apertura y gestión de canales de interacción, a fin de que la sociedad esté en posibilidad de participar en la toma de decisiones sobre asuntos de interés colectivo (Bevir, 2009).

Montes de Oca (2021) enfatiza, igualmente, que la gobernanza consiste en una forma de gobernar o conducir los procesos de decisión y gestión que afectan la interacción o el funcionamiento de una colectividad y que se caracteriza por “ser una coordinación de múltiples agentes situados en distintos niveles o sectores”. La autora menciona que la gobernanza: incorpora dos elementos básicos: 1) la

articulación equitativa entre los intereses, las necesidades y la capacidad de influencia de los diversos agentes involucrados o afectados; 2) la búsqueda de un desarrollo o desempeño social, económico o institucional sostenible, eficiente y legítimo.

Esta comprensión de la gobernanza de ninguna manera le resta responsabilidad al Estado en la conducción de los procesos de gobierno, sino que remarca la importancia de que éstos integren las perspectivas e intereses de más actores participantes. Como señala Aguilar (2006), la gobernanza requiere el establecimiento de redes que posibiliten la coordinación, la colaboración y la cohesión entre organizaciones y personas involucradas, entendiendo que los sectores sociales no siempre participan de manera igualitaria, simétrica y cooperativa. Lo anterior, implica que las redes conformadas pueden ser de carácter más vertical, como sucede con frecuencia en el entorno latinoamericano (Zurbriggen, 2011), pero también que los procesos de gobernanza estén atravesados por dinámicas de colaboración y de conflicto.

Aguilar (2010) destaca que la gobernanza es distinta al concepto de gobernabilidad, que alude a la capacidad del gobierno para ejercer su función a través de las instituciones, recursos y acciones legítimas para ello; sin embargo, la gobernanza, al propiciar la participación de actores no gubernamentales y plantear una idea más horizontal de gobierno, favorece la gobernabilidad y, por tanto, eleva la eficiencia, la calidad y la responsabilidad de la gestión pública.

De esta manera, la gobernanza sería una forma deseable de gestionar los problemas públicos, pues favorece la articulación de intereses y necesidades diversas e incluso contradictorias, ya que supone mecanismos de consenso y construcción de acuerdos y también de resolución de conflictos, procurando mayor simetría en las participaciones y decisiones. Es en estas prescripciones donde encontramos el carácter normativo del concepto, pues se espera que los procesos de gobernanza respondan a una serie de características que delinean un modelo participativo, plural, descentralizado y colaborativo, Puga (2021: 37) sintetiza un listado de atributos de la “buena gobernanza”, a partir de las contribuciones de varios autores:

1. Horizontalidad, es decir, funcionamiento basado en discusiones y decisiones compartidas y no impuestas verticalmente.

2. Inclusividad, que supone el reconocimiento y la integración de todos los actores interesados o afectados por el asunto de que se trate. Tiene como consecuencia la pluralidad de actores y la diversidad de opiniones.
3. Tolerancia, entendida como el reconocimiento de la pluralidad y el respeto a la diversidad.
4. Confianza, necesaria para garantizar la credibilidad y la cooperación.
5. Transparencia, que implica la información permanente dentro y fuera de la organización. No se reduce a cuestiones contables sino a decisiones, avance de procesos, cambios de reglas, etcétera.
6. Objetivos relacionados con el avance democrático, el bienestar de la población y la sustentabilidad social.
7. Búsqueda de acuerdos a partir de procesos deliberativos, donde primen principios como la universalidad, racionalidad y reciprocidad.
8. Autonomía interna, que implica cuando menos libertad para organizarse internamente: tiempos, funcionamiento, tareas, etcétera, sin directrices impuestas desde la autoridad.

Cristina Puga resalta que estas características generales, a las que pueden sumarse otras como la disposición de los actores, reglas claras, acceso al conocimiento, etc., configuran un “tipo ideal” de gobernanza; es decir, un modelo teórico al que pueden acercarse en menor o mayor medida las experiencias de gobernanza que se observan en la realidad. Así ese listado combina “un modelo normativo (cómo debe ser la gobernanza) y un instrumento analítico (cómo ocurre realmente), que permite acercarse a distintas experiencias de gobernanza con una mirada múltiple” (2021: 38).

EL ANÁLISIS DE LA GOBERNANZA LOCAL EN PANDEMIA

El modelo de análisis de las experiencias de gobernanza local planteado por el ORGA se basa en lo enunciado hasta aquí, entendiendo que la gobernanza corresponde a “la coordinación entre actores sociales diversos para llevar a cabo acciones puntuales, diseñar o poner en práctica políticas públicas o tomar decisiones en beneficio de un grupo o de la sociedad misma” (Puga, 2020).

Esta definición considera que, en el caso de la gobernanza local ante la pandemia, las interacciones entre gobierno y sociedad no suceden necesariamente dentro de espacios organizativos institucionalizados (por ejemplo, un comité ciudadano), y no siempre dan lugar a la elaboración de una política. Es decir, las interacciones y colaboraciones entre gobierno-sociedad para abordar problemas y demandas colectivas, muchas veces se expresan como acciones concretas que pueden o no llegar a formalizarse en las estructuras gubernamentales.

De acuerdo con lo anterior el modelo analítico del observatorio ha establecido un “tipo ideal”, que supone que no hay una condición permanente de gobernanza en la relación entre sociedad y gobierno, sino situaciones concretas de colaboración, espacios de diálogo o convergencia. En circunstancias excepcionales, como es el caso de la pandemia, la gobernanza local puede adquirir diversas formas; por ejemplo, acciones puntuales surgidas de la interacción entre gobierno y diversos actores sociales, también pueden configurarse como iniciativas de colaboración ciudadana entre actores sociales, con o sin la presencia del gobierno, en cualquier caso, este tipo de interacciones puede abrir paso a la creación de nuevos mecanismos de participación para una toma de decisiones frente a asuntos colectivos de carácter más incluyente.

En esa línea, el Observatorio entiende a la gobernanza más como un proceso que como un arreglo estable; esta dinámica implica el tránsito de esquemas jerárquicos a esquemas horizontales, la búsqueda de consensos dentro del respeto a la pluralidad y el equilibrio entre las propuestas del gobierno y las necesidades y demandas de la sociedad, por lo cual considera la existencia de los diferentes modos de gobernanza propuestos por Kooiman (2003) aunque atiende especialmente aquellos en los cuales hay participación del gobierno estatal y municipales (véase cuadro 1).

Cuadro 1
Modos de Gobernanza. Interacciones Gobierno-Sociedad

Autogobierno	La propia comunidad agencia los procesos de toma de decisiones sobre los asuntos públicos, mediante la búsqueda de un modo de gobierno alternativo al sistema tradicional que busca generar orden y control.
Co-gobernanza	Corresponde a un nivel intermedio, en el cual se observan formas más horizontales de interacción, facilitando que los actores de la sociedad cooperen, se coordinen y se comuniquen para resolver un problema que los afecta colectivamente, con o sin la presencia de un actor central del gobierno.
Gobernanza jerárquica	El gobierno sigue cumpliendo un papel central, pero facilita la generación de espacios de interacción mediante canales más formalizados, estableciendo normas y responsabilidades en la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia con información de Kooiman (2003).

El modelo de gobernanza que se ha configurado en el ORGA incluye tres niveles de análisis y cada uno está compuesto por variables que acercan la teoría a su operacionalización (véase figura 2).[2]

Figura 2
Modelo analítico de gobernanza local del ORGA



Fuente: ORGA (2020).

SEGURIDAD ALIMENTARIA

La pandemia por Covid-19 y, particularmente, las medidas sanitarias para evitar la propagación del virus, como el confinamiento y la suspensión de actividades económicas no esenciales, provocaron efectos directos e indirectos en la seguridad alimentaria y nutricional de toda la población. Los primeros, se expresan en una reducción del gasto en alimentos causada por la pérdida de empleos o disminución de ingresos en los hogares; los segundos, se manifiestan en una reducción en el suministro de alimentos, lo que al mismo tiempo ocasiona escasez, perjudicando sobre todo a las poblaciones más vulnerables (Rodríguez-Ramírez *et al.*, 2021; FAO, 2020). Igualmente, desde la perspectiva de la salud, la pandemia ha evidenciado la mayor vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades no transmisibles, asociadas al sobrepeso y obesidad y que resultan de una alimentación deficiente.

En el caso de México, se estima que en 2019 el 43.6% de la población se encontraba en situación de pobreza y la inseguridad alimentaria afectaba a la quinta parte de la población (Coneval, 2020). En el mismo año, la población en situación de pobreza en el estado de Yucatán fue de 41.9%, mientras que el 33.9% de la población percibía un ingreso inferior al valor de la canasta básica de alimentos (Coneval, 2020). A este problema, se suma la alta prevalencia de obesidad, diabetes e hipertensión de la población yucateca, condiciones que aumentan los riesgos de complicaciones y letalidad en caso de contraer la enfermedad (véase figura 3).

Como documentan Blanco Cebada *et al.* (2021), el porcentaje de la población con ingreso laboral inferior al costo de la canasta alimentaria en Yucatán aumentó 6.5 puntos porcentuales al pasar de 34.4% a 40.9% entre el tercer trimestre de 2019 y el mismo periodo en 2020; es decir, uno de cada cuatro yucatecos no tenía acceso a la canasta básica. Las cifras demuestran un impacto en la desigualdad alimentaria y nutricional de la población más vulnerable por la insuficiente disponibilidad y capacidad de compra de alimentos.

Figura 3



Fuente: Arancibia y Saldívar (2021).

Frente a esta problemática, el ORGA identificó diversas iniciativas impulsadas por los gobiernos estatal y municipal, así como por la sociedad civil, para salvaguardar la seguridad alimentaria en Mérida durante la pandemia. Algunas de estas iniciativas fueron desarrolladas dentro de marcos normativos existentes (planes y programas de desarrollo basados en objetivos, estrategias y líneas de acción) y otras emergieron al margen de esas estructuras, no obstante, todas ellas expresan componentes de coordinación y/o cogestión entre actores diversos, incluyendo actores gubernamentales, así como la creación de mecanismos y espacios de deliberación y puesta en común para la toma de decisiones.

En este espacio de observación, el equipo de observadores enfatizó en las características generales de las experiencias, describiendo los procesos de toma de decisiones, la autonomía el control democrático, así como los factores de integración y funcionamiento de las iniciativas orientadas a resolver situaciones

críticas para la seguridad alimentaria, sobre todo, de la población en contextos urbanos.

APOYO MUTUO MÉRIDA

El colectivo Apoyo Mutuo Mérida (AM) surgió en abril de 2020 a partir de un llamado ciudadano por redes sociales que convocaba a organizarse para brindar ayuda a familias en vulnerabilidad alimentaria en Mérida. El 12 de abril se interesaron 55 personas y al día siguiente fueron más de 300, desde ahí se creó una organización articulada en grupos de trabajo para la instalación de centros de acopio, cocinas comunitarias, servicios de salud e incluso de apoyo psicológico.

AM opera bajo los principios de autonomía, solidaridad, justicia social y colaboración, su objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de las personas y familias en situación desfavorable por causa de la crisis sanitaria, con énfasis en la atención a necesidades alimentarias. El eje rector para la toma de decisiones ha sido la horizontalidad y la transparencia de las acciones de acuerdo con una red de estructura celular. El AM está organizado en diferentes comisiones: logística, transporte, tesorería, comunicación, apoyo psicológico, salud y trabajo social; todo ello conforme al protocolo de sanidad; también tiene una página web, vínculo de comunicación interna y externa <<https://apoyomutuomerida.Ong.mx/>>. Durante la pandemia en 2020, se organizaron en 20 grupos distribuidos en 16 centros de acopio y han distribuido ayudas para las menos 3 mil familias meridianas (véase figura 4).

Como ha documentado el equipo de observación de la Seguridad alimentaria del ORGA, dentro de las acciones de este colectivo destaca la organización de cocinas comunitarias, las cuales además de promover hábitos alimenticios saludables, han promovido procesos de organización ciudadana y empoderamiento social. En diciembre de 2020 se instalaron cuatro cocinas en donde se ha ofrecido comida, tres veces a la semana, a 640 personas, de acuerdo con un modelo de voluntariado de proximidad. Las mujeres sirven aproximadamente 200 raciones de comida tres veces por semana, y con ello benefician a 2,500 personas. Así, el sur de la capital yucateca cuenta con cocinas comunitarias en Emiliano Zapata Sur II, Nuevo San José Tecoh II, Emiliano Zapata Sur III y el espacio territorial El Roble,

que han ocupado quienes carecen de vivienda. Son las propias personas de las colonias quienes se autoorganizan para dar respuesta a necesidades particulares, con el objetivo de generar una comunidad intergrupala basada en la solidaridad y el apoyo, pero también para dar respuesta a temas sociales, de acuerdo con las necesidades comunes (Blanco Cebada *et al.*, 2021).

AM se declara una iniciativa totalmente ciudadana, autónoma y autogestiva y ha mantenido hasta principios de 2023 dicho carácter, trabajando de manera autónoma e independiente de partidos o intereses políticos locales. Basa sus operaciones en un esquema de voluntariado, en alianzas más o menos estables con otras organizaciones sociales ligadas a instituciones académicas y empresas de la región como Fundación Vive Peninsular A.C., Impulso Universitario AC, Fundación Bepensa A.C. Igualmente, forma parte de la red de colaboración “Mérida nos une”, creada por la Secretaría de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Mérida, que se reseña más adelante. De manera puntual, también ha sostenido colaboraciones con dependencias del gobierno del estado de Yucatán, como la Secretaría de las Mujeres o del Ayuntamiento de Mérida, destacando la Dirección de Desarrollo Social. No obstante, estas colaboraciones, al tratarse de una experiencia agenciada por la sociedad civil, sin la participación directa del gobierno, se acerca más a una forma de *autogobernanza* (Kooiman, 2003).

Destacan en este caso tres elementos del modelo de gobernanza, el primero es la *autonomía colectiva* expresada en su misión y sus principios, que subrayan su carácter ciudadano, autónomo, solidario y de colaboración. El segundo, tiene que ver con el *establecimiento de reglas*, tanto para definir su estructura de funcionamiento interna, como modelo de gestión de los centros de acopio: comedores y cocinas comunitarias; todo ello funciona a través de comisiones integradas por voluntarios que se encargan de la logística, transporte, tesorería, comunicación, entre otros, guardando protocolos de seguridad e higiene. El tercero, es la *efectividad en la toma de decisiones*, que se manifiesta en logros como la creación de 16 centros de acopio, 3,000 familias beneficiadas, 300 colaboradores, entre otros (Giraldo, 2021; Blanco Cebada *et al.*, 2021).

MÉRIDA NOS UNE

Una experiencia que conjunta esfuerzos comunes entre sociedad civil y gobierno es la red “Mérida Nos Une” (MNU), puesta en marcha por la Secretaría de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Mérida en abril de 2020. El origen de la iniciativa está relacionado con acciones vinculantes generadas a través de dicha Secretaría, destacando el establecimiento de una mesa multidisciplinaria para la generación de estrategias y protocolos de intervención ante las problemáticas sociales derivadas de la pandemia.

En un principio MNU se orientó, sobre todo, a vincular a la ciudadanía y al gobierno municipal para ofrecer de manera coordinada ayudas alimentarias a la comunidad en el contexto de la emergencia sanitaria; a este esquema de trabajo intersectorial se integraron organismos no gubernamentales, asociaciones, empresas, universidades, entre otros muchos, como prestadores de servicios y/o donatarios de ayudas.

Al mismo tiempo, se formó un comité con cinco miembros de la sociedad civil y dos funcionarios del ayuntamiento para conducir la red de manera colegiada y se dispuso de una plataforma digital (<https://www.merida.gob.mx/meridanosune/>), orientada a captar más participantes y registrar a personas y grupos que requerían, además de víveres y despensas, artículos de higiene y salud, transporte, acompañamiento psicológico, de tal manera que los apoyos individuales o institucionales pudieran canalizarse respondiendo a la demanda ciudadana.

