

*Consideraciones sobre*

# DEMOCRACIA Y DERECHOS HUMANOS EN EL 2020

PUBLICACIÓN 2020

---

CÁTEDRA EXTRAORDINARIA  
ENCÍCLICA FRANCISCO I. MADERO

---

REFLEXIONES Y PONENCIAS SOBRE LOS  
DESAFÍOS PARA LA DEMOCRACIA Y LOS  
PENDIENTES DE LOS DERECHOS HUMANOS  
FRENTE EL COVID-19 EN EL 2020



# Consideraciones sobre Democracia y Derechos Humanos en el 2020.



ÁTEDRA  
FRANCISCO I. MADERO





## Consejo Directivo 2020

### Por la UNAM

- Carola Isabel García Calderón
- Miguel Armando López Leyva
- Fernando Castañeda Sabido

### Por el INE

- Lorenzo Córdova Vianello
- Roberto Heycher Cardiel Soto
- Francisco Javier Morales Camarena

## Comité Académico 2020

- Víctor Alarcón Olguín
- Marcela Avila-Eggleton
- Fernando Barrientos Del Monte
- Fernando Castaños Zuno
- José Fernández Santillán
- Leopoldo Gama Leyva
- Felipe González y González
- Silvia Inclán Oseguera

- Irma Méndez De Hoyos
- Rosa María Mirón Lince
- José Antonio Meyer
- Alejandro Monsiváis
- Alejandro Moreno Álvarez
- Juan Manuel Ortega Riquelme
- Martha Singer Sochet
- Héctor Raúl Solís Gadea
- José Woldenberg Karakowsky

## Equipo Operativo

### Por la UNAM

- Felipe de la O López
- Sofía Ramírez Martínez
- Fabiola Guzman Franco
- Luis Miguel Lecona Roldán

### Por el INE

- Erika Liliana Miranda Baltazar
- Sergio Alan Arce Zapata
- Grecia Montserrat Castro Miranda

## **Coordinación Editorial**

Fernando Castañeda Sabido  
Presidente del Comité Académico

## **Coordinadoras**

Fabiola Guzman Franco  
Sofía Ramírez Martínez

## **Redacción y Edición**

Itzel Guadalupe García Hernández  
Santiago Ramírez Martínez

Cátedra Extraordinaria ENCCÍVICA Francisco I. Madero  
@catedramadero

[catedramadero@politicas.unam.mx](mailto:catedramadero@politicas.unam.mx)

# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<i>Fernando Castañeda Sabido</i>	
<b>La importancia de la economía de la salud</b> .....	<b>11</b>
<i>Leonardo Lomelí Vanegas</i>	
<b>Anexo-La importancia de la economía de la salud</b> .....	<b>24</b>
<b>Grupos vulnerables ante el COVID 19</b> .....	<b>34</b>
<i>Alejandra Isibasi Pouchin</i>	
<b>El futuro del empleo en México</b> .....	<b>46</b>
<i>David Kaplan</i>	
<b>Anexo-El futuro del empleo en México</b> .....	<b>56</b>
<b>Las ciencias sociales y el Coronavirus</b> .....	<b>68</b>
<i>Jorge Cadena Roa</i>	
<b>El gobierno de la pandemia:</b>	
<b>Democracia y políticas públicas en perspectiva comparada</b> .....	<b>78</b>
<i>Ricardo Becerra Laguna</i>	
<b>Anexo-El gobierno de la pandemia</b> .....	<b>93</b>
<b>REFLEXIONES FINALES</b> .....	<b>99</b>
<i>Lorenzo Córdova Vianello</i>	

# PRESENTACIÓN

El año 2020 quedará grabado en la historia mundial por la pandemia de coronavirus (COVID-19). Quizá sería más adecuado decir que permanecerá como un momento crucial de la humanidad por las consecuencias humanas, políticas, económicas y sociales derivadas de la nueva enfermedad.

El surgimiento y desarrollo del SARS-CoV-2 es un fenómeno de la sociedad global contemporánea jamás previsto. Que un virus, con cientos o miles de años de antigüedad, mutara y saltara de algún mamífero para infectar a millones de seres humanos sin duda fue algo inesperado. Incluso persiste una mirada sobre el abuso de los antibióticos y el surgimiento de las superbacterias, situaciones que podrían derivar en serias amenazas para la salud de las personas.

La metáfora de la epidemia ha sido empleada por la literatura en varias ocasiones como un recurso para retratar aspectos de nuestra condición humana y egoísmo, de la corrupción, la incompetencia y la falta de credibilidad de los gobiernos, así como del carácter fortuito, impredecible, incomprensible, contingente y en cierto sentido irracional de la existencia. Pareciera que se trata de fuerzas incontrolables cuya aparición espontánea implica castigos para los buenos y perdón a los malos.

¿Cómo explicar la arrogancia de aquellos que salen a las calles sin respetar ninguna de las previsiones de las autoridades sanitarias, a nombre de una mal entendida libertad y que, para colmo de males, contagian a otras personas sin sufrir alguna consecuencia por sus irresponsables actos?

En este sentido, el coronavirus (COVID-19) fue como un destello que arrojó luz sobre aspectos de nuestro comportamiento individual y social de los cuáles tenemos consciencia, pero son omitidos por nosotros mismos en el devenir cotidiano.

En el ámbito de la opinión pública no es nueva la discusión acerca de la eficacia de las políticas públicas, la capacidad o incapacidad del Estado, para enfrentar retos como la

inseguridad, la pobreza, la estabilidad económica, la violencia hacia las mujeres y los niños, la migración, etcétera. Sin embargo, la pandemia redimensionó todos estos problemas y arrojó luz sobre sus particularidades.

La Cátedra Extraordinaria ENCCÍVICA Francisco I. Madero, proyecto conjunto de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (FCPyS-UNAM) y el Instituto Nacional Electoral (INE), se propuso organizar una serie de videoconferencias para discutir y tratar de comprender las consecuencias sociales, económicas y políticas dentro del contexto de la emergencia sanitaria.

Los retos enfrentados por las sociedades democráticas en medio de esta situación; las exclusiones sociales y como se radicalizan en el marco de los confinamientos, los temores y las intolerancias; los efectos de un fenómeno sanitario en el empleo, la calidad de vida y el empobrecimiento; la economía de la salud y su importancia en la política económica y el desarrollo; y finalmente, el papel de la academia, particularmente las ciencias sociales, para comprender y enfrentar estos desafíos.

Esta publicación se construye a partir de la selección, transcripción y edición de las videoconferencias que ofrecen un panorama general de lo vivido durante este año y de lo que podemos esperar para el futuro.

En el capítulo denominado *La importancia de la Economía de la Salud*, el Dr. Leonardo Lomelí, economista y académico que fungió como director de la Facultad de Economía y actualmente es Secretario General de la UNAM, analizó la relevancia del manejo económico de la salud en los rubros micro y macroeconómicos.

En el nivel micro, él destaca la importancia de los mercados de medicamentos, suministros de equipo y materiales médicos; el acaparamiento de medicinas e insumos; la información asimétrica entre proveedores y consumidores, manifestada en los datos sobre los seguros médicos y en la relación médico/paciente; así como la distribución desigual de médicos y especialistas en el territorio nacional.

En el nivel macro se hace énfasis en el problema de la salud como un asunto fundamental de la política económica, la política social y las políticas de desarrollo. Se trata de un derecho

humano y es prioritario para garantizar el bienestar de la población y la productividad de los trabajadores.

De acuerdo con lo planteado por el Dr. Leonardo Lomelí, los países con mejor distribución del ingreso tienen mejores sistemas sanitarios. En el caso de México, nuestros organismos carecen de recursos desde hace muchos años y eso nos coloca en una situación altamente vulnerable frente a la pandemia de coronavirus (COVID-19).

En el capítulo *El impacto diferenciado del SARS-CoV-2 / COVID-19 en la población mexicana*, la Mtra. Alejandra Isibasi, coordinadora de la oficina de Presidencia del Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), expuso los efectos de la crisis sanitaria en diversos sectores de la población.

La especialista enfocó la mirada en ciudadanos con discapacidad; comunidades indígenas y afro-mexicanas; jornaleros agrícolas; personas con VIH; migrantes; individuos privados de su libertad; pacientes de hospitales psiquiátricos; gente recluida en instituciones para ancianos; personas en situación de calle; trabajadores de maquiladoras y del hogar y empleados del sector salud.

Dichos grupos se han visto afectados por prejuicios relacionados con el nuevo virus, por empleadores incapaces de respetar los derechos laborales y por carecer de recursos económicos y medios para vivir en confinamiento. Cabe recordar que la exclusión económica y social incapacita a estas personas para acceder a servicios básicos con los cuales hacer frente a la nueva enfermedad.

Por si fuera poco, esta situación de emergencia intensificó el trabajo doméstico realizado por las mujeres y las niñas e incrementó los casos de violencia ejercida desde casa.

En el texto *El futuro del empleo en México*, el PhD. David Kaplan, Especialista Senior en la División de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), abordó la baja calidad de los mercados laborales mexicanos y cómo los efectos de la crisis sanitaria podrían agudizar sus precariedades.

Según su análisis, la condición de nuestro país es bastante atípica aún para el contexto de América Latina. El PIB per cápita de México es de los más altos de la región; sin embargo, en cuanto al nivel salarial e informalidad, la República Mexicana se compara con naciones

latinoamericanas de menores ingresos e incluso, en algunos indicadores, se ubica en los últimos lugares.