Durante 2020 el ORGA identificó en la plataforma Mérida Nos Une a 26 organizaciones de la sociedad civil y 5 microempresas que contribuían a la seguridad alimentaria (Blanco Cebada *et al.*, 2021); hacia mediados de 2021, se registraron más de 400 iniciativas de ayuda en ese ámbito, provenientes de asociaciones, grupos de vecinos, instituciones y empresas (véase figura 4). En junio de 2021, la red fue seleccionada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como una de las 463 prácticas innovadoras a nivel mundial para dar cumplimiento a los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, tales como Hambre Cero (2), Salud y Bienestar (3) y Alianzas para Lograr los Objetivos (17).

Aunque se trató de una experiencia impulsada por el gobierno municipal, y de la cual, ciertamente, el alcalde de la ciudad Renán Barrera Concha del PAN, capitalizó sus logros como aspirante a la gobernatura del estado, MNU cumplió

con varias características de “cogobernanza”, observándose modos más horizontales de organización e interacción, su conducción a través de un comité con presencia mayoritariamente ciudadana, así como el modelo de gestión de la red de apoyo que da lugar a los prestadores y donatarios para entrar en contacto directo con las familias y comunidades demandantes de ayuda, ha hecho posible que actores muy diversos cooperen y se coordinen para prestar las ayudas alimentarias, a través de una plataforma que facilita el Ayuntamiento de Mérida.

En este caso sobresalen algunos elementos del modelo de gobernanza, como la *toma de decisiones* de carácter más plural, a través de la integración de un Comité con participación mayoritaria de actores no gubernamentales y donde hay representatividad de distintos sectores: ciudadano, académico, empresarial. Asimismo, se han dispuesto canales de comunicación para recibir los requerimientos de los propios demandantes de apoyos a través de la plataforma Web y de manera telefónica. De esta manera, las decisiones en torno a aspectos organizativos, uso de recursos y rutas de acción se están tomando de manera más distribuida. Igualmente, el *establecimiento de reglas* ha propiciado un marco común para acordar pautas que orientan el funcionamiento de la red, como las normas para brindar apoyos y también los requisitos para solicitar y recibir. En ese sentido, puede afirmarse que ha habido *efectividad en la toma de decisiones*, demostrada en las alianzas conseguidas para entregar alimentos a asilos, albergues, comedores y a familias vulnerables de Mérida, incluyendo la franja periférica de Kanasín y Umán. Finalmente, esta experiencia demuestra la importancia de la institucionalización de prácticas participativas que se materializan en programas oficiales respaldados por las autoridades gubernamentales y que inducen procesos de confianza y aprendizaje.

Figura 4

COVID-19 y seguridad alimentaria en Yucatán: experiencias y actores de gobernanza local

El Observatorio Regional de Gobernanza y Coordinación Social ante el COVID-19 registró acciones de coordinación entre gobierno y sociedad civil en forma de redes y alianzas para salvaguardar la seguridad alimentaria durante el primer año de pandemia.

Apoyo Mutuo (AM) ¹

El colectivo **Apoyo Mutuo Mérida** se originó en abril de 2020 como una expresión de solidaridad ciudadana, con el objetivo de atender algunas de las necesidades alimentarias de familias vulnerables, a consecuencia de la crisis del COVID-19.

Ha sido un punto de encuentro entre sociedad civil, gobierno y organismos privados, pero manteniendo su autonomía.

Actualmente ha ampliado sus objetivos, buscando fortalecer también procesos colaborativos y horizontales con las familias atendidas, de acuerdo con sus necesidades alimentarias.

FUNCIONAMIENTO

- Horizontalidad en la toma de decisiones y de transparencia de sus acciones.
- Red de estructura celular; organizada en diferentes comisiones: logística, transporte, tesorería, comunicación, apoyo psicológico, salud y trabajo social.

RESULTADOS

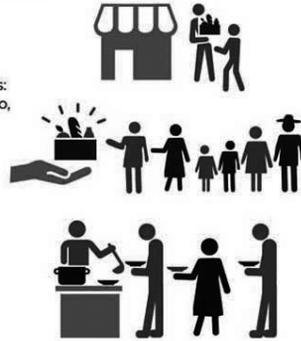
20 grupos organizados en 16 centros de acopio.

Más de 300 personas colaborando y organizadas.

2.276 despensas, 700 fórmulas infantiles, pañales y medicamentos entregados.

Aproximadamente 3,000 familias beneficiadas.

<https://apoyomutuomerida.org.mx/>



Estrategia Mérida Nos Une ²



Mérida nos Une surgió a mediados de abril a partir de acercamientos entre la Secretaría de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Mérida y actores de la sociedad civil para atender las necesidades de las familias vulnerables en pandemia.

Desde esa Secretaría se construyó una red multisectorial de 350 actores ciudadanos, empresarios, asociaciones civiles, universitarios, entre otros.

FUNCIONAMIENTO

La iniciativa es coordinada por un comité integrado por 5 representantes de la sociedad civil y dos funcionarios; participan 15 empleados que dependen administrativamente de la Secretaría, y trabajan desde casa, 60 funcionarios municipales.

La estrategia implica ayuda en dos vías: quienes la ofrecen y quienes la requieren. Como resultado, surgieron diversas iniciativas ciudadanas, donde la principal causal de ayuda es alimentaria.

Hubo aliados que cocinaron y ofrecieron raciones de comida: la Universidad Marista y Cocineros Unidos, ambos desempeñaron un papel fundamental en el sur del municipio.

RESULTADOS

- Beneficiarios: 2 mil 632 familias meridianas, 91 asociaciones y albergues, 12 instituciones de salud y municipales.

- 2 mil 642 paquetes alimentarios entregados a organizaciones civiles, albergues y asilos de ancianos.

<https://www.merida.gob.mx/meridanosune/>

Fuente: Elaboración propia.

La pandemia está agudizando la vulnerabilidad de la población indígena en México que sufre la precariedad en sus sistemas de salud, educación y economía, además de la ausencia de políticas focalizadas. Además, la mayoría de la población indígena afectada por Covid-19 presenta diabetes, hipertensión y obesidad, comorbilidades que agudizan los riesgos de desarrollar síntomas más graves ante la infección y llevan a que la tasa de letalidad en estos sectores sea mayor que en la población no indígena (Secretaría de Salud, 2020). En respuesta a la situación del Covid-19 entre la población indígena, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas emitió la “Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (Covid-19)”, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en mayo de 2020.

Como ya se reseñó, el estado de Yucatán destaca por la fuerte presencia de población maya en su territorio, correspondiente al 49.05% de la población total. De sus 106 municipios, existen 67 en los cuales la población indígena es de 70% o más, y 23 en los que es de 40% a 69%; los restantes 16 poseen presencia indígena (Inegi, 2015). Dos criterios fundamentales para definir la pertenencia étnica son la lengua y a la autoadscripción; en relación con esto último, en municipios como Mérida y Valladolid, los más importantes y poblados de Yucatán, 48.26% y 77.88% de la población de 3 y más años, respectivamente, se autoadscribe como indígena.

Desde el inicio de la pandemia y hasta octubre de 2021, Yucatán ha sido la entidad federativa con el mayor número de casos confirmados de Covid-19 y defunciones de población que se reconoce como indígena. De acuerdo con el informe de la Secretaría de Salud, el estado poseía un total de 4,509 casos confirmados y 724 defunciones (véase figura 5).

Figura 5



Fuente: Elaboración propia con información de Arancibia y Saldívar (2021).

Atendiendo a esta realidad el gobierno del estado inició la producción de una serie de spots de radio, carteles, audios y videos para difundir información en lengua maya relativa a la prevención y cuidados de la salud ante el SARS-CoV-2. También a finales de marzo de 2020, se implementó un chat vía WhatsApp, en lengua maya para personas solicitantes de información sobre la enfermedad, con servicio de diagnóstico automatizado y, en caso de ser necesario, derivarlos para recibir atención médica.

No obstante, las comunidades mayas a través de sus propias organizaciones manifestaron que estas acciones gubernamentales no sólo eran insuficientes, sino que carecían de pertinencia cultural; así por ejemplo, el colectivo *Maayakaaj* de Yucatán publicó un comunicado titulado “El pueblo maya ante el Covid-19: posicionamiento público”.[3] en el que expresaba la falta de una estrategia adecuada culturalmente al privilegiar los medios digitales, como sitios de internet y redes para difundir información sobre el Covid-19; en efecto, conforme del total de los hogares (599,396) de Yucatán, el 49.6% no tiene conexión a internet, mientras

que para el caso de los hogares rurales esta cifra es de 97.4% (Inegi, 2018), con ello es posible hacerse una idea de las condiciones reales de acceso de la población maya a las informaciones por esas vías. Al mismo tiempo, demandaban mejoras a los servicios de salud para los mayas en las comunidades, pueblos y ciudades; también pedían crear apoyos especiales por convocatorias dirigidas al pueblo maya, contemplando el papel fundamental de las mujeres en el cuidado de la salud.

De esta manera, algunas de las organizaciones y colectivos indígenas que reivindican la identidad maya en Yucatán desplegaron también diversas acciones para hacer frente a la pandemia, las cuales han implicado ejercicios de coordinación y colaboración entre sí y con otros actores. El espacio de observación Pueblo Maya, centró su análisis en algunas de esas experiencias para documentar en qué medida las necesidades y demandas de estos grupos eran escuchadas y se incorporaban a las decisiones tomadas por las instancias gubernamentales.

En ese sentido, Rodríguez y Franco (2021), resaltan que los procesos de gobernanza presuponen consultar a los actores y grupos involucrados en ciertos asuntos colectivos, incluyendo a aquellos silenciados o sin voz, como es el caso de las minorías o pueblos originarios; sin embargo, para que esto suceda es indispensable que existan mecanismos legítimos y eficaces de consulta y, sobre todo, condiciones mínimas de confianza en el Estado y, en general, en las instituciones gubernamentales. Como consecuencia de la histórica ruptura entre el Estado y las poblaciones indígenas se ha originado reticencia y desconfianza de estos últimos hacia las acciones gubernamentales estatales. Para el caso estudiado la situación no es diferente y así lo expresaron la mayoría de los actores mayas que fueron entrevistados por estos autores, al señalar que la relación con el gobierno se encuentra fracturada, es distante o inexistente (Rodríguez y Franco, 2021).

A pesar de que las instancias estatales no hayan facilitado procesos de coordinación con actores mayas en tiempos de pandemia, no significa una ausencia total de vínculos o que ciertas instituciones gubernamentales no hayan participado en acciones conjuntas para atender la salud de esta población. Si se asume que el Estado debería tener un papel importante en los procesos de gobernanza, éstos igual pueden originarse por la iniciativa de actores más allá de ese ámbito y, en el caso de la atención a la salud del pueblo maya, las experiencias identificadas por el Observatorio responden a arreglos entre actores de grupos diferentes, con fuerte presencia de instituciones académicas locales, cuyas

acciones y disposición a colaborar evidencian características inherentes al ejercicio de la gobernanza (Rodríguez y Franco, 2021).

Dadas las peculiaridades de estas experiencias, el modelo analítico de gobernanza local desarrollado por el ORGA ha sido aplicado enfatizando en elementos de análisis como los procesos de toma de decisiones; control democrático (transparencia y sensibilidad social); disposición de los actores, y confianza. A estos aspectos se agregan las siguientes: presencia de una sociedad civil activa y organizada; mirada positiva a los actores de la sociedad (en este caso, el pueblo maya); e incorporación de “saberes locales” en el proceso de atención a la salud.

U YITS KA’AN

La Escuela de Agricultura Ecológica *U Yits Ka’an* ha trabajado desde hace 25 años con el objetivo de promover el Buen Vivir en las familias campesinas mayas de la Península de Yucatán, buscando fortalecer la soberanía alimentaria, la producción de alimentos saludables y la medicina tradicional.

Además de acompañar estos procesos en varias comunidades mayas, *U Yits Ka’an* ha trabajado en conjunto con distintas instituciones como la Fundación W. K. Kellogg, la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), el Centro Regional Universitario Península de Yucatán de la Universidad Autónoma Chapingo (CRUPY), el colectivo Slow Food y Radio *Xepet*, la Voz de los Mayas. Como indica Villafaña (2021) durante su trayectoria, los actores involucrados en *U Yits Ka’an* han impulsado formas de trabajo y mecanismos colaborativos que propician “un ambiente de gobernanza que ha permitido agenciar a los actores comunitarios para el desarrollo de un proyecto local” (2021: 9).

En el contexto del Covid-19, esta organización educativa implementó la iniciativa denominada “Alimentos Nutracéuticos para Responder a una Pandemia”, financiada por el Consejo Nacional de Tecnología (Conacyt)[4] y que se orientó al desarrollo de acciones y conocimientos en las áreas de salud y alimentación entre la población maya. Particularmente, se trabajó con meliponicultores, integrantes de una red de 16 meliponarios para la generación de algunos derivados como miel, propóleo y polen de la abeja *xunan kab* (*Melipona beecheii*), para su consumo en

alrededor de 20 unidades familiares de las comunidades de Kaxaytuk y Dzemucut, buscando fortalecer el sistema inmunológico sobre todo de niños y adultos mayores. Aunque la finalidad del proyecto es atender la salud de niños y adultos mayores, también se ha favorecido la reactivación económica de estos productores que fueron gravemente afectados por la pandemia (Rodríguez, 2020a).

Destacan en este esfuerzo colectivo intersectorial, aspectos como la inclusión de la población maya en el *proceso de toma de decisiones* en beneficio de su salud y la *sensibilidad social*, demostrada en la adecuación de la propuesta a las prácticas y necesidades culturales. Por sobre todo, como ha documentado Rodríguez (2020a), destaca la *confianza*, puesto que *U Yits Ka'an* ha cimentado un prestigio en la región, construyendo vínculos de trabajo de largos datos con los actores participantes, entre ellos la red de meliponicultores a quienes se les compra el producto, las comunidades beneficiadas, actores académicos del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM y la Radio Xepet. Este medio radiofónico, a través del cual se difundió el proyecto, ha facilitado la comprensión de las comunidades sobre el proceso de selección de niños y adultos mayores para la aplicación de los productos de la Melipona *beecheii*, así como los demás pormenores del tratamiento.

CUIDÉMONOS EN COMUNIDAD (KO'OX MÚUL K KANÁANTIKBAJ ICHIL K KAAJAL)

Una de las necesidades primordiales de los pueblos indígenas en pandemia fue y ha sido la generación de información que no solo priorice los contenidos biomédicos, sino que considere de manera sustantiva los conocimientos y prácticas de autocuidado y prevención que forman parte de su patrimonio cultural y de sus sistemas tradicionales de salud. Se requiere que estos mensajes se diseñen y difundan tanto en la lengua indígena como en el idioma dominante, tanto en los territorios tradicionales como en las zonas urbanas, a través de los medios más accesibles para los pueblos indígenas (Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones Indígenas, 2020).

La propuesta denominada Cuidémonos en Comunidad (*Ko'ox múul k kanáantikbaj ichil k kaajal*), es una iniciativa de comunicación social e intercultural que surge de la necesidad de generar y difundir mensajes con pertinencia cultural

dirigidos a comunidades rurales de Yucatán que se encuentren en riesgo por el Covid-19. Se trata de una experiencia multidisciplinaria en la que se han articulado actores diversos: la Unidad de Proyectos Sociales de la Universidad Autónoma de Yucatán; Educe, A. C.; Population Council; Agencias de Desarrollo Humano Local (ADHL-Alianzas); Fundación W. K. Kellogg. También hay representatividad gubernamental a través de la Secretaría de Salud, e Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado de Yucatán (Indemaya); abarcando 20 localidades de nueve municipios de Yucatán.

Rodríguez (2020b) ha documentado mediante entrevistas a sus participantes, que además de especialistas en comunicación social, se han integrado personas con formación en antropología, enfermería y nutrición, además de representantes de organizaciones y colectivos mayas, así como personal del Indemaya. Con base en el diálogo interdisciplinar, se han creado contenidos dirigidos a niños, jóvenes y adultos de las comunidades mayas de Yucatán, buscando transmitir conocimiento sobre las medidas de prevención y actuación ante brotes familiares y comunitarios; también se incluyen contenidos sobre alimentación y cuidados para fortalecer la salud en pandemia, todos los cuales han sido revisados y avalados por la Secretaría de Salud (SS).

Estas informaciones se han plasmado en distintos soportes comunicativos como infografías, videos, notas de radio y podcast; se han privilegiado medios como el perifoneo —móvil y fijo—, las redes sociales —Facebook y Whatsapp—, la radio —con apoyo de Radio Xepet—, e impresos como lonas y carteles. Todos estos materiales llevan el logo de la SS lo cual ha permitido una mejor aceptación de dichos materiales de difusión entre las autoridades municipales con las cuales se han vinculado (Rodríguez, 2020b).

Los elementos de gobernanza que sobresalen en esta iniciativa, también se relacionan con los *procesos de toma de decisiones* que, en este caso, consideran una pluralidad de actores territoriales relacionados con el problema y mecanismos para lograr acuerdos, destacando, por ejemplo, reuniones deliberativas para definir de manera colectiva los temas prioritarios a difundir, entre ellos las medidas preventivas, los brotes comunitarios, el fortalecimiento de la salud, la dieta con base en la milpa y la disminución en el consumo de alimentos ultraprocesados. La *sensibilidad social*, la *confianza* y la *disposición de los actores*, son elementos

presentes y que han sido cultivados en el tiempo por sus partícipes, mostrando que es posible revertir el predominio de la falta de credibilidad y fomentar relaciones y espacios de interculturalidad.

Figura 6

COVID -19 y pueblo maya en Yucatán: experiencias y actores de gobernanza local

El Observatorio Regional de Gobernanza y Coordinación Social ante el COVID-19 (ORGA) en Yucatán ha documentado procesos de coordinación entre actores diversos y que evidencian dinámicas de gobernanza movilizadas por los propios actores mayas.

Escuela de Agricultura Ecológica U Yits Ka'an

Proyecto educativo fundado hace más de **25 años** y cuyo vértice es la agroecología, su objetivo es promover el Buen Vivir en las familias campesinas de la Península de Yucatán, contribuyendo en ellas a la soberanía alimentaria y a la conciencia ecológica. Mantienen una estrecha vinculación con campesinos/as de la región maya, productores/as agroecológicos, ONG´s, instituciones académicas locales, nacionales e internacionales, instituciones gubernamentales y eclesiales.

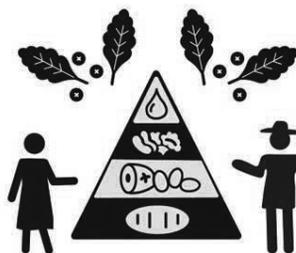
En el contexto de la pandemia generaron la iniciativa denominada "Alimentos nutraceuticos para responder a una pandemia" que recibió apoyo del CONACYT.

FUNCIONAMIENTO

Generación de acciones y conocimientos en las áreas de salud y alimentación entre la población maya, atendiendo particularmente a la infancia con carencias nutricionales.

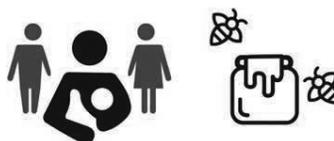
Coordinación de actores múltiples: CONACYT, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, radio Xepet, meliponicultores locales que producen miel de la abeja xunan kab (*Melipona beecheii*) y derivados como propóleo y polen, familias de las comunidades de Kaxaytuk y Dzemucut.

<https://www.uyitskaan.org/>



RESULTADOS

- Colaboración con meliponicultores locales y activación de sistemas productivos locales.
- Participación de la población maya, con al menos **20 familias** involucradas.
- Fortalecimiento de prácticas culturales locales asociadas a la producción de alimentos sanos.
- Vínculos de confianza y cooperación entre actores.



Cuidémonos en Comunidad (*Ko'ox mül k kanántikbaj ichil k kaajal*)

Propuesta de comunicación social para generar y difundir mensajes con pertinencia cultural dirigidos a comunidades mayas en sectores rurales de Yucatán con información relevante sobre prevención y cuidados ante el COVID-19.

FUNCIONAMIENTO

- Coordinación de actores múltiples: Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), la Unidad de Proyectos Sociales UADY, Educe AC., Population Council, Agencias de Desarrollo Humano Local (ADHL-Alianzas) y Fundación W.K. Kellog, INDEMAYA.
- Mecanismos participativos para la elección de temas relevantes y pertinentes a difundir.
- Empleo de múltiples plataformas y redes de comunicación cercanas a la población maya.

RESULTADOS

- Elaboración y difusión de infografías, videos, notas de radio y podcast con información de calidad y con enfoque intercultural.
- Amplia difusión de estos mensajes en medios como el perifoneo -móvil y fijo-, las redes sociales - Facebook y Whatsapp-, la radio -con apoyo de Radio XEPET, e impresos, como lonas y carteles.
- Generación de espacios para difundir conocimientos y prácticas de autocuidado y prevención que forman parte los sistemas tradicionales de salud.



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Como se ha visto, la pandemia de Covid-19 no sólo ha significado una emergencia sanitaria y una crisis humanitaria y socioeconómica, sino que también ha puesto en evidencia profundos déficits de gobernanza, los cuales han dificultado, en varios niveles, la coordinación de capacidades y esfuerzos para desarrollar estrategias y mecanismos que permitan gestionar soluciones ante las apremiantes necesidades y problemáticas derivadas de la crisis. Frente a este escenario, el análisis social y político con herramientas metodológicas rigurosas, pero al mismo tiempo creativas, resulta un ejercicio fundamental para comprender estos fenómenos, en su propio devenir y atendiendo a las condiciones de inestabilidad e incertidumbre impuestas por la pandemia. En palabras de Puga:

En todos los casos, la pandemia devino en un escenario propicio para el análisis sociológico y politológico. Por lo mismo, el estudio de la gobernanza, que implica la relación creativa entre gobierno y sociedad, tuvo un momento privilegiado para ser observado en una suerte de laboratorio social en el que todas las acciones se producían simultáneamente y los resultados se sucedían con extrema celeridad (2021: 39).

El Observatorio Regional de Gobernanza y Coordinación Social ante el Covid-19 (ORGA) en Yucatán, ha servido precisamente como una herramienta de inmersión en ese “laboratorio social”, permitiendo aproximaciones analíticas a los procesos de gobernanza que se despliegan en el nivel local, donde habrían condiciones más auspiciosas para, por un lado, articular acciones colaborativas y soluciones concertadas frente a la pluralidad de problemáticas derivadas de la contingencia; y por otro lado, desarrollar capacidades de resiliencia social para sobreponerse a las afectaciones, acudiendo a las redes de apoyo y recursos propios del entorno.

El trabajo conceptual y metodológico desarrollado por el ORGA, ha permitido identificar y examinar experiencias, como las presentadas en este capítulo, cuyo análisis amplía la comprensión sobre cómo se gestan en la realidad social dinámicas de coordinación motivadas por intereses colectivos y solidarios. Más allá de contar o no con el soporte gubernamental, estas experiencias son portadoras de principios de gobernanza, en tanto promueven el acoplamiento de actores diversos, la armonización de intereses y valores, la participación e involucramiento ciudadano.

En ese sentido, el papel de los gobiernos locales sigue siendo imprescindible, los principios de gobernanza detectados en las iniciativas reseñadas demuestran que para que estos procesos prosperen, es necesario que los gobiernos actúen como socios y promotores de los esfuerzos de la sociedad civil orientados a resistir, aprender y adaptarse. De ello se desprende que el aprendizaje social y la creación de nuevas capacidades para que la ciudadanía intervenga en los asuntos públicos, son procesos que deben ser alentados, más allá de las condiciones críticas, en pos de mejorar la gestión pública local y la calidad y legitimidad de las políticas públicas en ese ámbito.

FUENTES CONSULTADAS

Aguilar, Luis (2006). *Gobernanza y gestión pública*. México: Universidad Iberoamericana.

Aguilar, Luis (2010). *Gobernanza. El nuevo proceso de gobernar*. México: Fundación Friedrich Ebert.

- Arancibia, Eliana (2021) “Yucatán a verde: ¿aún tiene sentido el semáforo epidemiológico?” Columna de opinión Gobernanza y Covid-19 en Yucatán”. *La Jornada Maya*, 22 de noviembre de 2021 [en línea]. Disponible en <<https://www.lajornadamaya.mx/opinion/184900/yucatan-a-verde-aun-tiene-sentido-el-semaforo-epidemiologico>> (consulta: 25 de mayo de 2023).
- Arancibia, Eliana y María Antonieta Saldívar (coord.) (2021). *Memoria Digital ORGA. Observatorio Regional de Gobernanza y Coordinación Social ante el Covid-19 en Yucatán*. México: ENES Mérida-UNAM [en línea]. Disponible en <<http://orga.enesmerida.unam.mx/?3d-flip-book=memoria-digital>> (consulta: 25 de mayo de 2023).
- Arancibia, Eliana y María Elena Giraldo (2020). “Local Governance Processes: An Analysis of the Regional Governance and Social Coordination Observatory Regarding Covid-19 in Yucatan, Mexico”. *Journal of Public Governance and Policy Latin American Review* 9(1): 133-151.
- Bevir, Mark (2009). *Key concepts in Governance*. Londres: SAGE.
- Blanco Cebada, Luis Antonio, Vera Isabel Flores Medina y Arantza Franco (2021). “Seguridad Alimentaria, políticas y gobernanza: estrategias y alianzas en Yucatán durante la pandemia de Covid-19”. En *Gobernanza local en tiempos de Covid-19. Experiencias de coordinación social para la toma de decisiones en Yucatán*, coordinado por Eliana Arancibia, 71-94. México: ENES Mérida-UNAM.
- Cabrero, Enrique (2010). “Dinámicas descentralizadas y participación ciudadana en México: un primer ejercicio exploratorio”. Ponencia presentada en el XV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana, 9 a 12 de mayo.
- Cejudo, Guillermo (2009). *La calidad del gobierno y la rendición de cuentas en los estados: una agenda de investigación*. México: CIDE-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [en línea]. Disponible en <<http://repositorio-digital.cide.edu/bitstream/handle/11651/1474/000001474.pdf?sequence=3&isAllowed=y>> (consulta: 25 de mayo de 2023).
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2020). *Panorama Social de América Latina 2020*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2021). *Estadísticas de pobreza en Yucatán* [en línea]. Disponible en <<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Yucatan/Paginas/principal.aspx>> (consulta: 25 de mayo de 2023).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020* [en línea]. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Yucatan_2020.pdf#search=Informe%5FYucatan%5F2020%2E%20pdf> (consulta: 25 de mayo de 2023).

Enríquez, Alberto y Carlos Sáenz (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de Covid-19 para los países del SICA*. México: CEPAL.

Giraldo, María Elena (2021). “Modelo analítico del Observatorio de Gobernanza y Coordinación Social ante el Covid-19 en Yucatán”. En *Gobernanza local en tiempos de Covid-19. Experiencias de coordinación social para la toma de decisiones en Yucatán*, coordinado por Eliana Arancibia, 71-94. México: ENES Mérida-UNAM.

Grupo de Apoyo Interinstitucional sobre Cuestiones Indígenas (2020), “Pueblos indígenas y la Covid-19: nota de orientación para el sistema de la ONU” [en línea]. Disponible en <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/IASG-Declaracion-IPs-and-Covid-19.SP_.23.04.2020_FINAL-ES.pdf> (consulta: 25 de mayo de 2023).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2015). Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados por entidad federativa [en línea]. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>> (consulta: 25 de mayo de 2023).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2018). “Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de tecnologías de la Información en los Hogares” Subsistema de Información Económica.

Kooiman, Jan (2003). “Gobernar en gobernanza”. En *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*, coordinado por Agustí Cerillo i Martínez, 57-81. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.

- Montes de Oca, Laura Beatriz (2021). “Gobernanza. Prontuario de la democracia” [en línea]. Disponible en <<https://prontuario-democracia sociales.unam.mx/gobernanza/>> (consulta: 3 de junio de 2023).
- Morales Fajardo, María Esther y Cecilia Cadena Inostroza (2020). “(Des)organizando la (des)gobernanza en tiempos de pandemia”. *Notas de coyuntura del CRIM* (6): 1-4.
- Muñoz-Torres, Abril, Edgar Bravo García y Carlos Magis Rodríguez (2020). “Letalidad por Covid-19 en la población indígena de México”. *Boletín sobre Covid-19. Salud pública y epidemiología* 1 (5): 9-11.
- Navarro, Carmen (2002). “Gobernanza en el Ámbito Local”. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, Portugal, 8-11 de octubre.
- Observatorio Regional de Gobernanza y Coordinación Social Ante el Covid-19 (ORGA) (2020). “Gobernanza y participación: atención a la salud del pueblo maya en tiempos de Covid-19”.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2020). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020.
- Pérez Castaño, Ana María (2020). “La pandemia de Covid-19: una oportunidad para repensar la gobernanza del riesgo de desastres para naciones más resilientes” [en línea]. Disponible en <<https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/la-pandemia-de-covid-19--una-oportunidad-para-repensar-la-govern.html>> (consulta: 3 de junio de 2023).
- Puga, Cristina (2020). *Algunas ideas sobre la gobernanza*. Documento de trabajo para el proyecto ORGA (Observatorio Regional de Gobernanza y Acción Social ante el Covid-19). México: ORGA.
- Puga, Cristina (2021) “Buena gobernanza y pandemia en Yucatán: un marco conceptual para el estudio de experiencias locales en Yucatán”. En *Gobernanza local en tiempos de Covid-19. Experiencias de coordinación social para la toma de decisiones en Yucatán*, coordinado por Eliana Arancibia, 25-48. México: ENES Mérida-UNAM.
- Ríos Sierra, Jerónimo (2020). “La inexistente respuesta regional a la Covid-19 en América Latina”. *Geopolítica(s). Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11

(Especial), 209-222.

- Rodríguez Ramírez, Sonia *et al.* (2021). “Inseguridad alimentaria y percepción de cambios en la alimentación en hogares mexicanos durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19.” *Salud pública de México* 63 (nov-dic): 763-772.
- Rodríguez, Yassir (2020a). *Nota de Investigación: Prácticas locales en tiempos de Covid-19: meliponicultura y atención a la salud del pueblo maya* [en línea]. Disponible en <http://orga.enesmerida.unam.mx/wp-content/uploads/2020/11/PM_-AI-NI-5.pdf> (consulta: 3 de junio de 2023).
- Rodríguez, Yassir (2020b). *Nota de investigación: propuesta de comunicación social e intercultural ante el Covid-19: una apuesta multidisciplinaria en la atención a la salud del pueblo maya* [en línea]. Disponible en <http://orga.enesmerida.unam.mx/wp-content/uploads/2020/12/PM_-AI-NI-7.pdf> (consulta: 3 de junio de 2023).
- Rodríguez, Yassir y Arantza Franco (2021) “Gobernanza y participación: atención a la salud del pueblo maya en tiempos de Covid-19”. En *Gobernanza local en tiempos de Covid-19. Experiencias de coordinación social para la toma de decisiones en Yucatán*, coordinado por Eliana Arancibia, 71-94. México: ENES Mérida-UNAM.
- Sanahuja, José Antonio (2020). “Covid-19: riesgo, pandemia y crisis de la Gobernanza global”. *Anuario CEIPAZ*.
- Secretaría de Salud (ss) (2020). *Covid-19 México: panorama en población que se reconoce como indígena*. México: Secretaría de Salud.
- Suárez Lastra, Manuel *et al.* (2020). “Índice de vulnerabilidad ante el Covid-19 en México”. *Investigaciones Geográficas*, 104: 1-22.
- Villafaña, P. (2021) “Mecanismos cooperativos en la escuela de agricultura ecológica U YITS KA'AN en Yucatán: aprendizajes para una agenda de ciencia, tecnología e innovación en soberanía alimentaria”. Tesis de licenciatura en Desarrollo y Gestión Interculturales. México, Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales-UNAM.
- Zurbriggen, C. (2011). “Gobernanza: una mirada desde América Latina”. *Perfiles Latinoamericanos*, 38: 39-64.