En *Las Ciencias Sociales y el Coronavirus*, el Dr. Jorge Cadena, Secretario Ejecutivo del Consejo Mexicano de Ciencias Sociales (COMECESO), planteó varios cuestionamientos: ¿qué viene tras la pandemia y qué proponen las ciencias sociales?, ¿qué podemos esperar de los problemas previos, seguirán igual o se agravarán?, ¿qué nuevos problemas sociales, económicos, políticos, psicológicos habrá que atender tras este caótico 2020?

El especialista argumentó que atravesamos una de las peores emergencias sanitarias, quizá no hay algo igual desde la Influenza Española de 1918-1919. Aunado a ese oscuro panorama, vivimos la peor crisis económica desde la Gran Depresión.

En este sentido, es necesario cambiar nuestras actitudes, valores y relaciones, pues se requiere acabar con soluciones inmediatistas y coyunturales. En palabras del Dr. Jorge Cadena, se debe poner fin a “la cultura del bomberazo” y atender las micro, pequeñas y medianas empresas porque son la principal fuente de empleo y la llave para enfrentar los problemas económicos del país.

Finalmente, en *El Gobierno de la pandemia: Democracia y política pública en perspectiva comparada*, Ricardo Becerra, Presidente del Instituto de Estudios para la Transición Democrática (IETD), ofreció una visión de los retos que implica esta situación para las sociedades democráticas.

En su análisis, efectuado en conjunto con la Mtra. Mónica Rebolledo, se destaca el carácter impredecible del coronavirus COVID-19 y la importancia de las ciencias para enfrentar el problema. Se aborda el tema desde la visión de una enfermedad inexistente entre los humanos hasta hace apenas un año, cuyo comportamiento se monitorea a partir de modelos matemáticos.

Becerra y Rebolledo reconocen que para las sociedades democráticas la crisis sanitaria supone varios retos: es preciso atenderla porque los gobiernos de este tipo no pueden eludir su compromiso ante un evento de tal naturaleza; se debe garantizar la existencia de prensa libre para informar cabalmente a la ciudadanía sobre los aciertos y desaciertos en torno a la

atención del problema; además, debe existir una oposición vigilante que también merece ser atendida.

En el último texto de esta publicación se presenta un análisis comparativo de 14 países con regímenes democráticos, se revisan sus políticas para enfrentar la pandemia y se evalúan los aspectos positivos y negativos de cada acción para dimensionar la naturaleza del problema y su carácter contingente.

Las lecturas sobre las experiencias vividas durante el año 2020 son múltiples. Este tipo de episodios nos recuerdan que la vida social y natural no respeta ninguna “verdad histórica”, teleología o parteaguas. Contamos con mecanismos imperfectos pero necesarios para construir consensos y discutir libre y democráticamente los caminos que como sociedad deseamos transitar.

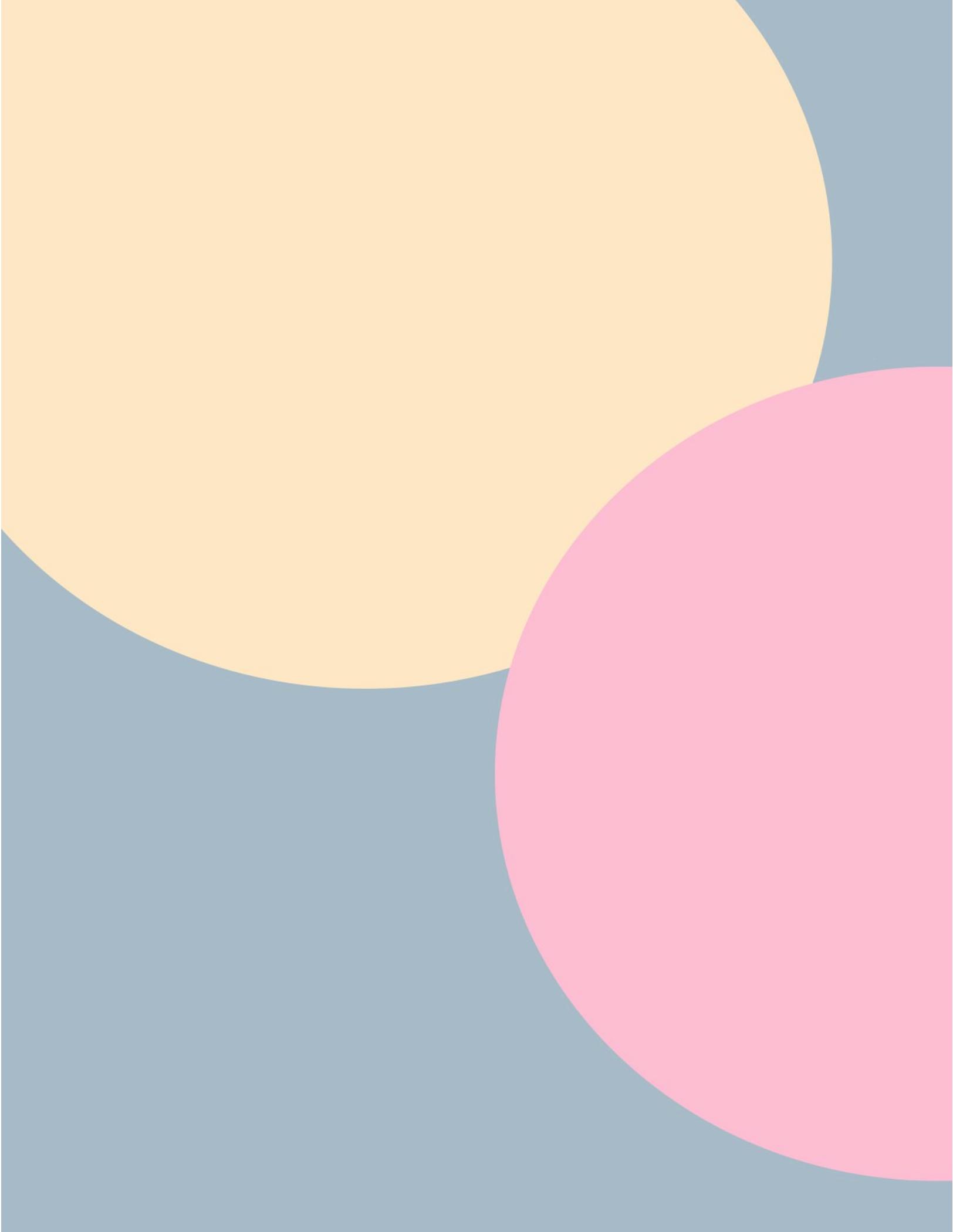
Con el compromiso del papel de la Cátedra Francisco I. Madero para investigar, analizar y difundir el conocimiento sobre las instituciones, la cultura y los procesos democráticos, ofrecemos a nuestros lectores este texto que consideramos contribuirá a la comprensión, reflexión y discusión de los retos de las sociedades democráticas en nuestro tiempo.

**DR. FERNANDO CASTAÑEDA SABIDO<sup>1</sup>**

**Director General de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico  
DGAPA-UNAM**

---

<sup>1</sup> Doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Sociología por el Colegio de México (COLMEX). Realizó estudios de doctorado en Pensamiento Político y Social en la Universidad de Sussex, (US). Durante el periodo de 2008 a 2016 fue Director de la FCPyS. Es Profesor de carrera Titular C de Tiempo Completo definitivo en el área de Sociología. Fundó la Revista Mexicana de Opinión Pública y es Presidente de la Asociación Mexicana de Sociología. Autor de los libros: La lucha por la opinión pública en 2006, (México-FCPyS-UNAM, 2012); La crisis de la sociología académica en México (México-FCPyS, UNAM-Porrúa, 2004) y A tensao entre ideologia e ciencia na sociologia (Universidade Santa Cruz do Sul, Brasil, 2004); entre otros. Fue Coordinador del Consejo Académico del Área de las Ciencias Sociales de la UNAM (CAACS-UNAM) y actualmente es Director General de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM (DGAPA-UNAM)



# La importancia de la Economía de la Salud<sup>i</sup>

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas<sup>1</sup>, Secretario General de la Universidad Nacional Autónoma de México  
(UNAM)

Trataré de ser sumamente esquemático porque quisiera resaltar dos grandes aspectos. En primera instancia, por qué es importante la Economía de la Salud en términos generales; posteriormente, referiré porque es relevante en particular para nuestro país.

Para iniciar, me gustaría destacar de dónde surge la Economía de la Salud. Ésta es una rama nueva dentro de la ciencia económica; en sentido estricto, es una rama de la economía del bienestar.

Se le podría considerar en muchos sentidos una rama de la economía pública, aunque la Economía de la Salud la trasciende por involucrar aspectos sobre el funcionamiento de los mercados que no necesariamente implican la intervención del Estado, si bien la intervención de éste, por la característica misma de los mercados asociados a la salud, es casi siempre innecesaria.

El origen de la Economía de la Salud es la economía del bienestar, una rama del análisis económico desarrollada por uno de los dos grandes discípulos de Alfred Marshall, me refiero a Arthur Cecil Pigou. Él es menos conocido porque lo opacó el otro gran discípulo: John Maynard Keynes.