[Notas]

- [1] En el periodo 2014-2019, el PIB de América Latina y el Caribe había crecido en promedio tan solo un 0.3% por año; el porcentaje de pobreza extrema había aumentado del 7.8% al 11.3% de la población y la pobreza, del 27.8% al 30.5% (CEPAL, 2020).
- [2] La descripción detallada de este modelo y sus variables puede consultarse en: María Elena Giraldo, “Modelo analítico del Observatorio de Gobernanza y Coordinación Social ante el Covid-19”, *Gobernanza local en tiempos de Covid-19. Experiencias de coordinación social para la toma de decisiones en Yucatán*, 2021, 71-94.
- [3] Disponible en <<https://aguaparatos.org.mx/el-pueblo-maya-ante-el-covid-19-posicionamiento-publico/>>.
- [4] El apoyo se dio a través de la Convocatoria “Redes Horizontales del Conocimiento”, publicada en junio de 2020, con el fin de apoyar proyectos de investigación aplicada vinculados con acciones inmediatas para la contención y mitigación de la pandemia, con incidencia directa en la escala local (Conacyt, 2021).

Las políticas públicas durante la pandemia en el estado de Hidalgo: una visión desde el Sur

Víctor González González

[[Regresar al índice](#)]

INTRODUCCIÓN

La pandemia por la Covid-19 puso en evidencia la situación crítica que padecen los sistemas de salud en todo el mundo, ya que no cuentan con la estructura ni el personal suficiente para hacer frente al incremento acelerado de los contagios. Los gobiernos justifican esta falta de condiciones para enfrentar el problema de salud definiéndolo como una situación “excepcional” que los ha tomado por sorpresa. En los primeros años de este siglo han sido diversas las epidemias que se han presentado, sin embargo, en su momento no se consideró tomar las medidas necesarias para enfrentar una situación como la actual, las políticas neoliberales en las últimas décadas han dado poca importancia a la inversión en el sector salud.

Si bien es cierto que la pandemia por Covid-19 se ha extendido por todo el planeta, las medidas tomadas en cada país son diferentes, incluso en su interior se ejercen decisiones distintas o complementarias en las entidades federativas. En México se pusieron en práctica diversas políticas, tanto para reducir el impacto de la pandemia, como para reactivar las actividades económicas afectadas por las medidas precautorias. Algunas de éstas se han replicado en las entidades federativas agregando algunos elementos para ajustarlas en lo local. A pesar de las diferencias en las políticas aplicadas por las entidades federativas, éstas se aplican de forma generalizada en los municipios que los componen sin considerar las regiones existentes.

La pandemia afecta a las personas y a los lugares de maneras muy distintas (Bringel y Pleyers, 2020: 12). Incluso dentro de una entidad federativa, un municipio o una ciudad las viven de manera muy distinta la pandemia, y sufre o se

benefician de las políticas impulsadas por los gobiernos de los diferentes niveles para frenar el crecimiento de los contagios. El estado de Hidalgo al igual que todo el país presenta una diversidad de condiciones, donde coexisten diferentes formas de desarrollo, con grandes desigualdades entre regiones cercanas y poblaciones con marcadas diferencias en las circunstancias de vulnerabilidad ante la pandemia. Esta situación se hace visible en términos simples por los dos modelos de desarrollo que se implementaron a partir de 1970 así, por un lado, se pueden visualizar las ciudades de la entidad donde en las últimas décadas se ha dado un impulso industrializador que integra grandes grupos de población marginada dentro de las ciudades y, por otro, se encuentran las regiones rurales y semirurales donde prevalecen formas campesinas e indígenas de producción y organización conviviendo con el despojo, la migración, la pobreza y el caciquismo, todas integran lo que Santos (2019) define como el Sur.

Las políticas implantadas por el gobierno estatal no miran el Sur del estado, que es la población más vulnerable ante la pandemia y los efectos del confinamiento, al contrario, dan continuidad a políticas de invisibilidad, de negación de sus características particulares, de la violencia institucionalizada que han padecida durante décadas. No se pretende en este espacio realizar una evaluación de las políticas públicas, sólo se tiene la muy limitada finalidad de hacer énfasis que, si bien la pandemia generó una urgencia de tomar medidas para evitar el crecimiento de contagios, estas medidas no ampliaron su mirada, no pusieron sus ojos en aquellos grupos y regiones, solamente reprodujeron lo que históricamente ha sucedido en la región, en consecuencia, limitaron la sociabilidad, como llama Macamo, la inmunidad colectiva. El objetivo de este capítulo, lejos de realizar una evaluación de los impactos de las políticas tomadas por los estados sobre la población, es presentar algunas reflexiones sobre la forma en que se vivió la pandemia en Hidalgo.

DESDE DÓNDE: LA SOCIOLOGÍA DE LAS AUSENCIAS

El surgimiento de la pandemia por Covid-19 abre nuevos debates desde la ciencia social sobre la sociedad actual, tomando una perspectiva multidisciplinaria para captar sus diferentes aspectos: sociales, culturales, económicos, ecológicos incluyendo la cuestión de la salud. Desde las epistemologías del sur se busca

analizar los fenómenos haciendo hincapié en aquellos grupos que históricamente han sido marginados, violentados u olvidados. Si bien la pandemia afectó a todos, no todas las personas fueron afectadas igual.

La manera en que se trata el virus está estrechamente relacionada con los factores sociales (Bringel y Pleyers, 2020: 19). La pandemia por tanto se vive de manera diferente, incluso dentro de una ciudad, municipio o entidad federativa, inclusive incrementado esas diferencias. “La Covid-19 exacerba estas desigualdades entre países y entre marcadores centrales de estratificación, como los de clase, etnia, raza y género” (Bringel y Pleyers, 2020: 19). Si la pandemia se vive de forma diferente, deberíamos de preguntarnos si las políticas públicas implementadas para frenarla y corregir su impacto, deben considerar estas diferencias para evitar que aquellos grupos más vulnerables no sólo sufran las consecuencias de la Covid-19, sino también de las medidas implementadas por los gobiernos en sus diferentes niveles. De ahí la importancia de reflexionar sobre las políticas públicas llevadas a cabo, no para evaluarlas técnicamente, pero sí para situarnos desde una perspectiva crítica, del otro lado de la zona abisal como menciona Santos (2019).

La herencia de la humanidad es la experiencia diversa existente pero ignorada o rechazada, por el capitalismo y el colonialismo, en ello radica la necesidad de abordar la intervención del Estado en la pandemia desde las epistemologías del sur. “Las epistemologías del sur se refieren a la validación de conocimientos basados en experiencias de resistencia de todos los grupos sociales que han sido sistemáticamente víctimas de la injusticia, la opresión y la destrucción, causados por el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado” (Santos, 2019: 21).

Epistemológicamente es importante reconocer la existencia de estas experiencias y asignarles un peso categórico en la investigación social. Las epistemologías del sur “son la búsqueda del conocimiento y criterios de validez del conocimiento que otorguen visibilidad y credibilidad a las practicas cognitivas de las clases, de los pueblos y de los grupos sociales que han sido históricamente victimizados, explotados y oprimidos, por el colonialismo y el capitalismo globales” (Santos, 2019: 12).

Santos define el Sur como una metáfora del sufrimiento humano sistemáticamente causado por el colonialismo y el capitalismo (2009: 12). El Sur al ser una metáfora no se refiere a una condición geográfica por ello también existe en el Norte, como un tercer mundo en los países hegemónicos. El Sur se encuentra

tanto en México como en Estados Unidos, África o Europa. El capitalismo, el colonialismo y el patriarcado siguen reproduciendo este sufrimiento humano, siempre entrelazados. El colonialismo en lo social, cultural y político se sigue reproduciendo al igual que el capitalismo reafirmando a cada momento la situación de vulnerabilidad de diversos grupos sociales que se encuentran excluidos y marginados. Históricamente estos grupos mediante diferentes mecanismos han sido orillados a esta situación, pero la pandemia pone en evidencia aquello que parece invisible, las crecientes desigualdades.

Reflexionar la actuación estatal desde el Sur, no es realizar una evaluación técnica de las políticas públicas, es preguntarnos si las medidas implementadas para detener la pandemia no generaron una nueva crisis en esos grupos vulnerables. “El sur global contiene en sí mismo, no sólo el sufrimiento sistemático causado por el colonialismo y por el capitalismo, sino también por las prácticas locales de complicidad con ellos” (Santos, 2009: 12).

Este sufrimiento humano es ampliado e intensificado por prácticas locales de complicidad con el capitalismo y el colonialismo, generando procesos de opresión y explotación, generando amplios grupos y territorios de exclusión, sólo integrados a los procesos de acumulación de capital para despojarlos de sus territorios y recursos, desconociendo sus prácticas sociales, conocimientos y experiencias históricas. Estos grupos se visualizan en las favelas brasileñas, en los barrios de personas de color en Nueva York y en las comunidades indígenas campesinas y en los barrios de las grandes ciudades en México por mencionar algunos ejemplos.

Entre las prácticas locales de complicidad ejercidas e impulsadas desde el Estado y los diferentes niveles de gobierno se pueden identificar: el hecho de facilitar los procesos de acumulación de capital y reproducir el colonialismo, excluyendo poblaciones y sometiéndolas a su sistema jurídico, desconociendo las prácticas de participación política existentes en las comunidades. La regulación y la tensión social originada, por esta situación, se da institucionalmente por el Estado.

Desde esta perspectiva el Estado moderno define sus prioridades en las políticas implementadas, siempre favoreciendo al capital global a pesar de las luchas emancipadoras y libertarias impulsadas desde la ciudadanía civil para reformular el contrato social, el que da fundamento al Estado moderno tiene criterios de inclusión y de exclusión. Santos (2004) destaca tres criterios de exclusión: 1) la naturaleza; 2) la ciudadanía territorialmente fundada y 3) el

comercio público de intereses. Todo lo que se encuentra en estado de naturaleza queda excluido. Asimismo, sólo los ciudadanos forman parte del contrato social. Todos los demás ya sean mujeres, extranjeros, inmigrantes, minorías —y a veces mayorías— étnicas quedan excluidos, viven en estado de naturaleza por mucho que puedan cohabitar con ciudadanos. Sólo los intereses que pueda expresar la sociedad civil son objeto del contrato, los demás quedan excluidos (Santos, 2004: 2). Todo aquello que es parte de los criterios de exclusión, forma parte del Sur: sus conocimientos, las formas de organización política y la forma de participación. Todas ellas quedan fuera de las prioridades del Estado moderno. Las prácticas dominantes anulan las prácticas alternativas.

Reflexionar las políticas públicas desde la sociología de las ausencias parte del hecho de la existencia de cinco lógicas de la producción de la no existencia. Para Santos (2009) estas lógicas son: la monocultura del saber; del tiempo lineal; de la clasificación social; de la escala dominante; y de la producción. La lógica de la monocultura del saber consiste en la transformación de la ciencia moderna y la alta cultura como criterios únicos de verdad. La lógica del tiempo lineal plantea la existencia de un sólo tiempo, desconociendo las asimetrías, la no contemporaneidad de lo contemporáneo. La lógica de la clasificación social se asienta en la naturalización de las diferencias. En la cuarta, lógica de la escala dominante, lo local y particular queda negado ante la trascendencia de lo global. Por último, la lógica de la producción se fundamenta en la lógica de la productividad capitalista.

A partir de estas lógicas de dominación se niega cualquier alternativa. Lo que está fuera de esta lógica es lo ignorante, lo atrasado, lo inferior, lo local, lo improductivo. Entonces solamente así, la ciencia moderna, la producción capitalista, la razón de Estado, los tiempos globales son trascendentales.

Desde el Estado se ejerce un poder jurídico y se impulsan los proyectos de desarrollo capitalista, políticas económicas y transferencias de recursos hacia la población. Así se formulan y aplican políticas públicas, entendidas como acciones intencionales para incidir sobre la población. Las políticas públicas se realizan desde la lógica operativa del contrato social, desde el cual se definen los términos de inclusión y exclusión.

Hoy en día el Estado y los gobiernos se han asumido como poseedores del conocimiento único para tomar las medidas y las políticas adecuadas para

contener la expansión de la pandemia, sin reconocer las experiencias vividas, las solidaridades construidas por los grupos que cotidianamente enfrentan crisis de supervivencia derivadas de las crisis económica y de salud permanentes. En la pandemia por Covid-19, el Estado concentra el poder imponiendo sus regulaciones y políticas limitando la participación social, erigiéndose como poseedor del conocimiento único que junto con las empresas farmacéuticas globales son quienes pueden impedir la propagación indefinida del virus.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Cuando se habla de políticas públicas se hace referencia a las acciones que se realizan desde los gobiernos, con el fin de impactar en beneficio de la sociedad. Las políticas públicas definen la relación existente entre las necesidades sociales y la actuación desde el Estado mediante los gobiernos para resolver los problemas de interés público que benefician a la sociedad. Retomando a Aguilar (2012: 31) las políticas públicas es un proceso integrado por acciones intelectuales y de políticas para plantear acciones para resolver problemas crónicos o críticos. Las políticas públicas reflejan la relación entre gobierno y sociedad, por tanto, en teoría se contribuyen como una relación entre sociedad y gobierno, y para ello deben existir los mecanismos democráticos para garantizar esa relación. En estos procesos políticos, las acciones deben incorporar las necesidades de los grupos vulnerables, como lo es salud.

Las políticas públicas constituyen el engranaje más relevante para promover y encauzar las demandas y las transformaciones en la localidad. Las políticas públicas enmarcan los temas de la agenda del gobierno (definición del problema), establecen los instrumentos para alcanzar dichos temas (diseño), fijan los márgenes de maniobra de la ciudadanía en el tratamiento de todo el tema (implementación) y revelan los grados de consenso o disenso de los logros obtenidos (evaluación/seguimiento) (Arias Torres y Herrera, 2012: 43).

Las políticas públicas en los últimos años obedecen a una ideología económica, a una visión neoliberal, donde lo político aún no ha podido generar los instrumentos suficientes para que los grupos vulnerables ejerzan suficiente presión para que estén presentes en la visión estatal de soluciones a problemas. En esta cuestión es

donde pone énfasis la visión del Sur, en la forma en que las políticas públicas no se realizan generalmente considerando los grupos invisibilidades. Las políticas públicas reflejan de cierta manera el nivel democrático de un Estado, porque permiten visualizar si integran en sus agendas resolver necesidades de los grupos más vulnerables, invisibilidades. En ese sentido en los últimos años, en materia de salud, lejos de apostarse a dar una solución integral mediante políticas que aborden el problema crónico de acceso a la salud, las políticas han reducido presupuesto y con ello el margen de atención, incrementado las desigualdades. Por tanto, las políticas deben ser más cuidadosas porque pueden generar una segunda o tercera crisis vivida por la población “podemos hablar de desigualdades persistentes, que preexisten a la pandemia y desigualdades emergentes, que se configuraron al calor de la expansión del virus y las políticas adoptadas por los gobiernos para mitigarlo” (Mazola y Vommaro, 2022: 18).

Las políticas son de gran importancia para resolver los problemas y necesidades de los grupos que se encuentran al Sur, pero para ello deben escuchar su voz. El garantizar la salud de la población es una cuestión crónica, pues contar con los servicios de salud para atender las necesidades de la población es un asunto que debe estar en las agendas públicas de los gobiernos. La aplicación de políticas neoliberales en los últimos 40 años, adelgazando los gastos en salud ha originado una saturación de los servicios públicos de salud. En el caso de México, a partir de la década de 1980 las crisis económicas y el reducido crecimiento económico, sumado al crecimiento demográfico del país, han originado una reducción en el gasto per cápita en salud.