La economía del bienestar básicamente analiza aquellas situaciones en las cuales la economía, basada en un modelo competitivo, falla como mecanismo de asignación de los recursos y presenta fracasos que hacen necesario algún tipo de intervención por parte del Estado.

---

<sup>1</sup> Dr. Leonardo Lomelí: Secretario General de la UNAM. Doctor en Historia y licenciado en economía e historia por la misma universidad. Profesor asociado C de tiempo completo en la facultad de economía, miembro del sistema nacional de investigadores e integrante la Academia Mexicana de Economía Política, así como de la Asociación Mexicana de Historia Económica. De igual forma, ha sido profesor de asignatura en el Colegio de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras, en el doctorado en Economía Ambiental y de los Recursos Naturales que imparte el Posgrado en Economía de la UNAM en la Universidad Nacional Agraria La Molina en Lima, Perú y en la especialización en Historia del Pensamiento Económico del Programa de Especializaciones en Economía. Sus principales temas de investigación son: La economía de la seguridad social, la política social, la historia del pensamiento económico y la historia de las instituciones económicas y políticas. Es además, autor, coautor y coordinador de importantes publicaciones, capítulos de libros, artículos, reseñas y documentos de trabajo y, ha sido ponente en numerosos foros.

Por esta razón, la Economía de la Salud se ha centrado más en los aspectos microeconómicos a lo largo de su historia. Sin embargo, también tiene una dimensión macroeconómica relevante a la que me referiré a continuación.

### **1.1. Aspectos microeconómicos de la economía del bienestar**

Dentro de los aspectos microeconómicos, la economía de la salud analiza las fallas producidas en los mercados asociados a la salud, así como las medidas para corregirlas.

Las principales fallas son “competencia imperfecta”: donde no hay competencia perfecta y existe algún tipo de poder de mercado. Alguno de los participantes en el mercado (generalmente está desde el lado de la producción, pero puede estar en la parte del consumo) tiene la capacidad de fijar el precio.

Cabe recordar que, por el contrario, la “competencia perfecta” se refiere a una situación donde hay múltiples productores, consumidores y ninguno puede influir en los precios del mercado. Por eso se considera una situación ideal, similar a los Tipos Ideales de Max Weber, es decir, no existe prácticamente en la vida real.

Los mercados competitivos son como especies en peligro de extinción. ¿Qué es lo que tenemos actualmente en el mundo? La respuesta es mercados donde hay algún tipo de “competencia imperfecta”.

Todos tenemos en la mente el ejemplo extremo: los monopolios. No obstante, también hay oligopolios, aquellas estructuras de mercado donde hay unos cuantos productores que pueden coludirse entre sí y ponerse de acuerdo para funcionar como monopolio y fijar precios.

Existe otro tipo de estructura de mercado que no es de “competencia perfecta”, es la llamada “competencia monopolística”. Se trata de una situación en la cual hay una empresa que produce algo que, si bien tiene muchos sustitutos cercanos, logra diferenciar su producto por alguna característica particular.

Es el caso, por ejemplo, de las marcas. Éstas pueden hacer la diferencia entre que una persona esté dispuesta a pagar más por un bien que por otro.

Hay “mercados incompletos”, situaciones en las cuales es rentable producir un bien porque hay demanda, pero no se produce o no está disponible para atenderla. En el caso de la salud, por ejemplo, se da cuando se requieren médicos en ciertas regiones del país y no hay porque ellos no desean irse a vivir a ciertas zonas.

Uno de los casos más interesantes es el de los bienes públicos, aquellos que carecen de incentivos para ser producidos por particulares porque no es posible limitar su disfrute para las personas o porque es muy costoso tratar de restringirlo. El mejor ejemplo de esto es la salud preventiva y la educación para la salud.

Entre las fallas más famosa del mercado están las “externalidades”. Casi todos tenemos en mente las externalidades negativas: las que se producen por la contaminación, por ejemplo. Sin embargo, también se da el caso de las “externalidades positivas”, como las vacunas.

El que vacunen a una persona no solamente la beneficia a ella, beneficia a los demás porque de esa manera se reduce el riesgo de contagio y el ideal, precisamente, es vacunar a todos para prevenir algún tipo de enfermedad.

## **1.2. Aspectos macroeconómicos de la economía del bienestar**

La dimensión macroeconómica se comenzó a estudiar en tiempos relativamente recientes. Algunos economistas que recibieron el Premio Nobel a principios de los años noventa, como Robert Fogel, habían destacado la importancia de la salud y del gasto en este rubro como una forma de inversión en el capital humano.

¿Por qué es importante el gasto en salud como una inversión en capital humano y como un determinante del crecimiento económico? Porque en la medida en que la población vive más y está más saludable, aumenta la productividad.

Existen estudios para ilustrar esta contribución de las mejoras que pueden conseguirse en los indicadores sanitarios y en la capacidad de crecimiento de una economía como resultado de una inversión en el área de la salud.

Por otro lado, el acceso a la salud es una variable que incide en la distribución del ingreso. En la medida en la que se logran construir sistemas públicos sólidos, con una oferta de prestaciones amplia para cubrir a toda la población, la salud deja de ser una mercancía y se

convierte en un derecho exigible, que se puede garantizar porque la población tiene la capacidad de acceder a él.

El derecho puede estar en la ley, pero si no existen mecanismos y recursos materiales para que la población acceda a la salud, hay un problema serio. Tal y como el actualmente enfrentado por la sociedad en México.

Adicionalmente, esto incide en la construcción de sociedades más igualitarias y se refleja en la disolución del ingreso porque los países que lograron universalizar la atención de la salud lo hicieron con cargo a sistemas financiados principalmente en impuestos generales. Eso implica, literalmente, cobrar más impuestos a quienes pueden pagar y redistribuirlos en beneficio de toda la población, en particular de los que menos tienen.

### **1.3. Aspectos microeconómicos I**

Como aspectos microeconómicos se puede citar una gran cantidad de ejemplos de fallas en los mercados relevantes para la salud. Esto ha quedado expuesto en este momento, a la luz de la actual pandemia de coronavirus COVID-19.

Los mercados productores de medicamentos y equipos son oligopólicos. Hemos visto, por ejemplo, el caso de los cubrebocas N95. Cuando China y Estados Unidos, las naciones fabricantes más importantes, cerraron la exportación, se dispararon los precios y metieron en un problema al mundo entero.

Hace once años, durante la epidemia de influenza H1N1, se presentó un problema: aunque el tratamiento para la enfermedad se descubrió rápidamente, el fármaco desapareció del mercado debido a su acaparamiento.

Esto muestra una paradoja. Por un lado, los mercados farmacéuticos y de fabricación de equipos de salud son oligopólicos, es decir, tienen poder de mercado, pueden acaparar y elevar el precio en situaciones de crisis. Además, para el desarrollo de la tecnología de la salud se recurre a un sistema de patentes que confiere monopolios temporales sobre las innovaciones.

Es una paradoja porque en principio queremos monopolios temporales. Quien patenta un producto tiene el dominio temporal sobre él, en este sentido, quien lo quiera deberá pagar

una licencia para poder producirlo. Después de cierto tiempo, los derechos sobre esa innovación se liberan y esto permite su disponibilidad para todos. El caso para ejemplificar esta situación son los medicamentos genéricos.

Los sistemas de patentes existen en todos los países del mundo porque de otra manera no habría incentivos para la innovación. Ahora bien, buena parte de la innovación en el campo de la salud, tanto en tecnología como en farmacología, está sustentada en investigación básica financiada por los gobiernos, llevada a cabo mayoritariamente en agencias gubernamentales o en universidades.

Ahí hay un sistema complejo de interacción de la academia con la empresa que funciona apropiadamente en algunas naciones, aunque a corto plazo genera problemas de “competencia imperfecta”.

Otro aspecto microeconómico es la información asimétrica, cabe destacar que ésta se refiere a una práctica donde conviven dos partes, en esa dinámica, siempre habrá una que cuente con más datos que la otra. Por ejemplo, cuando se contrata un seguro de vida, el consumidor conoce mejor su estado de salud que el vendedor.

Para los proveedores de seguros de salud es imposible o muy costoso tener completo el expediente clínico de todos sus clientes, lo que eleva los precios de dichos servicios. El hecho de vender un seguro a alguien aparentemente saludable, que a lo mejor enfermará posteriormente y generará altos gastos, se compensa por la vía de elevar la prima para todos (incluso para aquellos clientes saludables que nunca necesitarán el seguro).

Del lado del consumidor, la información asimétrica se manifiesta cuando se acude a un médico y no se tiene ni el conocimiento ni la información suficiente para evaluar la pertinencia y los costos de los tratamientos. Por eso hay muchos modelos económicos contruidos para tratar de ayudar a la toma de decisiones en este tipo de situaciones.

Hasta el momento se han citado varios aspectos microeconómicos. Hablé de los mercados incompletos, cuyo ejemplo se manifiesta en los servicios de salud que no están disponibles para usuarios dispuestos a pagar por ellos debido a problemas de localización geográfica, problemas de información u otros.

También me referí a los bienes públicos; existen bienes y servicios que no serían producidos por el mercado al no ser rentables, aunque son necesarios para el conjunto de la sociedad. El principal ejemplo de este caso es la inversión en salud preventiva. En el tema de las externalidades positivas, mencioné que las vacunas no cubrirían a toda la población si no existieran esquemas de vacunación gratuita y obligatoria.