A principios del siglo XXI México redujo el porcentaje del PIB destinado al gasto público en salud, pasando del 2.8% en 2010, hasta ubicarse en 2.5% en 2020, lo cual propició consecuencias tanto en materia de bienestar demográfico como en lo que respecta a los principales indicadores sanitarios y de infraestructura (Lomelí, 2020: 197). La reducción del gasto per cápita impactó en todos los subsistemas de salud (IMSS, ISSSTE, Pemex, Seguro Popular, IMSS Bienestar) (Méndez, 2019).

Las políticas públicas deben ser resultado de la relación entre gobiernos y sociedad para el reconocimiento de necesidades, incluso visualizadas mediante movilizaciones, diálogo, persuasión o cuerdos (Aguilar, 2012: 31). Las políticas para resolver los problemas crónicos de la sociedad como es el caso de la salud, en

las últimas décadas están marcadas por la disminución de la participación estatal, aún en el siglo XXI las comunidades indígenas campesinas deben viajar cientos de kilómetros para recibir la atención que requieren porque no se han construido hospitales para garantizar la atención de la población. En la mayor parte del país los hospitales con especialidades se concentran en las ciudades.

Mientras que las políticas para atender cuestiones críticas se refieren a situaciones de urgencia que ameritan acciones inmediatas para resolver las necesidades de la población. Para ello es necesario el reconocimiento de la diversidad de la población, porque hay grupos más vulnerables, y en situaciones críticas esas desigualdades y vulnerabilidad se incrementan. Ante tales circunstancias los Estados quienes se convierten en los principales actores para resolver los problemas, pero sin escuchar las posiciones de las sociedades y mucho menos de los grupos vulnerables.

En estos casos, el Estado se convierte en un actor participativo reduciendo de forma deliberada la participación social. Así, las medidas que se están aplicando en el mundo implican una intervención decidida del Estado, lo cual incluye desde gobiernos con Estados fuertes —Alemania y Francia— hasta gobiernos con una marcada vocación liberal, como Estados Unidos (Svampa, 2020, 2021). Ante esta condición es importante resaltar que durante la pandemia se incrementó la intervención estatal, en materia económica, incluso grupos con ideologías neoliberales mostraron interés por presionar al Estado para dejar momentáneamente su vocación neoliberal y mostrar abiertamente su participación económica. En situaciones de crisis las políticas de mayor intervención del Estado, incluso yendo contra sus postulados teóricos neoliberales utilizados en las últimas décadas, reducen la participación social y nulifican la experiencia social formada en la cotidiana lucha contra la crisis permanente, como dice Macamo (2020) de vivir en la normalidad del riesgo.

LA NORMALIDAD DE LA EXCEPCIÓN

En la actualidad cuando se habla de la crisis desatada por la pandemia de Covid-19, es presentada como una situación de excepción, una situación única que situó a la sociedad fuera de la normalidad. Esta anormalidad desde la perspectiva

gubernamental se presenta desde tres aspectos: en primer lugar, la pandemia se interpreta como una condición única, inédita; en segundo lugar, se explica la crisis económica actual y sus repercusiones como origen de la situación excepcional causada por las medidas que obligatoriamente se han ejecutado para contener la pandemia; y en tercer lugar, se asegura que las políticas implementadas son la única y dolorosa opción posible que todos se deben acatar.

Respecto al primer aspecto Arizmendi (2020), Harvey *et al.* (2020) y Brigel (2020) resaltan el hecho de que antes de la actual epidemia, durante el siglo XXI, ya se habían anunciado otras, lo que abría la posibilidad de una epidemia mayor en peligrosidad y alcances. Brigel (2020:175) resalta el hecho de que la sociedad occidental tiene en su memoria colectiva más huellas de la crisis financiera de 2008, que de las pandemias recientes. Para Arizmendi (2020: 8) el Covid-19 es la quinta epidemia del siglo XXI considerando el SARS en 2002, la gripe aviar en 2005, la gripe porcina en 2009 —la crisis de la influenza que comenzó en México, en las Granjas Carroll en Veracruz—, y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-Cov) en 2012. Aunque éstas no tuvieron los alcances de la pandemia actual, se presentaban como un anuncio de lo que podía suceder, por lo tanto, la pandemia actual no es una situación única y excepcional, ya que forma parte de una serie de sucesos que se han repetido una y otra vez, incrementado sus alcances.

En cuanto al hecho de que la crisis económica excepcional (segundo aspecto) pone en jaque las economías y sus sistemas de salud en el mundo entero, tampoco es sostenible. Algunas personas en regiones como África viven en una crisis permanente y no de normalidad (Macamo, 2020). Por otro lado, Santos (2020) muestra que esta situación, se asienta sobre una situación de excepción vivida desde la década de 1980. De acuerdo con Santos, las políticas neoliberales implementadas desde esos años han creado una situación de crisis, la cual se ha perpetuado hasta la actualidad, y a ésta se suma la crisis generada por la pandemia. El Covid-19 deja ver la otra crisis, la acelera, por eso todo lo sólido se desvanece en el aire. Como menciona Ríos (2020: 387), la dinámica estructural del capitalismo, colonialismo y el patriarcado profundizan el sufrimiento humano, el hambre, la discriminación racial, sexual y la sobreexplotación de los trabajadores.

Entonces hoy tenemos una crisis sobre otra crisis que se ha normalizado y es en este contexto donde los Estados crean políticas para atenuar la pandemia. Hoy se discute sobre si la pandemia tomó por sorpresa a los gobiernos, obligándolos a

tomar medidas extraordinarias para resolver la crisis económica y de salud, por ejemplo, políticas de respuesta inmediata; sin embargo, durante décadas, el gasto público para atender las necesidades de salud de la población en términos generales se ha reducido y las condiciones de trabajo y derechos laborales se han deteriorado en aras de la acumulación de capital.

La crisis provocada por la Covid-19 está mostrando también las décadas de abandono de los sistemas públicos de salud, la privatización de los mismos, la precarización del trabajo y la erosión de los derechos laborales (Sagot, 2020: 110). El desmantelamiento de la salud pública, la privatización y la externalización de los servicios están entre los principales responsables de la gran mortalidad. Retomando a Harvey (2005) la acumulación por desposesión ha devaluado los bienes públicos, la mano de obra, la naturaleza misma para incrementar la tasa de ganancia. Estos procesos de desvalorización tienen como finalidad incrementar la tasa de ganancia, pero es una acumulación salvaje, violenta a sangre y fuego. La situación crítica de millones de personas no es casual, la crisis la enfrentan día a día, para sobrevivir, por ello la acumulación actual es comparable con la acumulación originaria de capital. La pandemia hace evidente los procesos de acumulación por desposesión y sus efectos en la salud y la vida de las personas.

En el tercer aspecto, se proponen políticas homogéneas generalizadas como si toda la población viviera las mismas condiciones de las poblaciones de clase media alta. Se impone el confinamiento, el Quédate en casa, pero en realidad ¿Es posible quedarse en casa a todos? “El mandato del confinamiento también pone de manifiesto una política homogenizante que no toma en cuenta las desigualdades, ni las diferentes formas de vulnerabilidad. Es una política de vigilancia y microgerenciamiento de los cuerpos, asumiendo la existencia de una población con las mismas opciones, posibilidades de vida y acceso a recursos” (Sagot, 2020: 110).

Se asume que todos tienen casa, un lugar para descansar y ponerse a salvo, pero no todos la tienen y mucho menos segura. Santos (2020) se pregunta qué sucede con aquellos que viven en el confinamiento al Sur, cómo son las poblaciones indígenas campesinas, los barrios populares de las ciudades, las personas sin casa, los trabajadores informales y las mujeres, sólo por mencionar a los grupos de la población en condiciones de vulnerabilidad. Las medidas tomadas por el Estado se realizan e implementan, aunque en el caso de México el gobierno federal asume un

discurso de aceptarlas de manera voluntaria, en Hidalgo algunas generan incluso multas. Por tanto, la política propone el sufrimiento humano, sin considerar el Sur, al cual se le impone uno nuevo.

Esta situación definida por los gobiernos como excepcional, en realidad deja al descubierto la crisis social y económica generada por la política neoliberal en las últimas cuatro décadas, la cual se presentaba como normal en los contextos locales, donde la pobreza, la migración y el despojo son vividos cotidianamente.

El estado de Hidalgo se inserta en la pandemia en este contexto. Mientras en sus discursos los políticos estatales se esmeran en demostrar que la región se encuentra en un camino al desarrollo, solamente truncado por el estallamiento de la pandemia, por décadas la entidad ha sido un estado caracterizado por la pobreza, acentuada en regiones como el Valle del Mezquital, la Región Otomí-Tepesua y la Huasteca, acrecentada por el caciquismo y el despojo, dejando como única alternativa la creciente migración internacional.

Las políticas neoliberales han acrecentado la crisis económica, lo cual se refleja en los miles de migrantes que desde 1980 se han visto obligados a salir hacia Estados Unidos, llegando a tener el segundo municipio (Pacula) a nivel nacional con mayor índice de intensidad migratoria.

Retomando a Santos (2020) la crisis de la pandemia coincide con la crisis permanente reproducida por las políticas neoliberales. La crisis de la pandemia, se sobrepone a otra con apariencia de normalidad, así procesos existentes: la pobreza, la escasez de servicios médicos, la precariedad del trabajo, la violencia doméstica contra las mujeres y la inhumana condición de los migrantes, cobran mayor visibilidad con la pandemia,

UN ACERCAMIENTO AL ESTADO DE HIDALGO

El estado de Hidalgo forma parte de la zona centro del país, colinda con los estados de Veracruz, Querétaro, Puebla, Tlaxcala y con el Estado de México. Cuenta con una geografía muy variada, su territorio está constituido por cadenas montañosas, lomeríos y llanuras, aunque también hay algunos valles, mesetas y cañones. Se pueden identificar 10 regiones naturales en su territorio: La Huasteca, Cuenca de México, Valle de Tulancingo, La Sierra Alta, La Sierra Baja, la sierra Gorda, Comarca Minera, Altiplanicie Pulquera, La Sierra de Tenango y Valle del

Mezquital. En cada una de las regiones se pueden identificar los estragos del capitalismo y del colonialismo, pero en la Huasteca, el Valle del Mezquital y en la Sierra de Tenango son más evidentes entre la población indígena campesina, aunque también se visibilizan en los barrios de reciente creación en las ciudades.

Actualmente Hidalgo cuenta con 3'082,841 habitantes, los municipios más poblados son Pachuca de Soto, Tulancingo de Bravo, Mineral de la Reforma, Tizayuca, Tula de Allende, Huejutla de Reyes, los cuales superan las 100,000 personas (Inegi, 2021a). Estos municipios cuentan con un mayor porcentaje de población y también concentran la mayor cantidad de servicios de salud y educativos.

Las características sociales y económicas del estado de Hidalgo lo convirtieron en una entidad con alta vulnerabilidad ante la pandemia de Covid-19, dado que cuenta con un índice de pobreza de del 50.8%, el 8.1% de la población vive en pobreza extrema, y presenta altos rezagos en materia educativa y de salud. El sistema de salud se compone de 16 hospitales regionales para hospitalización, 7 hospitales del IMSS, 16 clínicas del IMSS, 3 hospitales, 11 clínicas del ISSSTE y un hospital y una clínica de servicio médico de Pemex. Es importante mencionar en este punto que al iniciar la pandemia dos hospitales regionales en Zimapán y Huichapan, creados desde 10 años atrás no habían sido terminados de construir, dejando claro que la salud no es una prioridad en las políticas públicas.

En 2018 de acuerdo con el Anuario Estadístico y Geográfico de las entidades federativas 2020, Hidalgo contaba con 1,367 camas censables en instituciones públicas y 796 en instituciones particulares. Para atender los problemas de salud más graves, contaba en 2020 con 45 camas censables en el sector público por cada 100,000 habitantes, rubro muy inferior a las 71 camas con que se cuenta a nivel nacional. Incluso inferior a otros estados como Oaxaca (57.4), Guerrero (57.2), Veracruz (59.3) y Michoacán de Ocampo (55.7), entidades en que se incrementó la cantidad de camas por cada 100,000 habitantes, hecho que no ha sucedido en Hidalgo. En sí, en los últimos años ha habido una disminución, dado que en el año 2000 Hidalgo contaba con 55.6 camas por cada 100,000 habitantes. Esta disminución sólo es comparable con la ocurrida en entidades como Chiapas y Querétaro. Dicha tendencia se puede observar en casi en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desde 2009 (OCDE, 2021). Dato importante porque en una situación de pandemia deja

ver las posibilidades de atención que puede recibir una persona en una situación grave.

En cuanto al acceso de los habitantes a los servicios de salud, el 69% de la población se encuentra afiliada a algún sistema de salud, aunque la mayoría sólo tiene acceso y forma parte del sistema de Salud para el Bienestar con un 50%. Mientras que la afiliada al IMSS es de 744,201 lo que representa el 34.6% de la población y 221,985 afiliados al ISSSTE (10.33%), y 34,160 personas afiliadas a Pemex, Defensa o Marina lo que representa 1.59 por ciento.

En lo económico, los principales sectores son el turismo, el metal mecánico, transportes y el agroindustrial. El Producto Interno Bruto de Hidalgo per cápita se encuentra por encima de los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tlaxcala y Michoacán. En lo laboral Hidalgo tiene una tasa de informalidad laboral del 74.1 una de las más altas del país. Mientras que el ingreso per cápita laboral en 2020 fue de 1,304 pesos (Inegi, 2020).

Las condiciones económicas y las carencias de servicios de salud en la entidad durante la pandemia lo colocaron en una situación de vulnerabilidad; considerando la pobreza y los servicios de salud ¿Cómo ha llegado Hidalgo a este punto en el siglo XXI?

DOS MODELOS DE DESARROLLO EN HIDALGO

Hidalgo se encuentra en el centro del país, sin embargo, a pesar de su cercanía con entidades industrializadas como la Ciudad de México y Querétaro, muestra claras diferencias económicas. Incluso algunos municipios como Tizayuca y Pachuca prácticamente forman parte de la zona metropolitana de la Ciudad de México, es precisamente por su cercanía que Hidalgo se ha convertido en su abastecedor de productos primarios y de mano de obra barata al contar con amplias regiones rurales e indígenas. Antes de la década de 1970 el estado se caracterizó por ser una entidad rural con amplias regiones hundidas en extrema pobreza que tenía como opción de empleo, la migración a la Ciudad de México. En las últimas cuatro décadas se trató de dar impulso a la industrialización del estado mediante una integración salvaje, a través de la extracción desmedida de recursos naturales, en consecuencia: la contaminación, la transformación de formas de producción

tradicionales, además de arrojar miles de personas a la migración internacional. Estos procesos coincidieron con la implementación de políticas neoliberales en México, creando una reconfiguración productiva en Hidalgo que profundiza las diferencias regionales económicas.

En la entidad coexisten dos modelos de desarrollo capitalistas, por un lado, se tienen regiones urbanas y semiurbanas donde se promueven la creación de corredores industriales y por el otro, regiones rurales con población campesina e indígena donde se reproduce una crisis permanente del sector primario que impulsa la migración, el despojo y el uso de los recursos naturales para el turismo como fuente de ingresos, aunque la agricultura se mantenga como una actividad principal, como es el caso del Valle del Mezquital, la Sierra Otomí Tepehua y La Huasteca.

En las últimas décadas se ha dado un impulso modernista a Hidalgo, con características muy particulares, dada su cercanía con la Ciudad de México; por un lado, impulsando la inversión industrial y por otro, convirtiéndolo en un atractivo turístico. En este sentido el estado de Hidalgo se ha insertado en la dinámica del modelo económico nacional, reproduciendo en el espacio del gobierno local, las políticas implementadas a nivel nacional. Ello implica, reducir el gasto social, pero al mismo tiempo fomentar y favorecer la inversión privada. “El crecimiento de la Ciudad de México, y su cercanía con el estado de Hidalgo han propiciado una ampliación de la zona urbana alcanzando algunos municipios del estado de Hidalgo, incrementado actividades económicas como el turismo, el comercio y el crecimiento en general de actividades del sector terciario” (Vargas, 2005: 68).

En el año 2016 el sector terciario representó el 63% del PIB estatal (Inegi, 2021b). Por su cercanía con la Ciudad de México, el estado de Hidalgo se ha convertido en una región con interés de los capitales para realizar inversiones. En 1980 la inversión extranjera directa fue de 0.1 millones de dólares, en 2000 de 6.7 y en 2016 de 437 millones de dólares representado el 1.2% de total nacional. En los últimos años ha crecido la infraestructura industrial en la entidad. Actualmente, de acuerdo con la página de gobierno del estado de Hidalgo <<http://cofoin.hidalgo.gob.mx/infraestructura/parquesindustriales.html>> existen 11 parques industriales y 2 en desarrollo, los cuales se encuentran en regiones cercanas a la Zona Metropolitana.

Empero, la industria de Hidalgo fue acotada y orientada en un pequeño espacio económico, reagrupando dos áreas al interior de la entidad. La primera está localizada al suroeste del estado y se caracteriza por peculiares estructuras de mercado: oligopolio cementero privado localizado en Tula —en menor medida en Huichapan y Atotonilco de Tula— y monopolio petrolero situado en Atitalaquia (Roldán, 2015: 163).

La otra región se encuentra en el Municipio de Tulancingo y Tepeapulco. Salvo éstas, el resto de los municipios del estado se encuentran con poco desarrollo industrial, pues incorporan como mano de obra semicalificada a nuevas generaciones de jóvenes con preparación profesional, hijos de campesinos que ante la crisis del sector agrícola han cambiado de actividad, igual que los trabajadores de los estados colindantes como el Estado de México, transformado con ello las identidades colectivas. Los corredores industriales han creado regiones semiurbanas donde las transformaciones en las identidades campesinas se mezclan con los grupos inmigrantes.

El proyecto de modernización industrial en Hidalgo ha sido desigual, sin embargo, la incorporación periférica de los municipios cercanos a las regiones industriales juega el papel de dotar de recursos naturales, mano de obra barata, de dormitorio y reserva ante un posible crecimiento industrial.

En contrasentido al modelo de desarrollo basado en la industrialización desordenada y contaminante, hay un modelo completamente diferente impulsado por las políticas neoliberales en las regiones campesinas e indígenas de Hidalgo donde además, como menciona Vargas (2011: 95) “históricamente se concentran las condiciones de pobreza, marginación y emigración, con componente de población indígena y donde los impactos de la globalización han sido diferenciadamente desestructurantes: la Huasteca Hidalguense, el Valle del Mezquital y la región Otomí-Tepehua”. A estas regiones también se puede agregar algunos municipios de la Sierra Gorda como Nicolás Flores.

La acumulación por desposesión en Hidalgo al igual que en todo el país ha sido impulsada en dos etapas. La primera de ellas por desvalorización de los territorios, mano de obra y recursos existentes y la segunda, es preparada por la reforma al Artículo 27 Constitucional en 1992 con el fin de modificar los regímenes de propiedad y con ello modificar las formas de relación comunitaria ahí existentes.

En el Valle del Mezquital, la Sierra Gorda, la región Otomí Tepehua y La Huasteca, desde la década de 1980, la acumulación por desposesión ha generado una crisis permanente del sector primario, la cual se puede observar en la participación del sector en el PIB estatal. En 1980 el sector primario representaba el 6.58 del PIB estatal y para el 2015 sólo aporta el 4.16%. En estos casi cuarenta años las políticas neoliberales en el sector agrario se han presentado en dos etapas; en la primera, en la década de 1980 y hasta 1990 las políticas fueron dirigidas a la reducción de apoyos al campo, pero a partir de 1994 se implementó una estrategia basada en 5 ejes:

1. Desestimular la producción alimentaria básica nacional y sustituirla por la importada, para aprovechar los bajos precios internacionales de granos básicos en el mercado internacional;
2. Concentrar la producción de maíz blanco en una élite de grandes productores, altamente subsidiados, para abastecer la demanda nacional;
3. Orientar una política asistencialista hacia los pequeños productores, en detrimento del apoyo productivo;
4. Impulsar las actividades no tradicionales de exportación para “ganar” los mercados de temporada de Estados Unidos, y
5. Sustentar en la migración rural, que este modelo generaba, la captación de divisas para equilibrar las finanzas públicas (Rubio y Moguel, 2018: 67).

En las regiones campesinas del estado de Hidalgo se utilizaron las estrategias 1, 3 y 5 y fueron las de mayor impacto. La reducción de apoyo Estatal productivo a la agricultura se sumó a la desestimación de actividades económicas complementarias, como la producción artesanal en el Valle del Mezquital. En lugar de impulsar la producción agrícola y artesanal como parte de las actividades económicas históricas regionales, el Estado prefirió impulsar otras actividades como el turismo, transformando las poblaciones de campesinos indígenas a promotores del turismo (Quezada, 2018). Estas estrategias son utilizadas para la devaluación productiva campesina. El resultado ha sido, efectivamente, la reducción del valor de la producción agrícola, pero no así de la agricultura la cual continúa como forma de resistencia ante el impulso neoliberal y ante el colonialismo que desvirtúa su validez cultural como poseedora de la memoria colectiva de las comunidades.

Un efecto de la acumulación por desposesión es la creciente migración internacional que inserta a la población campesina en los procesos de producción

internacionales. Aunque el incremento en la migración se ha regionalizado, a partir de 1980 Hidalgo se convirtió en un estado emergente, pero en 2010 tuvo un índice alto de movimiento migratorio, ocupando el quinto lugar nacional, pues regiones como la Sierra Gorda, el Valle del Mezquital y la Región Otomí Tepehua poseen municipios con muy alto índice de intensidad migratoria (Conapo, 2010).

Las remesas se han convertido en una fuente de ingresos en los municipios con altos índices de intensidad migratoria, sin que ello implique reducir la pobreza. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) para el año 2016, la pobreza en el estado de Hidalgo fue de 50.6% de la población, mientras 8% de la población se mantiene en pobreza extrema, siendo mayor en las regiones campesinas e indígenas, donde ésta contrasta con los recursos naturales existentes poniéndolos a disposición del capital para el despojo, con la implementación de megaproyectos en estas regiones.

El capitalismo colonial reproduce en las regiones y comunidades indígenas los procesos de dominio, explotación y exclusión. Sin embargo, en este siglo XXI, la acumulación por desposesión ha significado que incrementen las presiones para implementar el despojo de territorios y recursos, el crecimiento exponencial de la migración internacional y la reproducción sistemática de la pobreza y la violencia. En contrasentido, todos estos elementos y estrategias han chocado con la resistencia de las comunidades, tanto en zonas rurales como urbanas, donde la aplicación de conocimientos fundados en la experiencia cotidiana de la organización social comunitaria están retenidos en la memoria colectiva. Entendiendo ésta, como la construcción de proceso de transformación de lo conocido y la adquisición de lo nuevo en la experiencia. Ceceña menciona que en los procesos de descubrimiento de sus potencialidades “los pueblos van buscando los intersticios por donde trascender las ataduras, y en esa búsqueda aprenden del otro para poder enfrentarlo, al tiempo que descubren sus contradicciones y tensiones internas” (Ceceña, 2008: 25).

Todos estos conocimientos, forjados en la experiencia cotidiana, practicados en la organización comunitaria y reproductores de solidaridad han sido negados como válidos por el Estado y por tanto, no utilizados en la formulación de políticas públicas contra el Covid-19, generando planteamientos ajenos a la realidad vivida por todos los grupos ignorados. Retomado a Macamo (2020), sin crear una visión romántica de estos grupos, han enfrentado crisis permanentes mediante las redes

de seguridad social. Las comunidades campesinas indígenas en el día a día, mediante la organización comunitaria y las redes de apoyo han resuelto de forma pragmática los problemas de sobrevivencia. Macamo afirma, si la pandemia cobra proporciones de horror, la mejor apuesta es la afamada inmunidad colectiva. Lo mismo aplica para las comunidades con mayor vulnerabilidad en Hidalgo.

ACCIONES REALIZADAS POR GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO ANTE LA COVID-19

Tal como se analizó en los párrafos anteriores, al iniciar la pandemia, Hidalgo se encontraba como una entidad que reproduce las desigualdades existentes en todo el país, por un lado, se encuentran las ciudades donde se impulsa un proceso de desarrollo capitalista con una industrialización desordenada y por otro, la integración de las regiones rurales como proveedoras de mano de obra barata y de recursos naturales. Es en este contexto cuando emerge la pandemia por Covid-19, con un sector salud insuficiente para atender las necesidades de la población ante los crecientes contagios, a partir del 19 de marzo del 2020 en Hidalgo al igual que a nivel federal, el objetivo principal de las acciones realizadas se dirigió a evitar la saturación de hospitales, dada la baja capacidad de atención hospitalaria con que se cuenta y que en los últimos 20 años ha sido mermada como se observó en el número de camas por cada 100,000 habitantes.

Los gobiernos formularon y aplicaron políticas con el fin controlar el acceso hospitalario de la población contagiada. En Hidalgo a partir de inicio de la pandemia se impulsaron políticas públicas para hacer frente a la pandemia, políticas de emergencia, el Estado tomó un nuevo protagonismo, incluso, dejando de lado su visión neoliberal. Algunas coinciden con las implementadas con el gobierno federal, entre las que destacan: la suspensión de actividades no esenciales; el Programa Quédate en casa; otorgamiento de tres millones de pesos en créditos de 25,000 pesos a personas y empresas familiares; inversión pública en magnas obras de infraestructura y programas sociales; firma de convenio de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales para poner a disposición del Gobierno 50% de sus camas para enfermos No-Covid-19 (Vilaboa, Platas y Zetina, 2021: 245).

En Hidalgo sumado a estas políticas se impulsaron otras para evitar la expansión de la pandemia. Las políticas implementadas fueron de tres tipos, por un lado, se tienen las que buscaban reducir la movilidad de la población, atender a la población enferma y por otro, aquellas que buscaban disminuir el impacto negativo del confinamiento.

Para reducir la movilidad de la población, además del confinamiento se promovieron medidas para la reducción de afluencia de personas en restaurantes, bares, cines, centros deportivos, teatros, centros vacacionales, entre otros. Instalación de cámaras térmicas en los puntos de mayor afluencia de personas, como la central de autobuses de Pachuca y el Tuzobús, para identificar casos sospechosos y aplicar los protocolos médicos.

Siguiendo la política nacional, se implementó el servicio de educación a distancia bajo el plan denominado Mi escuela en Casa, el cual funcionaría en todos los niveles educativos. Comunicación con ministros de culto para que sus asociaciones religiosas suspendieran o reprogramaran sus reuniones y celebraciones. Aplicación de medidas para que las unidades viajaran con un 50% de su cupo y el Hoy No Circula sanitario permitiendo circular a los automóviles sólo dos días a la semana, aplicando corralón y multa a quien infringiera la medida. Obligando con ello a utilizar el transporte público a una mayor cantidad de personas.

Las políticas de salud aplicadas consistieron en colocar lavamanos en los municipios, se brindó atención médica por teléfono y se habilitaron hospitales, como el hospital inflable con capacidad 50 camas (Patiño y Cruz, 2020: 85). Asimismo, se habilitaron hospitales que por años habían sido abandonados como es el caso de Meztitlán y Zimapán.

Las políticas económicas fueron las siguientes: prórroga por tres meses en los cortes y cobros por reconexión del servicio de agua potable para procurar medidas de cuidado e higiene. Prórroga de tres meses en el cobro de los financiamientos que los hidalguenses tuvieron con el gobierno del estado, como los programas: Pon Tu Negocio, Crece Mujer Emprendedora y en los Créditos Educativos de Financiamiento para Movilidad Internacional. En coordinación con el Gobierno Federal y Profeco, se buscó evitar abusos como el alza de los precios, principalmente, de los productos de primera necesidad. En coordinación con Segalmex, se establece el programa Hidalgo te Nutre, que consiste en brindar

dotación alimentaria a mujeres embarazadas, niños, personas con discapacidad y adultos mayores que habitan en regiones de alta marginación.

De acuerdo con el gobierno de Hidalgo la política pública más importante implementada por el Estado para reducir el impacto económico consta de cuatro ejes. El primer eje, apoyo a la economía de las familias, el cual se integró por más de 2,400 millones de pesos, destinados a educación, alimentación, salud y seguridad de la población.

En el segundo eje, se buscó atraer más de 10 mil millones de pesos en nuevas inversiones privadas, para lo cual, el gobierno estatal ofrecería energía renovable gratis durante seis meses a las industrias que se instalaran en Hidalgo. En el tercer eje, se contempló la inversión pública, al invertir 16 mil millones de pesos en proyectos para incrementar la competitividad estatal. Se construiría obra pública por 8,320 millones de pesos para fomentar el desarrollo entre las diferentes regiones.

El cuarto y más fuerte, Hidalgo se enfocó en fortalecer a las empresas hidalguenses mediante la inyección de 900 millones de pesos para apoyar a las pequeñas y medianas empresas. Sumando a este programa se implementaron algunas medidas fiscales, entre las cuales se pueden mencionar: otorgar una línea contingente de crédito para préstamos a micro, pequeños y medianos comercios que comenzarían a pagarse después de tres meses y serían a tasa cero; para el periodo marzo-abril se exime en un 50% el pago del Impuesto Sobre Nómina, a las micro, pequeñas y medianas empresas; y 5% a todos los restantes, buscando se mantuviera el empleo existente; exención del 100%, en el Impuesto por la Prestación de Servicios de Hospedaje, en el periodo marzo-abril; y suspensión de las acciones programadas de fiscalización en contribuciones estatales para empresas de la entidad, así como posponer las inspecciones en diferentes áreas, salvo en caso de denuncia previa.

Sumando a lo anterior, se instalaron filtros sanitarios en escuelas y lugares de trabajo para revisar que las personas no presentaran síntomas, ni fiebre, y acciones como evitar el saludo de beso y abrazo, la suspensión de eventos masivos con asistencia de más de mil personas, en espacios cerrados y abiertos en: teatros, cines, parques, conciertos, estadios, plazas y parques.

LA EXPERIENCIA VIVIDA DE LA PANDEMIA EN HIDALGO

En Hidalgo hay sectores de la población que viven una crisis permanente construida históricamente por la manera en que se han cimentado las relaciones de poder locales y por el capitalismo global. La pandemia generó una crisis que pone en riesgo su salud, sobre todo por el grado de vulnerabilidad que se tiene, así las políticas implementadas suman una crisis nueva, incrementado su sufrimiento y su vulnerabilidad.

En Hidalgo se encuentran una gran cantidad de municipios con un índice crítico de vulnerabilidad al Covid-19. Un grupo de diversos investigadores multidisciplinarios consideraron factores demográficos, de salud y socioeconómicos para elaborar un índice de vulnerabilidad ante el Covid-19 clasificándolo en cuatro diferentes grados: medio, alto, muy alto y crítico (Suárez, Valdez, Galindo *et al.*, 2021).

De acuerdo con estos datos, los municipios que se encuentran con un índice crítico se sitúan en zonas rurales indígenas con alta marginación y corresponde al Valle del Mezquital, Región Otomí Tepehua y La Huasteca, entre sus municipios se pueden mencionar Tasquillo, Chilcuautla, Nicolás Flores, San Salvador, Huehuetla, Acaxochitlan, Jaltocan, Yahualica, Huazalingo, Xochiatipa y San Felipe Orizatlan, pero también hay una gran cantidad de municipios con vulnerabilidad muy alta (disponible en <<https://www.gits.igg.unam.mx/iCovid-19/home>>).