En cuanto a la investigación en el sector salud, que necesita de administración básica, es indispensable la financiación del Estado debido a la dificultad de que la empresa aporte recursos al cien por ciento en esta área.

Esto permite apreciar que no solamente se requiere la intervención pública, precisa si contamos con un mandato jurídico; adicionalmente se necesita un imperativo ético, en el sentido de considerar a la salud un derecho y no una mercancía.

Las personas deben tener acceso a la salud independientemente de su capacidad económica. Alguien se los debe garantizar y ese tiene que ser el Estado.

#### **1.4. Aspectos macroeconómicos I**

Me he referido someramente a los aspectos macroeconómicos. En primer lugar, el gasto en salud está relacionado con el crecimiento de la economía porque es una inversión en capital humano cuyos efectos directos se manifiestan en la productividad de la fuerza de trabajo. El acceso a la salud incide como una variable significativa en la distribución del ingreso.

Cuando una persona pobre se enferma y no tiene cobertura de servicios de salud, puede incurrir en gastos catastróficos y vender lo poco que posee para pagarse un tratamiento. Esta es una situación enfrentada por muchas familias alrededor del mundo. En este sentido, cabe destacar que los países con sistemas de salud de cobertura universal generalmente se caracterizan por tener mejores indicadores de distribución del ingreso.

Un tema que hace relevante a la economía de la salud, incluso desde antes de la actual crisis sanitaria, es su financiamiento como variable macroeconómica. El gasto total en salud, tanto público como privado, ocupa una proporción creciente en el Producto Interno Bruto (PIB) o en el Producto Nacional Bruto (PNB).

La inversión en el sector salud ocupa una proporción creciente de estos indicadores económicos por dos razones: la transición demográfica y la transición epidemiológica.

La población en la mayor parte del mundo, y en particular en los países desarrollados o en las naciones de ingreso medio, tiende a envejecer por una transición demográfica compleja. Esta se relaciona con la generalización de ciertas medidas de higiene y el acceso a medicamentos cuyo efecto se manifiesta en el aumento de la esperanza de vida; además, también hay cambios en los hábitos reproductivos.

Las mujeres desde el Siglo XX han tenido una participación creciente en el mercado laboral. Las familias deciden tener menos hijos, hijos en edades más tardías o de plano no tenerlos; todo esto reside en la disminución de las tasas de natalidad. Esta transición demográfica lleva por sí misma el envejecimiento de la población y va de la mano con la transición epidemiológica.

Si hace setenta años las personas morían de influenza, diarrea, fiebres eruptivas u otros padecimientos de la primera infancia, ahora las principales causas de muerte están asociadas a enfermedades crónico-degenerativas cuyos tratamientos son más costosos, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los tumores cancerígenos.

Actualmente las personas fallecen por enfermedades cuya atención es más cara. Los costos de atención aumentan en todos los países, aunque éstos tienen distintas maneras de organizar sus sistemas de salud y la relación entre lo público y lo privado varía mucho.

En casos como Suecia o Japón, el gasto público en el sector salud representa 84 por ciento, por lo que las familias aportan el 16 por ciento restante. En contraste, en México es del 51 por ciento y en Estados Unidos representa el 50 por ciento.

Pese a la relevancia de los datos, la comparación debe matizarse porque el gasto público en salud de México es menor como porcentaje del PIB que el efectuado en Estados Unidos como porcentaje del PNB. De entrada, nuestro país gasta más en el rubro sanitario que Estados Unidos, esto con relación al tamaño de la economía.

Adicionalmente, es incomparable el PNB del país vecino con el PIB de nuestro territorio. Aun así, es interesante ver la proporción entre lo público y lo privado. En nuestro caso se

debe, principalmente, a un gasto bajo como consecuencia de la fragilidad fiscal endémica del Estado mexicano.

Respecto a Estados Unidos, sus cifras se deben a un esquema que ha tratado de favorecer el desarrollo del sector privado intencionalmente. Su 50 por ciento, más que un gasto en hospitales públicos, se debe a programas de subvenciones canalizados por el gobierno a ciertos sectores de la población, en particular a los más pobres y a los adultos mayores.

Sin embargo, se subvencionan los servicios de salud a precios de mercado, lo cual es particularmente caro. Realmente los esquemas más eficientes son aquellos con buenos sistemas públicos de salud, como el caso de los países europeos o de Japón.

El promedio de la OCDE del gasto público en salud, como porcentaje del gasto total en el rubro, es del 71 por ciento; México y Chile están bastante cerca de Estados Unidos con el 50 o 51 por ciento. Cabe destacar que los hogares de nuestro país tienen la proporción de gasto en salud más alta, con 41 por ciento. Adicionalmente, la parte del gasto en servicios de salud privados es baja, pues se desembolsa sólo el 6 por ciento.

#### **1.4.1. Gasto público en salud**

El gasto público en salud de México está por debajo de la media de América Latina y de Europa, esto con relación al tamaño de nuestra economía. Es lamentable porque incluso como porcentaje del gasto público estamos por debajo de las estadísticas.

Las cifras a la baja se deben a que el país tiene pocos niveles de recaudación. Por otra parte, históricamente la salud no ha sido una prioridad dentro del gasto público. Hasta hace poco se implementó un esfuerzo más sistemático en la materia; aun así, estamos muy lejos de alcanzar la media de Latinoamérica.

Al realizar una revisión desde 1980 y hasta 2019, se observa cómo los datos iban al alza cuando ocurrió la crisis de la deuda. Posteriormente, cayeron durante la crisis de los años ochenta y todo el sexenio de Miguel de la Madrid.

Los números se recuperaron levemente durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, pero apenas para alcanzar el nivel de gasto real que había en 1981. Desafortunadamente volvieron

a caer con la crisis de los años 1994 y 1995. Luego de eso se recuperaron hasta el año 2012, cuando se volvieron a estancar.

#### **1.4.2. Infraestructura de salud**

En cuanto a la infraestructura de salud, México está por debajo de todas las comparaciones internacionales. Si cotejamos nuestras cifras con dos países latinoamericanos, uno de ingreso medio como Turquía y con Alemania, no les ganamos. Estamos por debajo de Brasil y de Chile en camas de hospital por cada 10 mil habitantes.

Sería importante que nuestra nación hiciera un esfuerzo adicional por invertir más en salud, éste es uno de los principales mensajes que me gustaría transmitir. Para empezar porque nuestra propia transición demográfica nos obligaría a ello.

México fue particularmente exitoso en 1974, cuando se adoptó una política de Estado en materia de salud para revertir los altos niveles de crecimiento demográfico, a partir de entonces se logró reducir la tasa de natalidad.

Aunque entre los años 2000 y 2010 tuvimos un repunte extraño en la natalidad, desde hace poco las gráficas dejaron de parecer pirámides y se tornaron similares a las figuras de los chocolates “Kisses”, es decir, con la base más angosta. Si las estadísticas continúan como hasta el momento, para mediados del siglo actual tendremos una gráfica parecida a una botella de Coca-Cola.

Una de las ventajas de esto es que, mientras la pirámide demográfica se angosta por la base, aumenta la proporción de la población en edad de trabajar (personas entre los 19 y los 64 años). Pero cuando se reduce la población ubicada por debajo de los 15 años y por arriba de los 65, como proporción de la población económicamente activa, se dice que hay disminución en el coeficiente de dependencias.

Esto implica que la población fuera de la edad laboral, perteneciente al sector de los estudiantes o al de los jubilados, se hace cada vez menor respecto a quienes tienen edad para trabajar.

El coeficiente de dependencia hacia mediados de este siglo volverá a aumentar como consecuencia del incremento de la población mayor de 65 años. Esto no sería un problema si estuviera en construcción, entre otras cosas, un sistema de salud público robusto.

Desafortunadamente no es el caso de nuestro país, por lo mismo es previsible el aumento en las presiones sobre el gasto público en general, y en el de salud en particular, durante las próximas décadas. Esta transición demográfica es más clara cuando se observa cómo se reduce el grupo de edad de entre 5 a 14 años, así como cómo el aumento de las personas de 60 a 75 años y más.

Gráficas 4 y 5 : La transición demográfica en México I y II

### **1.5. México: Población vulnerable por carencia de acceso a la salud y la seguridad social**

Es importante resaltar que en México todavía hay un porcentaje alto de población vulnerable por carencia de acceso a la salud y a la seguridad social.

Desde hace algunos años, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) pasó de una medición unidimensional a una medición multidimensional de la pobreza.

El aspecto unidimensional solamente tomaba en cuenta el ingreso de las familias para determinar si les alcanzaba o no para adquirir una canasta básica, o si estaban por arriba de la línea de pobreza.

Quienes tenían ingresos inferiores se consideraban por debajo de la línea de pobreza. Además, había otras líneas: de capacidades, patrimonial y alimentaria, ésta última considerada la más extrema. Ahora, en la contemplación de lo multidimensional no sólo se analizan los ingresos familiares, también se evalúa si las personas tienen acceso a cierto tipo de satisfactores, como la salud.

En México tenemos 20.2 millones de personas sin acceso a servicios de salud, así como 71.7 millones de personas que no cuentan con acceso a la seguridad social.

La construcción de los sistemas modernos de salud arrancó, principalmente, con la creación del IMSS. No es que no existiera una infraestructura pública previa, pero era bastante pobre.