Como se puede observar en la tabla 1, en el Valle del Mezquital hay cinco municipios con índice de vulnerabilidad Crítico y cuatro con índice de vulnerabilidad Muy alto. En el Valle del Mezquital, el hospital regional de Taxadho ubicado en Ixmiquilpan es el único hospital para atender a la población de toda la región. En la Huasteca hay seis municipios con índice de vulnerabilidad Crítico y cuatro con Índice Muy alto. En la Región Otomí Tepehua se pueden identificar dos municipios con índice Crítico de vulnerabilidad y dos con índice Muy alto.

Estas regiones históricamente han compartido, la pobreza, la marginación el colonialismo. Poblaciones que históricamente han sido violentadas por el caciquismo y que han sufrido despojos y violencia del Estado. En estas regiones los movimientos sociales campesinos han sido aplastados por fuerza, generando una crisis permanente, lo que se suma a la discriminación en que viven. Por tanto, la pandemia es una crisis sobre otras crisis, como menciona Santos o, es la

normalidad del Riesgo la situación que enfrentan los grupos vulnerables como la define Macamo.

Tabla 1
Índice de Vulnerabilidad por Municipio

Municipio	Índice de vulnerabilidad	Región
Cardonal	Muy alto	Valle del Mezquital
Tasquillo	Crítico	Valle del Mezquital
Alfajayucan	Crítico	Valle del Mezquital
San Salvador	Crítico	Valle del Mezquital
Chilcuautla	Crítico	Valle del Mezquital
Zimapán	Muy alto	Valle del Mezquital
Santiago de Anaya	Muy alto	Valle del Mezquital
Nicolás Flores	Crítico	Valle del Mezquital
Tecozautla	Muy alto	Valle del Mezquital
San Felipe Orizatlan	Crítico	Huasteca
Atlapexco	Muy alto	Huasteca
Jaltocán	Muy alto	Huasteca
Huazalingo	Crítico	Huasteca
Yahualica	Crítico	Huasteca
Xochiatipan	Crítico	Huasteca
Calnali	Crítico	Huasteca
Huautla	Crítico	Huasteca
Huejutla de Reyes	Muy alto	Huasteca
Tlanchinol	Muy alto	Huasteca
Huehuetla	Crítico	Región Otomí Tepehua
San Bartolo Tutotepec	Muy alto	Región Otomí Tepehua
Acaxochitlán	Crítico	Región Otomí Tepehua
Tenango de Doria	Muy alto	Región Otomí Tepehua

Fuente: Elaboración propia con datos del Índice de Vulnerabilidad Municipal
<<https://www.gits.igg.unam.mx/iCovid-19/home>>.

El documento sobre los índices de vulnerabilidad concluye que se deben aplicar políticas para la protección económica de los municipios que se encuentran en estas condiciones, y planes específicos dadas las condiciones de comunicación y el poco acceso a la salud de estos municipios (Suárez, Valdez, Galindo *et al.*, 2021: 20). Sin embargo, las políticas implementadas no establecen medidas para evitar el impacto económico y social de las acciones para evitar la propagación del Covid-19.

Las medidas implementadas por el por el estado en Hidalgo, lejos de evitar el crecimiento de los contagios e impedir el incremento de las condiciones de pobreza de la población, impidieron se reprodujeran con facilidad las redes de apoyo, pues las políticas para contener el Covid-19 se caracterizaron por el crecimiento de papel del Estado y la reducción de las libertades.

La aplicación del Hoy no circula Sanitario en la entidad dio como resultado el crecimiento exponencial de los retenes en las entradas y salidas de los municipios; la restricción de tránsito vehicular cuyo objetivo era restringir la movilidad se convirtió en uno de los elementos más característicos del paisaje en Hidalgo. En seis meses, de mayo a octubre de 2020 se aplicaron más de cuatro mil infracciones, lo que significó más de dos millones de pesos. Entre la población más afectada por estas medidas fueron los pequeños comerciantes, así como la saturación de los servicios públicos de transporte. Sumado a la creciente restricción de libertades y movilidad se restringieron, por supuesto, las manifestaciones. Así las movilizaciones históricas fueron retenidas durante el 2020, pero en 2021 desafiaron el férreo control estatal, y la respuesta fue, como ha sido históricamente en la entidad, la represión.

En contraste con la férrea política de control social en periodos electorales, el gobierno mostró flexibilidad para la realización de mítines y reuniones masivas. Durante la pandemia en Hidalgo se desarrollaron tres procesos electorales, elecciones municipales, elecciones para renovar el congreso local y el federal. Las campañas se realizaron en plena pandemia con grandes concentraciones de personas. El Estado definió las prioridades con un discurso y políticas contradictorias cerrando actividades económicas, festividades culturales comunitarias, deteniendo las movilizaciones de los movimientos sociales en curso, pero justificando las reuniones masivas en los múltiples mítines realizados durante las campañas electorales.

Las políticas implementadas durante la pandemia pueden definirse como colonialistas y autoritarias, porque por un lado, no se consideraron las necesidades de los grupos más vulnerables, lo que incrementó sus condiciones de vulnerabilidad y por otro, desconoció las formas comunitarias de gestión de las crisis. En los barrios más pobres de Pachuca, Tula y Tulancingo, el Quédate en Casa fue prácticamente imposible, por la condición de hacinamiento en que viven y por las actividades económicas que realizan para subsistir. Esta condición problemática no sólo se vivió en Hidalgo, sino en muchas ciudades donde la población más vulnerable padeció estas condiciones. En las favelas de Rio de Janeiro, estas condiciones eran realmente críticas. “Hablamos de casas con sólo una habitación, sin ventilación, donde el uso del espacio suele ser utilizado por muchos

individuos, donde las personas mayores viven con jóvenes, adultos y niños” (FASE, 2020: 120).

Bajo estas condiciones es incluso muy crítico tener acceso a los servicios mínimos de higiene, como el acceso al agua. En Pachuca diversas colonias presentan problemas de desabasto de agua. La explotación de este recurso por diversas empresas ha generado un problema de acceso de agua en las colonias marginadas. De hecho, se han contenido diversos proyectos que amenazan extraer una mayor cantidad de agua, como es el Proyecto Pachuca, que pretende movilizar los jales mineros acumulados por quinientos años para liberar espacio en el municipio para el desarrollo de proyectos inmobiliarios. No sólo en las ciudades se vive la escasez de agua, también en las comunidades indígenas campesinas de las zonas rurales, como son la región Otomí Tepehua, la Sierra Gorda y en el Valle del Mezquital. Cerca de 400 mil personas no tienen acceso a agua potable en Hidalgo y hay regiones donde la población debe caminar por horas para conseguir el líquido.

En este caso las redes de apoyo comunitarias sirven como instrumento para resolver de manera temporal el problema; sin embargo, el confinamiento las afecta en algunos. Retomando a Macamo (2020), los confinamientos debilitan las redes de seguridad al privar a las personas de fuentes de sustento y de oportunidades para vincularse. En Hidalgo las comunidades indígenas por décadas han sorteado la crisis, creando sus propias escuelas, apoyando en gastos médicos, mediante empresas comunitarias, invirtiendo las remesas de los migrantes en pozos de agua y caminos. Estas experiencias han permitido construir un conocimiento organizativo reproducido en su historia y las tradiciones. Las políticas de control social limitaron la solidaridad y el saber comunitario al imponer su visión de Estado y sus prioridades, sin considerar la diferencia en las regiones y municipios.

Las políticas de distanciamiento social implementadas por los Estados, han debilitado estas redes de apoyo, y con ello generan mayor desigualdad. Esto llevó a muchos gobiernos a plantear la interrogante entre la economía y la vida (Vommaro, 2020: 164). El dilema de poner por encima la economía sobre la vida, lleva al autor a reflexionar sobre la posibilidad crear una economía para la vida, dado que en las sociedades desiguales las crisis impactan de manera desigual, por tanto, deberían afrontarse de manera diferenciada.

A pesar de las políticas de control social, la organización de las comunidades indígenas campesinas prevalecía para la realización de asambleas con la finalidad

de generar modos de apoyo para trasladar a los hospitales a los enfermos, brindar empleo en las milpas a quienes perdieron su trabajo y para atender comunidades dañadas por los desastres naturales. El Quédate en Casa fue poco posible realizarlo por la necesidad de apagar los incendios forestales en Nicolás Flores en abril del 2020, así como dar albergue y alimentos a quien perdió su vivienda. Asimismo, cientos de familias del Valle del Mezquital en los municipios de Tula, Mixquiahuala, Ixmiquilpan, Tasquillo y Zimapán se vieron obligados a salir de sus casas por la inundación causada por el crecimiento de Río Tula en septiembre de 2021, ante tal situación y otras, fue la organización social comunitaria la que actuó como respuesta inmediata ante la falta de respuesta del estado.

Estas mismas situaciones de reprodujeron en diversas ciudades del mundo, en las favelas en Brasil, en las ciudades de la India, en la Ciudad de México, etc. La organización comunitaria entonces se reproduce tanto en las comunidades indígenas como en los barrios marginados de las ciudades de América Latina. No es una visión romántica que presente al Estado como malo y las comunidades como buenas, se trata de hacer visibles las formas de sortear las crisis constantes de estos grupos.

Entre las políticas aplicadas en gran parte del mundo está el confinamiento para evitar el contacto entre la población y con ello la propagación de la pandemia, con la finalidad de que no se saturen los sistemas hospitalarios debilitados por las políticas neoliberales. En Hidalgo, como en todo el país, el confinamiento y el cierre de actividades consideradas no esenciales fue la política por excelencia, una política homogeneizante que no consideró las diferentes formas en que la población vive y cómo sería afectada por ésta. Permanecer en las casas podía significar una circunstancia de sufrimiento durante la pandemia, porque en la entidad la mayoría de la población no cuenta con casas lo suficientemente extensas. Como ya se había mencionado, es una política que impacta a las personas de menores recursos, pues en Hidalgo 27.7% de las viviendas particulares sólo tiene un dormitorio y el 48% dos dormitorios.

La pandemia impactó a toda la población pero de diferentes maneras por las circunstancias en que vive, sin embargo, las políticas fueron homogéneas, se aplicaron de la misma manera para todos.

Una política así puede aumentar la precarización, el hambre e incluso aumentar el riesgo al contagio a menos de que esté acompañada de medidas redistributivas que asignen una renta básica vital para todos los que no pueden asumir el costo del confinamiento ni responder a los discursos, supuestamente altruistas, de la protección del bien común y de la salud pública que acompañan al eslogan de “#QuedateEnCasa (Sagot, 2020: 110).

Las políticas de contención de la pandemia así como las medidas económicas para superar los efectos negativos de las medidas tomadas, se aplican de manera homogénea, sin considerar las diferencias. Es importante considerar los sectores que, como menciona Santos, se encuentran al sur del confinamiento. Aquellos a los cuales les resultó prácticamente imposible llevar a cabo la cuarentena que se extendió prácticamente a dos años. Estos grupos se encuentran en mayor vulnerabilidad en todos los sentidos, en sus ingresos, en su trabajo, en su condición de género e incluso en su misma casa. A este grupo al que Santos define como el Sur, no por su espacio geográfico, sino como un espacio tiempo político-social cultural, una metáfora del sufrimiento humano.

Santos (2020) destaca entre estos sectores a las mujeres, los trabajadores informales, vendedores ambulantes, personas que viven en la calle o en las periferias, los ancianos y los discapacitados. Cada uno con diferente nivel de vulnerabilidad, por ello el confinamiento impactó en forma negativa. Vommaro (2020: 168) menciona a las mujeres entre los grupos más desfavorecidos por las políticas de confinamiento, tanto por el incremento del trabajo como por la violencia doméstica; pues los cuidados de la familia son responsabilidad, en mayor medida, de las mujeres, descargando también en ellas las actividades de: limpieza, preparación de alimentos, cuidado de los hijos y adultos mayores y, a veces, el trabajo desde casa. Continuando con Vommaro también se ha denunciado el incremento de la violencia como consecuencia del prolongado confinamiento, incrementado el número de feminicidios. En México en 2020 las llamadas relacionadas con solicitud de ayuda por violencias contra mujeres se incrementaron en 30% respecto al 2019. En el primer mes de confinamiento se reportaron 262 feminicidios.

En Hidalgo la situación siguió la misma tendencia, de enero a noviembre se presentaron 5,350 denuncias por violencia doméstica, las cuales aumentaron a partir del inicio de la pandemia. Así, mientras en febrero se registraron 435

denuncias en marzo, mes en que inició el confinamiento, se incrementaron en 631, y en abril 576, con una disminución en mayo a 408, para volver a incrementarse a 511 y 522 en junio y julio respectivamente. La directora de la Colectiva Mujeres contra la Violencia, Ana Delia Lara mencionó que ni el Estado ni las organizaciones estaban preparadas para tal situación, el confinamiento sólo evidenció la violencia cotidiana vivida (Hernández, 2020). En los primeros siete meses de confinamiento se presentaron 15 feminicidios. Estos datos demuestran que las casas no son lugares seguros para las mujeres, si bien Hidalgo se ubica en el lugar 12 de violencia contra las mujeres, el Quédate en Casa demostró la violencia cotidiana que viven las mujeres y agravó su situación de vulnerabilidad.

De igual manera también creció la cantidad de actividades que se realizan en casa, las cuales no disminuyen a pesar de la mayor cantidad de personas. Dentro de las políticas no se consideró ninguna para proteger a las mujeres. Asimismo, al revisar las políticas no se encuentra ninguna encaminada a la protección a los sectores más vulnerables. Cuando el Estado no genera políticas para los grupos vulnerables y aplica políticas de emergencia, la consecuencia es un incremento de la vulnerabilidad de los grupos.

Otros de los sectores vulnerables son aquellos que trabajan en la informalidad, dado que realizan actividades en la calle, no cuentan con un salario seguro para cubrir sus necesidades básicas y no tienen la posibilidad de quedarse en casa sin trabajar, porque las políticas implementadas no les garantizan un ingreso mínimo de subsistencia y no cuentan con un sistema de seguridad social. En Hidalgo, el 74% de la población se encuentra en condición de informalidad, por ello no poseen un ingreso derivado de una actividad formal que les garantice un ingreso, por lo tanto el cierre de actividades económicas les impide la obtención de algún recurso. El sector informal realiza actividades comerciales en las calles mediante tianguis, entre los más grandes de la región se encuentran los de Ixmiquilpan, Actopan, Tlahuelilpan, Atitalaquia, y en otros municipios hay este tipo de comercios en menor magnitud. Los tianguis fueron restringidos y prohibidos, en estos municipios, a pesar uno de una de las principales fuentes de ingresos de la población indígena campesina en Ixmiquilpan. Todo el comercio en las calles tanto en ciudades como Pachuca y Tulancingo fue prohibido. El cierre de escuelas y oficinas públicas significó para muchas personas la interrupción de la única actividad que les generaba un ingreso a través de la venta de comida y alimentos a

estudiantes y burócratas. La pandemia dio como resultado el incremento de vulnerabilidad de esta población, donde la entrega de despensas no fue suficiente para el pago de la renta, la energía eléctrica y otros servicios.

En Hidalgo el turismo fue un sector muy afectado, durante la pandemia. Al ser una actividad no esencial, no se permitió el desarrollo de sus actividades. El cierre de balnearios afectó en mayor medida a la economía informal que depende de este sector que a la formal.

No hay ninguna política que garantice el apoyo al sector informal, en el cual se encuentra una gran cantidad de jefas de familia. El cierre de escuelas significó la pérdida de ingresos para cientos de familias que ofertan productos escolares y alimentos a los estudiantes, familias para las que estos ingresos representan el 100% de sus recursos. Entonces ¿Qué tan eficientes pueden ser las medidas que no consideran los sectores que se encuentran al Sur?

LA PANDEMIA EN HIDALGO

Tras casi dos años de inicio del primer caso de Covid-19 en el estado de Hidalgo y a pesar de las políticas implementadas, hasta enero de 2022, Hidalgo registra 66,460 casos confirmados y 7,922 defunciones. Muestra una tasa de contagio de 2,200 por cada 100 mil habitantes. Los municipios con mayor cantidad de contagios acumulados al 14 de enero del 2022 son Pachuca de Soto, Mineral de la Reforma, Tulancingo de Bravo, Tizayuca. La principal cantidad de contagios se desarrolló en municipios con mayor población y donde se desarrollan las actividades industriales y comerciales. De igual manera estos municipios registran la mayor cantidad de defunciones. Del 28 de febrero al 14 de enero del total de casos positivos el 25.8% fueron hospitalizados, el equivalente y el 74.2% fueron ambulatorios. En este mismo periodo se tiene un índice de letalidad del 11.91% por cada mil casos confirmados, un índice mayor al nacional. Fallecieron 264 personas por cada 100,000 habitantes, siendo este un promedio mayor al nacional que es de 234.

En las regiones rurales del estado, la dinámica de población es muy diferente a la manera en que se vive en las ciudades, por lo que en ciudades como Pachuca, Tulancingo y Tizayuca, la población de escasos recursos y sin trabajo formal continuaron buscando formas de obtener ingresos, usando el transporte público

sin medidas de seguridad. En las zonas rurales a excepción de las actividades escolares y de turismo, el resto de las actividades económicas siguieron realizándose. En el Sur del confinamiento, la política de Quedarse en Casa es prácticamente imposible, la población campesina siguió atendiendo sus actividades agrícolas. A pesar de ser menor el riesgo de contagio, que en las ciudades, la posibilidad de recibir atención médica fue muy reducida, por lo cual requirieron trasladarse, incrementando los gastos.

El impacto económico de la pandemia en la entidad se manifestó con una caída del 10.9% del PIB estatal, el cual fue mayor a la caída de 7.95% del nacional (Inegi, 2022). Los sectores más afectados fueron el sector secundario con una caída del 17.2% y el sector terciario con una caída del 8.5%. La caída en el PIB estatal impacto en el desempleo, en 2020 se perdieron 13,894 empleos. La tasa de desempleo creció en 1.8% en seis meses.

Para el segundo trimestre del 2021 Hidalgo se ubicó en cuarto lugar de informalidad laboral con un 73.6 solo detrás de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, muy por encima del 56.2 nacional (Inegi, 2021b). La población con mayor precariedad laboral sufrió en mayor medida los estragos de las medidas tomadas por el gobierno estatal y federal. De la población ocupada en 2020 el 20.9% trabajaba en la agricultura, el 19.75% en la manufactura, el 22.9% en el comercio, el 8.25 en restaurantes y hoteles y el 26.75 en servicios privados. Entre los principales sectores, la agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza presentó el mayor nivel de informalidad con 94% de sus trabajadores en esta situación, 79.1% en el comercio al por menor y 64.8% en la industria manufacturera.

Para Rodríguez (2021) en su investigación hay sectores que resintieron más las políticas realizadas durante la pandemia. Rodríguez (2021:18) analiza el impacto que la pandemia de Covid-19 ha tenido sobre la precarización del trabajo. Con base en el análisis sobre las características laborales y educativas de diferentes sectores económicos del país y mediante un análisis econométrico, encuentra que aquellos sectores con mayor alto índice de precariedad son: agricultura, ganadería, pesca y caza, minería, construcción, comercio al por menor y transporte.

El análisis de Rodríguez (2021) concluye que, durante los meses de confinamiento social obligatorio, parece ser que los empleos que se precarizaron fueron aquellos con trabajadores que cuentan con bajas credenciales educativas, considerados los más vulnerables.

El estudio muestra que la precarización de las condiciones laborales se agudizó con el confinamiento social que obligó al cierre de las actividades no esenciales, con el propósito de detener la propagación del virus SARS-CoV-2. Los resultados de esta acción fueron: de los poco más de 55 millones de trabajadores que existían en México durante el primer trimestre del año 2020, en los meses de abril, mayo y junio, 18.58% perdieron su empleo, lo que representó que más de 10 millones de trabajadores quedarán parados. Con la emergencia sanitaria los trabajadores que vivían en una situación de vulnerabilidad provocada por la precarización de sus condiciones laborales fueron los primeros en sentir los estragos de la pandemia, al perder su empleo y en la gran mayoría de los casos sin ninguna indemnización (Rodríguez, 2021: 18).

En ese sentido, en Hidalgo al igual que en el país, los sectores económicos más vulnerables sufrieron la precarización de sus condiciones laborales, Las personas que por la pandemia poseían un micronegocio y se vieron obligados a cerrar, tuvieron que buscar un ingreso en otro lado a pesar del riesgo de contagio. El 23% de los micronegocios, es decir 41,482 se vieron obligados a cerrar y no tendrían las condiciones necesarias para reabrir sus negocios en el corto plazo.

En cuanto al turismo, se redujo 80% la cantidad de paseantes en Hidalgo, con un alto impacto en los empleos informales. Salvo los dueños de hoteles y restaurantes establecidos, la población que vive del turismo en Hidalgo se encuentra en situación de informalidad mediante la venta de alimentos, artesanías y artículos para nadar.

La mayor intervención del Estado mediante medidas restrictivas a la movilidad y a las reuniones sociales sólo generó el incremento de la desconfianza hacia él. Asimismo, su intervención económica mediante despensas y multas reprodujo las formas históricas de intervención en las comunidades más vulnerables ante la pandemia.

El despojo y el caciquismo fueron las formas de intervenir del Estado en la región, en lo económico, la migración se convirtió en la mejor manera de enfrentar la crisis permanente. Sólo bastaron 20 años de políticas neoliberales para convertir a la entidad, en una región con altos índices de expulsión de migrantes. La crisis permanente en que ha vivido la población se vio potenciada por los riesgos a la salud que imponía la pandemia y por las medidas de contención impulsadas por el Estado.

Finalmente y para concluir con esta breve reflexión sobre las medidas implementadas en Hidalgo, al igual que en algunas regiones del mundo, el gobierno se inclinó por políticas de control social, de restricción excesiva de la sociabilidad, cerrando áreas comunes de interacción social como centros históricos, lugares de importancia sagrada para los pueblos, pero sobre todo, durante el confinamiento obligatorio los movimientos sociales que se estaban dibujando en el estado vieron mermado su potencial de organización.

CONCLUSIONES

Los gobiernos nacionales y estatales afirman que la pandemia los ha tomado por sorpresa y los ha obligado a tomar medidas que restringen la movilidad social y las actividades económicas, generando una situación excepcional de crisis económica y social. Sin embargo, las políticas neoliberales en las últimas cuatro décadas han generado una crisis permanente a la que, al parecer, nos hemos acostumbrado, por ello la crisis actual se acentúa sobre una ya existente. En este contexto las políticas públicas de emergencia implementadas van dirigidas a no saturar los hospitales de un sistema de salud debilitado.

En Hidalgo las políticas implementadas son homogeneizantes no reconocen las diferencias, sobre todo la de los grupos vulnerables, los que se encuentran al Sur del confinamiento: mujeres, trabajadores informales, eventuales, los grupos marginados. No hay políticas públicas para estos grupos que, en definitiva, sufrieron en mayor escala las consecuencias de las medidas tomadas para impedir la expansión de la pandemia porque no pudieron quedarse en casa.

La pandemia se vivió de diferente manera en las ciudades, pues las regiones campesinas agrícolas están conformadas grupos marginados: sin empleos formales que les garanticen un salario; sin viviendas amplias ni servicios públicos; donde la mayor preocupación es recorren largas distancias para obtener atención médica en caso de contagio.

Se puede afirmar, que los habitantes de estas regiones no vivieron dos crisis, sino tres crisis a la vez. Primero, la crisis vivida diariamente profundizada por las políticas neoliberales; una segunda crisis, la desatada por la pandemia; y una tercera, generada por las políticas públicas de contención de la epidemia, que no reconoció su vulnerabilidad y por tanto, la incrementaron, incluso hasta afectar el

funcionamiento de las redes sociales de apoyo que les permitían sortear diariamente la crisis vivida.

El estado impone su razón, su lógica de dominación erigiéndose en Hidalgo como la institución poseedora del conocimiento y los medios para detener el crecimiento de la pandemia, sin reconocer las solidaridades, los conocimientos y los tiempos y espacios diferentes en que transcurre la vida en las regiones campesinas indígenas; en los barrios, impuso medidas inaplicables, sólo pensadas para una sociedad capitalista de clase media. Durante décadas la crisis ha sido sorteada por estos grupos mediante la sociabilidad y las redes de apoyo comunitarias, pero éstas han sido debilitadas. Por ello es necesario reflexionar desde el Sur la actuación de los estados durante la pandemia y queda la pregunta: ¿Cómo actuarán los gobiernos ante nuevas pandemias?

FUENTES CONSULTADAS

- Aguilar, Luis (2012). “Introducción. Política Pública”. En *Política Pública*, compilado por Luis Aguilar, 17-60. México: Siglo XXI.
- Arias Torres, Daniela y Hugo Amador Herrera (2012). *Entre políticas gubernamentales y políticas públicas. Análisis del ciclo de las políticas de desarrollo del gobierno del estado de Michoacán, México, 2003-2010*. México: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Arizmendi, Luis (2020). “La crisis epidemiológica global en el marco de la crisis epocal del capitalismo”. *Migración y desarrollo* 18(34): 7-32.
- Bringel Breno y Geoffrey Pleyers (2020) “Introducción: La pandemia y sus ecos globales”. En *Alerta global*, editado por Breno Bringel y Geoffrey Pleyers, 9-35. Argentina: CLACSO.
- Bringel, Breno (2020). “Geopolítica de la pandemia, escalas de la crisis y escenarios en disputa”, *Geopolítica(s). Revista de Estudios sobre Espacio y Poder* (11):173-187. <<https://doi.org/10.5209/geop.69310>>.
- Ceceña, Ana Esther (2008). “De saberes y emancipaciones”. En *De los saberes de la emancipación y de la dominación*, coordinado por Ana Esther Ceceña, 15-36. Argentina: CLACSO.

- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2010). Índice absoluto de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2000-2010. Disponible en <<https://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-absoluto-de-intensidad-migratoria>>.
- FASE, Rio de Janeiro (2020). “La pandemia desde las favelas: desigualdades e injusticias en Río de Janeiro”. En *Alerta Global*, editado por Breno Bringel y Geoffrey Pleyers, 123-132. Argentina: CLACSO.
- Harvey, David (2005). “El nuevo imperialismo: acumulación por desposesión”. *Social Register* (40): 99-199.
- Harvey, David *et al.* (2020). “Política anticapitalista en tiempos de Covid-19”. *Sopa de Wuhan, Pensamiento contemporáneo en tiempos de Pandemias*, 79-96. Buenos Aires: ASPO.
- Hernández, Elizabeth (2020). “Violencia contra mujeres en Hidalgo se agrava durante contingencia por Covid-19”, *Milenio Hidalgo*, 22 de abril [en línea]. Disponible en <<https://www.milenio.com/politica/comunidad/violencia-contra-mujeres-en-hidalgo-se-agrava-por-covid-19>>.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) (2022). Producto Interno Bruto Por Entidad Federativa 2020.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) (2021a). Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2020: México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) (2021b). Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. Cifras durante el primer trimestre de 2021.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) (2018). PIB por Entidad Federativa (PIBE) Base 2013. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/pibent/2013/#Datos_abiertos>.
- Lomelí, Leonardo (2020). “La economía de la salud en México”. *Revista de la CEPAL* (132): 195-208.
- Macamo, Elisio (2020). “The normality of risk: African and European responses to Covid-19”. Blog Corona Times (HUMA-The Institute for the Humanities in Africa), 13 de Abril. Disponible en <<https://www.coronatimes.net/normality-risk-african-european-responses/>>.

- Mazzola, Roxana y Pablo Vommaro (2022). "Introducción". En *Debates: Covid-19, desigualdad y políticas públicas distributivas*, compilado por Roxana Mazzola y Pablo Vommaro, 17-20. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Argentina-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales/Fundación Friedrich Ebert.
- Méndez, Judith (2019). "La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020". Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Disponible en <<https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2021). "Population coverage for health care". *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. París: OECD Publishing.
- Patiño Fierro, Martha Patricia y Gerardo Cruz Reyes (2020) "Las medidas adoptadas por las entidades federativas ante la emergencia del Covid-19". *Cuaderno de Investigación (7)*. México: Dirección General de Difusión y Publicaciones Senado de la República.
- Quezada, María (2018). "De campesinos indígenas a promotores del turismo. Experiencia del ejido de San Cristóbal, Hidalgo, México". *Agricultura, Sociedad y Desarrollo* 15 (2): 247-274.
- Ríos, Jaime (2020). "Covid-19, colonialidad y la crisis raigal". En *Alerta Global*, editado por Breno Bringel y Geoffrey Pleyers, 387-396. Argentina: CLACSO.
- Rodríguez, Eduardo (2021). "Efecto de la educación en la precarización del trabajo en tiempos de la Covid-19 en México". *Revista Mexicana de Economía y Finanzas, Nueva Época* 16(3):1-21 <<https://doi.org/10.21919/remef.v16i3.642>>.
- Roldan, Edgar (2015). *Organización económica y desarrollo regional del estado de Hidalgo: pasado y presente*. Pachuca: El Colegio del Estado de Hidalgo.
- Rubio, Blanca, y Julio Moguel (2018). "La agricultura mexicana en la encrucijada". En *América Latina en la mirada: las transformaciones rurales en la encrucijada*, coordinado por Blanca Rubio y Julio Moguel, 63-92. México: UNAM.
- Sagot, Monserrat (2020). "Muerte, control social y bienestar en tiempos de Covid-19". En *Alerta global*, editado por Breno Bringel y Geoffrey Pleyers, 107-114. Argentina: CLACSO.

- Santos, Boaventura (2004). *Reinventar la democracia. Reinventar el Estado*. España: Abya-Yala.
- Santos, Boaventura (2009). *Una epistemología del sur*. Argentina: CLACSO.
- Santos, Boaventura (2019). *El fin del imperio cognitivo*. España: Trota.
- Santos, Boaventura (2020). *La cruel pedagogía del virus*. España: Akal.
- Suárez, Manuel, Carlos Valdez, Carlos Galindo *et al.* (2021). “Índice de vulnerabilidad ante el Covid-19 en México”. *Investigaciones Geográficas* (104): 1-22. <<https://doi.org/10.14350/rig.60140>>.
- Svampa, Maristella (2020) “Reflexiones para un mundo post-coronavirus. Nueva Sociedad”. Disponible en <<https://www.nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/>>.
- Svampa, Maristella (2021). “La pandemia desde América Latina. Nueve tesis para un balance provisorio”. *Nueva Sociedad* (291): 80-100. Disponible en <https://static.nuso.org/media/articles/downloads/3.TC_Svampa_291.pdf>.
- Vargas, Pablo (2005). *Estado y movimientos sociales en Hidalgo*. México: UAEH/RNIU.
- Vargas, Pablo (2011). “Pobreza, migración y desempleo: mujeres en la región Otomí Tepehua de Hidalgo”. *Nueva Antropología* 24(75): 93-1019. Disponible en <<https://www.redalyc.org/pdf/159/15924195006.pdf>>.
- Vilaboa, Julio, Diego Platas y Pedro Zetina (2021). “El reto del sector rural de México ante la Covid-19”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 66(242): 419-142. <<http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2021.242.7732>>.
- Vommaro, Pablo (2020). “Durante y después de la pandemia: dimensiones sociales, políticas y económicas” En *Alerta Global*, editado por Breno Bringel y Geoffrey Pleyers, 163-171. Argentina: CLACSO.