Después de la Revolución Mexicana se organizó el Departamento de Salubridad y, en 1942, cuando se aprobó la ley del IMSS, cuya entrada en vigor fue en 1943, se ratificó la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El esquema planteaba que el organismo iba a tener hospitales y centros de salud para atender a la población que no estuviera asegurada por el IMSS o el ISSSTE.

La visión ideal era que, por la vía del crecimiento del empleo formal, la población mexicana quedaría cubierta. Las fuentes de trabajo formal iban a ser el medio a través del cual las familias podrían acceder a la salud. Por otra parte, se pensó que la atención de población abierta desaparecería.

Desafortunadamente no fue el caso. La evolución económica de México llevó a que desde los años setenta se tuviera un componente de informalidad económica que parecía irreductible y creció a partir de los años ochenta, en gran medida por el mal desempeño económico de la nación.

En las últimas tres décadas, durante los momentos con más aumento de población en edad de trabajar, la economía creció menos y generó menos empleos en el sector formal. Eso ha incidido también en el porcentaje de trabajadores afiliados a institutos de seguridad social.

Las prestaciones ofrecidas por el IMSS o el ISSSTE, pese a sus problemas financieros, infraestructura rezagada y capacidad de atención rebasada, son mejores que los de esquemas de atención a la población abierta. En este sentido el Seguro Popular, el esfuerzo más importante llevado a cabo por el Estado mexicano en las últimas décadas en materia de atención a la población abierta, nunca alcanzó a cubrir todas las enfermedades y todos los padecimientos cubiertos por el IMSS o el ISSSTE.

Todo se complica en situaciones de emergencias sanitarias, como la actual, porque México cuenta con un alto porcentaje de población que en condición en riesgo por su estado de salud. En este 2020 hay tres cuartas partes de la población con sobrepeso u obesidad y un 10.3 por ciento con diabetes. Para complicar más nuestra demografía, tenemos sólo 2.4 médicos por cada mil habitantes.

Por otro lado, la reciente desaparición del Seguro Popular deja un vacío y no ha quedado claro si éste podrá ser llenado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Esto dependerá de que el nuevo instituto de salud cuente con los recursos suficientes para garantizar las prestaciones a la población abierta amparadas en el esquema anterior.

En lo personal nunca estuve de acuerdo con el Seguro Popular, siempre me pareció paliativo. Aunque, de eso a nada, evidentemente era mejor tener esa figura.

Si el Insabi no se organiza bien y no se le destinan los recursos suficientes, el principal riesgo es que quienes fueron beneficiarios del Seguro Popular, y pudieron resolver problemas serios gracias a sus prestaciones, queden sin protección alguna. El tema es delicado; debe ser objeto de análisis y reflexión, con el objetivo de construir un Insabi sólido y con recursos suficientes

.

## **Conclusión**

Los planteamientos descritos anteriormente forman parte de las ocupaciones que deseaba compartir con ustedes. Ciertamente, la Economía de la Salud es una de las áreas más relevantes para reflexionar sobre el futuro de nuestra economía y país. También es uno de los grandes retos enfrentados por el Estado mexicano y la sociedad en su conjunto.

Esto se debe a que México presenta importantes rezagos en materia de financiamiento, cobertura e infraestructura sanitaria, mismos que hacen del acceso a la salud uno de los principales determinantes de la pobreza y la desigualdad. La situación se evidencia en coyunturas de pandemia.

Una emergencia sanitaria como la del coronavirus COVID-19 puede financiarse con deuda pública. Es una solución a corto plazo, pero a largo plazo el sector salud sólo podrá sostenerse con una Reforma Fiscal a fondo. Si la medida no se efectúa, llegaremos al año 2050 como un país cada vez más envejecido, con un alto porcentaje de ancianos sin acceso a servicios de salud.

Por otro lado, es inevitable para México llegar a ese punto porque las tendencias demográficas demandarán un incremento en el gasto de salud, aunque no se aumente la

cobertura. Adicionalmente, más allá del discurso, el Coneval reconoce que hoy tenemos 22.2 millones de personas sin ningún tipo de cobertura médica.

Aún si se atiende el mismo número de personas, se tendría que gastar más porque aumentarían los costos de la atención. En este sentido, resulta de suma importancia hacer una reforma al sistema de salud que no sólo plantee gastar más, sino gastar mejor y tener un aprovechamiento óptimo de los recursos, pues éstos siempre son escasos.

---

<sup>i</sup> Videoconferencia del 12 de mayo de 2020 – Primer Ciclo de Webinars: “Democracia y Derechos Humanos”  
Consulta en: <https://www.youtube.com/watch?v=nTu4Od2UPRw>  
<https://www.facebook.com/118205142918183/videos/2892165757504252>

# ANEXO

## LA IMPORTANCIA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

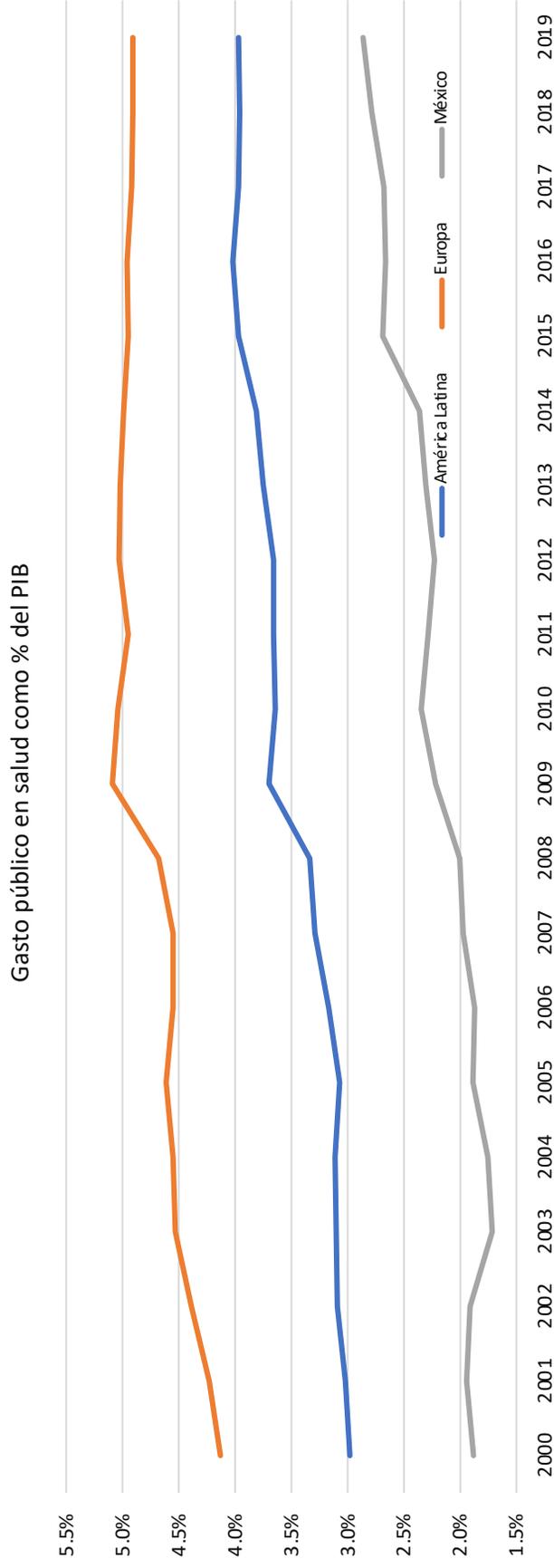
# Gasto en salud en países seleccionados

Características principales del Gasto en la OCDE y México (Datos 2018)							
Var % anual gasto en salud per cápita (2008-2018)	Esquema de financiamiento como % del total			Gasto público en salud % del gasto público total	Gasto de capital en salud		
	Gasto de los hogares	Seguro de salud voluntario	Gasto público en salud % del total en salud		como % del gasto total en salud	% del PIB	
Canadá	2%	15%	13%	73%	19%	5,6	0,6
Chile	5%	34%	6%	50%	17%	2,7	0,2
Francia	1%	9%	7%	77%	15%	5,1	0,6
Alemania	2%	13%	1%	78%	20%	9,6	1,1
Italia	1%	23%	2%	74%	13%	4,1	0,4
Japón	2%	13%	2%	84%	23%	10,4	1,1
México	1%	41%	6%	51%	11%	1,3	0,1
OECD	2%	21%	4%	71%	15%	5,6	0,5
España	2%	24%	5%	71%	15%	8,6	0,8
Suecia	2%	15%	1%	84%	19%	5,1	0,6
Turquía	3%	17%		78%	10%	7,4	0,3
UK	1%	16%	3%	79%	19%	3,2	0,3
Estados Unidos	3%	11%		50%	23%	3,5	0,6

Tabla 1.

Fuente: Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE,2020.

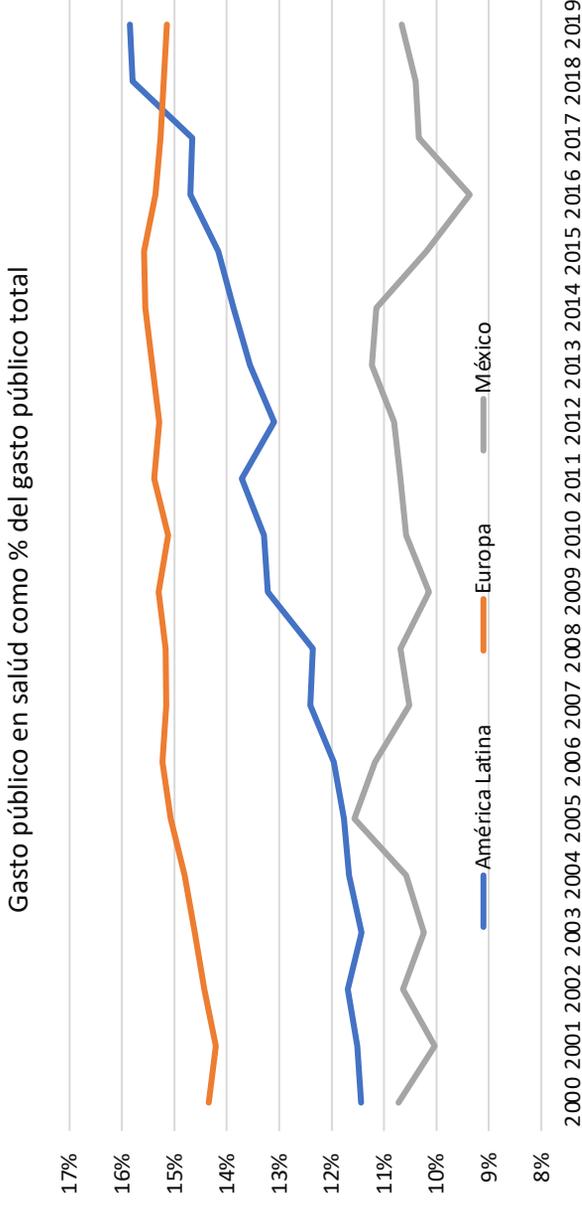
# Gasto público en salud



Gráfica 1.

Fuente: *Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE, 2020.*

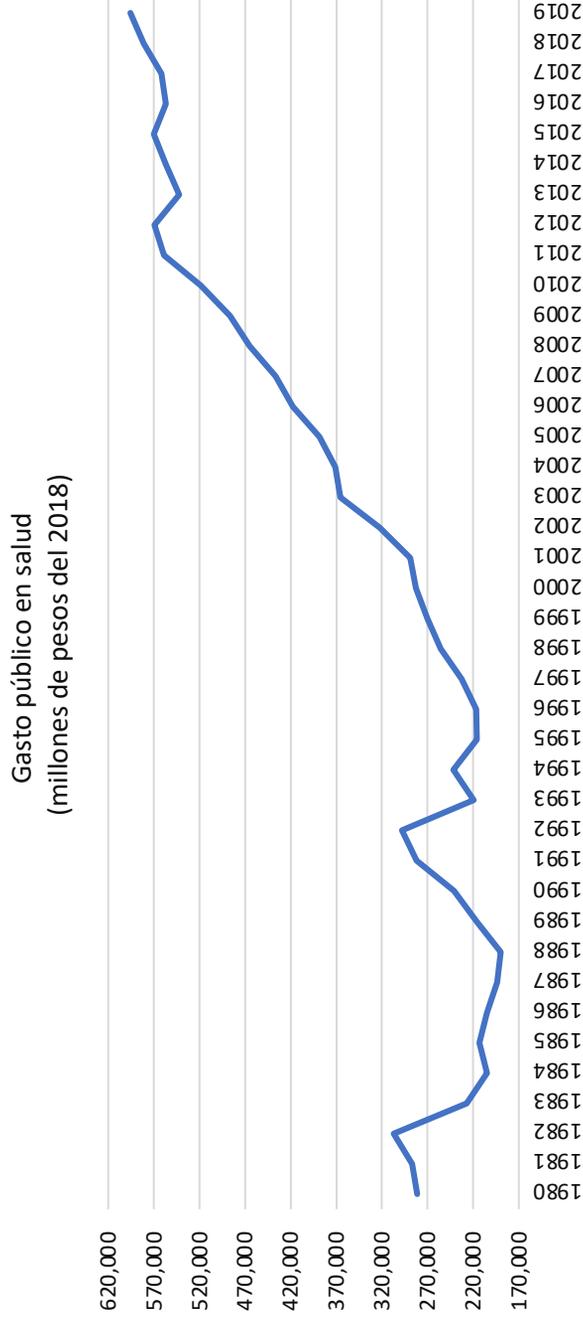
# Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total



Gráfica 2.

Fuente: *Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE, 2020.*

# Gasto público en salud en México 1980-2019



Gráfica 3.

# Infraestructura de Salud I

Camas de hospital por c/10,000 habitantes						
	Alemania	Brasil	Chile	EUA	México	Turquía
<b>2008</b>	82.13	24	21	32	16	23.39
<b>2009</b>	82.42	24	21	31	16	23.98
<b>2010</b>	82.5	24	20	30	17	25.2
<b>2011</b>	82.24	23	21	30	15	25.34
<b>2012</b>	81.64	23	22	29	15	26.61
<b>2013</b>	82.78	23	22	29	16	26.56
<b>2014</b>	82.78	22	22	29	15	26.66
<b>2015</b>	83	22	22	29	15.2	27
<b>2016</b>						
<b>2017</b>						
<b>2018</b>						
<b>2019</b>	83.7	22	22	29	15	27

Tabla 2.

Fuente: Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE,2020.

# Infraestructura de Salud II

Hospitales por c/millón de habitantes						
	Alemania	Brasil	Chile	EUA	México	Turquía
<b>2008</b>	40.46	28.53	25.05	19.12	39.34	19
<b>2009</b>	40.58	28.18	23.82	18.89	39.04	19.28
<b>2010</b>	40.37	27.87	24.32	18.6	38.99	19.69
<b>2011</b>	40.83	28.28	22.31	18.37	38.32	19.58
<b>2012</b>	40.15	27.34	22.01	18.23	37.82	19.73
<b>2013</b>	39.47	26.45	22.06	17.98	37.55	19.92
<b>2014</b>	38.75	25.98	20.37	17.66	36.84	19.8
<b>2015</b>	38.05	26.15	20.16	17.33	37	19.6
<b>2016</b>	37.64	25.98	19.57	17.11	36.83	19.05
<b>2017</b>	37.31	26.76	19.48	17.1	37.05	18.9
<b>2018</b>	37.22	27.82	19.51	17.2	37.51	18.87
<b>2019</b>	37.37	28.41	19.62	17.34	37.51	18.64

Tabla 3.

Fuente: Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE,2020.

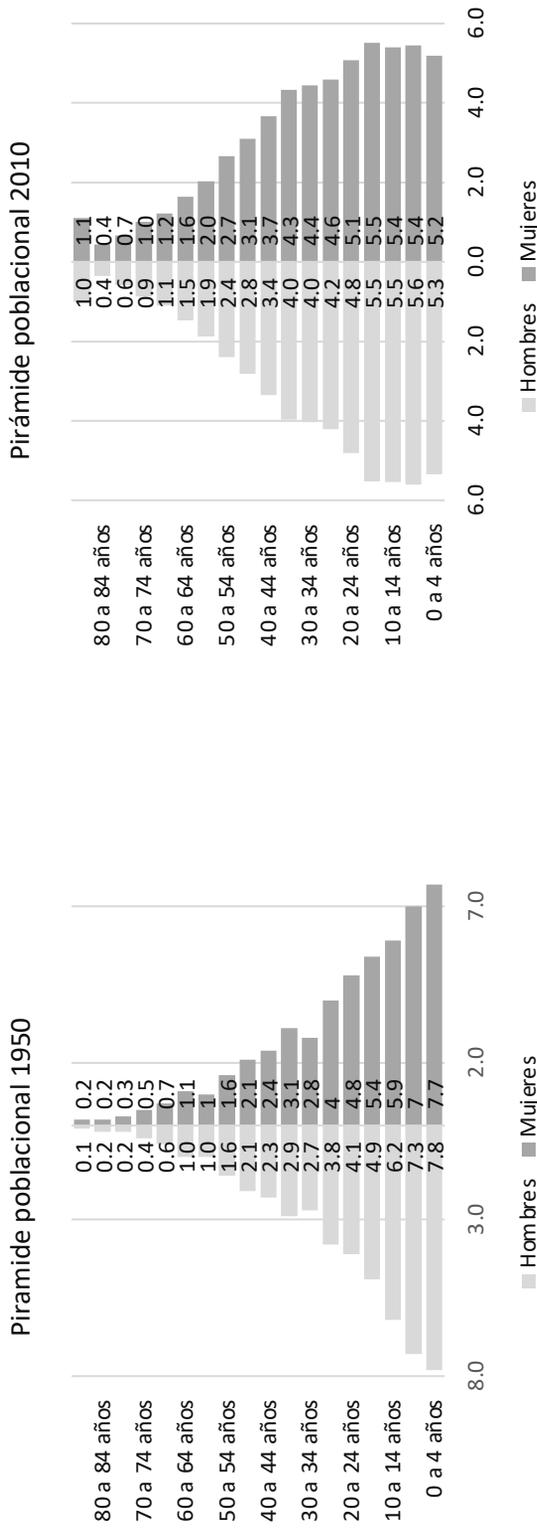
# Infraestructura de Salud III

Hospitales públicos por c/millón hab						
	Alemania	Brasil	Chile	EUA	México	Turquía
<b>2008</b>	10.78		13.54	5.17	11.24	13.16
<b>2009</b>	10.65		13.39	5.06	11.33	12.83
<b>2010</b>	10.42		13.54	4.93	11.34	12.8
<b>2011</b>	10.64		12.34	4.78	11.45	12.58
<b>2012</b>	10.36		12.1	4.69	11.45	12.3
<b>2013</b>	10.23		12.42	4.56	11.4	12.46
<b>2014</b>	10.1		11.9	4.47	11.42	12.36
<b>2015</b>	9.87		11.83	4.37	11.35	12.13
<b>2016</b>	9.63		11.43	4.25	11.29	11.64
<b>2017</b>	9.5		11.43	4.2	11.27	11.57
<b>2018</b>	9.43		11.4	4.18	11.26	11.58
<b>2019</b>	9.22		11.31	4.1	11.23	11.62

Tabla 4.

Fuente: Global Health Expenditure Database/Organización Mundial de la Salud/OCDE, 2020.

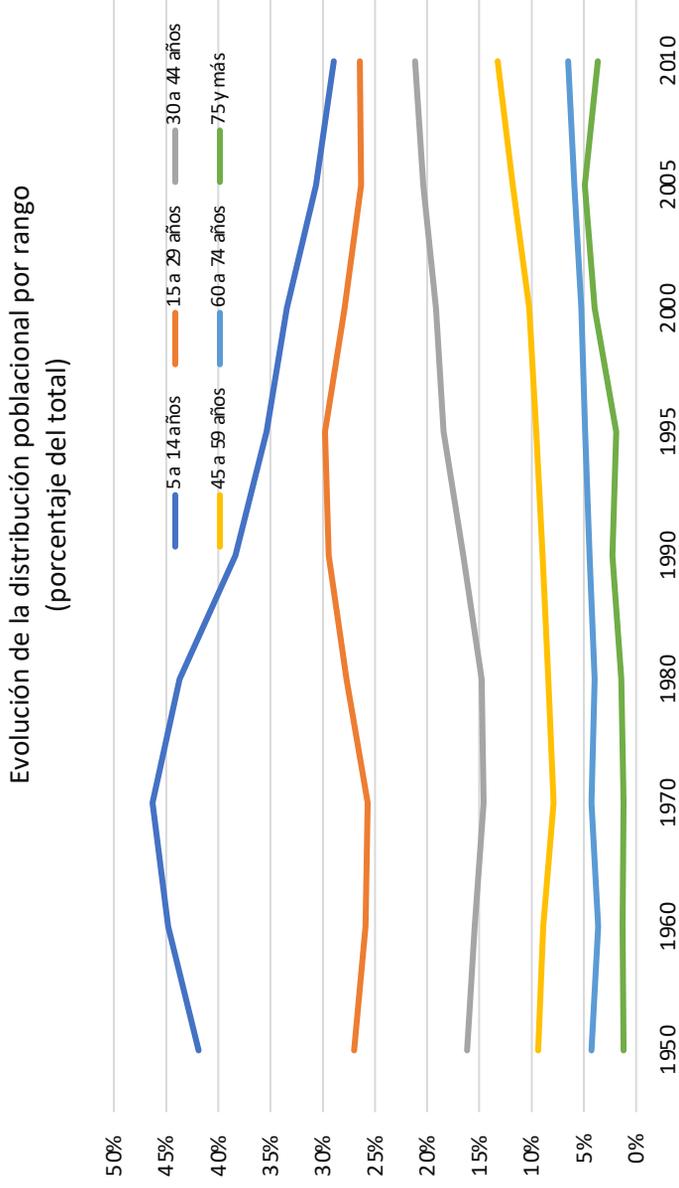
# La transición demográfica en México I



Gráfica 4.

Fuente: INEGI, VII Censo General de Población 1950 y Censo de Población y Vivienda 2010.

# La transición demográfica en México II



Gráfica 5.

# Grupos Vulnerables ante el COVID-19<sup>i</sup>

## “El impacto diferenciado del SARS-CoV-2 / COVID-19 en la población mexicana”

Mtra. Alejandra Isibasi Pouchin<sup>1</sup>, Coordinadora de la Oficina de Presidencia del Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)

Es para mí un placer poder hablar de esto que nombro el “Impacto diferenciado del SARS-COV-2 / COVID 19 en la población mexicana”. Originalmente la conferencia fue publicitada como “COVID-19 y los grupos vulnerables”, pero cambié el título porque me parece importante abordar el tema desde la población mexicana en su conjunto.

Esto se debe a que, en cuanto hablamos de grupos vulnerables, empieza la fragmentalización y la compartimentalización en nuestras cabezas. Se tiende a pensar que los grupos vulnerables son pocos, minoritarios y están escondidos. En realidad, la discriminación es un fenómeno estructural histórico, que atraviesa de manera generalizada a la población mexicana y a la población mundial.

La diferencia entre la discriminación, como fenómeno, y la marginación, la exclusión y la desigualdad. Estos conceptos acompañan a la discriminación y son su resultado, pero vale la pena distinguirlos de forma analítica.

Empezaré con una definición sencilla de discriminación, ésta no es la que está en la Ley Federal, pero la resume como un trato diferenciado, irracional e injustificado que resulte en la obstaculización, restricción o impedimento del ejercicio de los derechos.

En este sentido, la práctica discriminatoria se debe entender, primero que nada, como un trato diferenciado. Es tratar de manera diferente a otra persona, a otro ser humano, y esto es por motivos explícitamente prohibidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).

---

<sup>1</sup> Mtra. Alejandra Isibasi: Socióloga, maestra en Estudios Políticos y tiene un diploma en igualdad y no discriminación por el IJ-UNAM. Ha sido por veinte años asesora en materia de género, salud, desarrollo social e igualdad y no discriminación, para poder legislativo y partidos políticos. Actualmente es la coordinadora de asesores y enlace legislativo del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Fue editora de la dirección de publicaciones académicas de la Universidad Iberoamericana; miembro del Consejo Editorial del Colegio de Posgraduados; editora y coautora en el Centro de Diseño, Cine y Televisión (CENTRO), entre otros. Además, dirigió la revista Bien Común y es blogger invitada en Letras Libres y Animal Político.

El trato diferenciado no es razonable, no es racional. Es injustificado, irracional y está prohibido por la Constitución. Las categorías están incluso explicitadas en la CPEUM y en la Ley Federal para Prevenir y Elimina la Discriminación. Se relaciona con edad, género, sexo, origen étnico, nacionalidad, situación económica, situación de migración, expresión de género, identidad de género, orientación sexual, etcétera. También es discriminación la restricción o la negación del ejercicio de uno o varios derechos.

Cabe aclarar que no se puede calificar como discriminación a cualquier situación; hay criterios para definir estos actos y acciones para poder llegar a orientar o sancionar. Existen sucesos que se quedan en el ejercicio de la libre expresión o, incluso en el ámbito de las “patanerías”.

A veces la gente es grosera, pero si no niega, restringe o impide el ejercicio de un derecho no se pueden tomar acciones a nivel normativo. En estos casos el trabajo tiene que ver más con la conciliación entre las partes, la sensibilización y la concientización en la población.

Para resumir lo dicho anteriormente, la discriminación es este trato diferenciado e injustificado, que al mismo tiempo vulnera o niega el ejercicio de un derecho.

El derecho a la igualdad y a la no discriminación se considera “bisagra” o derecho clave porque su cumplimiento depende de que se puedan ejercer el derecho a la educación, a la salud, al libre desarrollo de la personalidad y al libre tránsito. Al garantizar estos puntos, puede hablarse de una igualdad sustantiva.

## **2.1. La discriminación y sus niveles**

Anteriormente me referí a la discriminación como un fenómeno estructural porque no sólo es el trato diferenciado entre dos sujetos en una interacción sencilla. Ocurre, por ejemplo, cuando alguien le niega a una persona indígena el acceso a un establecimiento comercial. Pero dentro de la práctica hay tres niveles que van más allá, relacionados con un carácter estructural e incluso histórico.

El primero es de los prejuicios y los estereotipos, reproducidos de generación en generación, en el lenguaje y en la cultura. Estos son los que habría de iniciar a combatir y, a la hora de tratar de sensibilizar y concientizar a la población, es donde hay que poner el acento.

Este primer rubro le ocurre a todo el mundo, no se da de forma espontánea y está determinado cultural e históricamente. Las personas suelen estar impregnadas de prejuicios, estereotipos y roles porque éstos se adoptan desde edades tempranas. Forman parte de normas simbólicas que llevan a ordenar la vida social y a justificar el segundo nivel: el de las prácticas discriminatorias.

El segundo escalón es el de las actitudes, conductas y prácticas, el de las normas formales o informales, incluso presente a nivel legal y constitucional. Un ejemplo de esto es el requisito de tener que ser de nacionalidad mexicana para llegar a un puesto de elección popular, situación polémica porque además es defendida por muchas personas. En realidad, esta es una práctica discriminatoria que valdría la pena revisar en los ámbitos legal e informal.

La diferencia entre conductas, prácticas y normas discriminatorias podría entenderse en cuanto a su fijación en la vida social. La práctica se diferencia de la conducta porque la segunda es más espontánea y se fusiona con el momento, también puede recapitarse rápidamente. En cambio, la primera ya está incluida dentro de un reglamento o un set de reglas, aunque sean simbólicamente establecidas, por lo tanto, su combate es sumamente complicado.

La práctica discriminatoria debe ser señalada en cuanto se detecta porque suele estar normalizada. Como ejemplos por excelencia destacan las “filas VIP” o las “filas premier” de los cines o bancos. Éstas suelen hacer felices a las personas, quienes pagan para tener ese tipo de privilegios por encima de los demás.

Otro caso de práctica discriminatoria radica en la contratación, cuando se solicita que el currículum vitae tenga fotografía y datos personales como la edad y el género. Lo ideal sería que, a la hora de entregar una solicitud laboral, se evite poner la foto, la edad y el género porque son factores con influencia negativa en la contratación. Generalmente se pone atención a la edad, el tono de piel, el origen y, a través de estereotipos y prejuicios, se decide si una persona es apta o no para el empleo.

Esto da pie al tercer nivel: el estructural, el de las brechas de desigualdad. Ahí radica la diferencia entre la discriminación y la desigualdad.

La desigualdad es un estado de cosas, una diferencia no sólo de trato injustificado, como definíamos al principio. Es una diferencia real en el acceso a los bienes, los servicios públicos y los privados; una diferencia real en términos de exclusión e inclusión en los principales ámbitos; una diferencia real en términos de acceso a la vida social.

Las brechas de desigualdad se construyen a partir de la discriminación permanente e histórica hacia ciertos grupos. En México hay muchas, principalmente en ámbitos como la salud, el empleo, la justicia, la seguridad social y el acceso a servicios. Éstas son muy difíciles de cambiar y requieren reformas normativas, combate directo, cambio cultural y, fundamentalmente, voluntad política. Es pocas palabras, un proyecto político específico.

En este proceso resulta importante la labor efectuada por el Conapred. Evidentemente hay muchísimas instituciones que atienden el tema de desigualdad, pero desde el combate a la discriminación también es posible enfrentar la desigualdad, así como señalar prácticas y conductas reformables.

## **2.2. Derecho a la igualdad y a la no discriminación**

El enfoque de igualdad y no discriminación comprende que cualquier política pública, por más razonada que sea, impactará de manera diferenciada a los grupos poblacionales debido a la existencia de la discriminación estructural descrita anteriormente.

El enfoque de igualdad y no discriminación implica desagregar, en la medida de lo posible, la información de manera que podamos ver cómo impacta en las personas un fenómeno, según su edad, origen étnico, tono de piel, etcétera.

Al decir esto muchos podrían pensar que con esta medida se discrimina, pero al momento de la medición “no hay de otra”. Es un debate con sus aristas y diversas posturas.

Si por ejemplo se desea conocer cómo impacta de manera diferenciada tipo de piel al acceso al empleo en nuestro país, sería necesario medir y pedirle a cada participante de la investigación una autodescripción, como el estudio de movilidad de El Colegio de México (Colmex), el Conapred y la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis).

A veces hay es necesaria esa diferencia, pero si el enfoque es de igualdad y no discriminación la información recabada se usará para comprender el impacto diferenciado de una situación específica sobre los distintos grupos poblacionales.

### **2.3. La Jornada Nacional de Sana Distancia**

Con base en el breve marco previamente revisado, abordaré la Jornada Nacional de Sana Distancia decretada por el Consejo de Salubridad el 23 de marzo de 2020 y, que desde el día 31 de ese mismo mes, permitió sólo la realización de actividades esenciales para la vida pública del país.

La medida es el ejemplo de una política que resulta razonable, proporcional y racional pues, de acuerdo con el titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, tuvo el objetivo de aplanar la curva de contagios de coronavirus (COVID-19).

El primer gran mito alrededor de la pandemia es que “no discrimina”, suele decirse que el padecimiento le da a cualquiera. En efecto sí; el SARS-CoV-2 es un virus que se aloja de manera molecular en cualquier persona y, en ese sentido, no discrimina. Sin embargo, las consecuencias sobre la población por la propagación de la enfermedad tienen efectos diferenciados.

#### **2.3.1. Vulneración de derechos en el acceso a la salud**

Una de las primeras acciones fue identificar a los grupos de riesgo como parte de una respuesta científica. En el caso de COVID-19 son mayores de sesenta años; ciudadanos con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus y problemas cardiacos; personas embarazadas o población con VIH que, por tener un sistema inmune deprimido, son más vulnerables al virus.

Alrededor de estos grupos de población, identificados principalmente por sus características fisiológicas, se empezaron a generar prejuicios y estigmas como pasó en su momento con el VIH. En el caso de COVID-19, el estigma cae sobre las personas que están o estuvieron enfermas, así como sobre sus familiares porque son considerados “foco de infección”.

En Europa, por ejemplo, a las personas mayores se les permite comprar en el supermercado únicamente en un horario específico, bajo el pretexto de que eso los mantendrá a salvo de contagios. Desafortunadamente, esto puede caer fácilmente en una práctica discriminatoria.

El estigma de la peligrosidad también pesa sobre los extranjeros (principalmente asiáticos), el personal de salud y las personas de la diversidad sexual, éstas últimas han sido históricamente acusadas, agredidas y perseguidas por su expresión y orientación sexual. Por si fuera poco, en este contexto algunas iglesias y religiones los señalaron por presuntamente transmitir COVID-19.

Esta población de riesgo no sólo es contemplada por la ciencia; a nivel social son considerados peligrosos y sobre ellos pesan prejuicios. Podría decirse que este es un primer nivel de impacto diferenciado de la pandemia, pero hay otro relacionado con lo estructural.

En Conapred trabajamos por ámbitos para romper con la idea malentendida de “grupos vulnerables”. De esta forma podemos apreciar quién sí y quien no tiene acceso a los principales ámbitos de desarrollo.

Hay sectores cuya vulneración de derechos se repite constantemente; esto es sumamente grave y se define como discriminación estructural aumentada o interseccional. Por ejemplo, algo “peor” que ser mujer en México es ser mujer indígena, o ser mujer indígena joven, o ser mujer indígena joven con una discapacidad.

En este sentido, mientras alguien pertenezca a más grupos históricamente discriminados, peor es su condición. Para no encasillarlo en grupos, lo referiré como niveles de acceso y de vulneración de derechos.

En cuanto COVID-19, la vulneración de derechos sanitarios se ha dado, sobre todo, para las personas con discapacidad. En su caso, tiene que ver con una falta de acceso a la información oportuna, accesible y la atención especializada.

Actualmente ya existe el esfuerzo de difundir información relacionada con la pandemia en lectura fácil para personas con discapacidad intelectual, para que las conferencias del sector salud puedan ser entendidas por este grupo de población. Por ley, así como debido a lo establecido en el reglamento del Instituto Federal de Telecomunicaciones (Ifetel), se elaboran

traducciones a lengua de señas mexicana y audios para las personas ciegas, para garantizar su derecho de acceso a la información.

La atención especializada era un pendiente, pero ya se hizo el directorio de personas traductoras de lengua de señas mexicana para que se pueda atender a la población con discapacidad auditiva en clínicas y hospitales.

Esta fue una de las cosas que angustiaba a niños, niñas y adolescentes que participaron el 30 de abril pasado en la conferencia vespertina de la Secretaría de Salud.

“¿Cómo le hago si mi mamá o papá se enferma, tengo que ir al hospital y no sé hablar porque sólo entiendo lengua de señas mexicana?”, fue una pregunta enviada a Conapred. Por este motivo, ahora existe el directorio de intérpretes y, por WhatsApp, se trata de hacer la videollamada en caso de requerirse.

Lo mismo para comunidades indígenas y afroamericanas. La pertinencia cultural es muy importante, por lo tanto, el acceso a la información debe contemplarlo: los datos deben estar traducidos a las principales lenguas con un formato sencillo. La información debe ser útil para la comunidad y estar en sintonía con su entorno.

Por ejemplo, no tiene caso hablar de gel antibacterial si una población no tiene acceso a él. Tampoco tienen sentido las traducciones a un idioma específico si en el hospital nadie lo habla. Otra ejemplificación: las personas jornaleras-agrícolas tienen vulnerados sus derechos a la salud porque sus lugares de trabajo carecen de medidas sanitarias básicas como la proporción de agua y jabón para el lavado de manos.

Con esto no trato de hacer ningún tipo de denuncia específica, debo reconocer los esfuerzos efectuados para el trabajo conjunto sobre las problemáticas, pero no se puede ignorar lo difícil que resulta para los jornaleros agrícolas implementar medidas de sana distancia entre sí. Sobre todo, si se toman en cuenta los métodos de desplazamiento a sus lugares de labores.

Durante la pandemia alarmó que las personas con VIH no habían tenido acceso a sus antirretrovirales. No es una condición general porque, en cuanto se detectó, el sector salud se esforzó para proporcionar los medicamentos. Sin embargo, el primer efecto de la pandemia y de la reconvención hospitalaria fue el abandono temporal de los tratamientos seguidos por ciertos grupos.

Las personas migrantes, las privadas de la libertad y las internadas en hospitales psiquiátricos no tienen acceso a la información sobre el coronavirus (COVID-19), tampoco formas de autocuidarse por medio de medidas sanitarias estandarizadas. Esa es una problemática que habría de tomarse en cuenta.

Con el sector salud se ha trabajado, pero sólo a través del enfoque de igualdad y no discriminación se concientizó sobre la diversidad de problemas. Desafortunadamente, este tipo de consideraciones no llegan espontáneamente a los diseñadores de políticas públicas.

Para las personas en situación de calle sucede lo mismo, de por sí tienen condiciones estructurales precarias y frente a COVID-19 es peor. No tienen acceso a la salud, no se acercan a hospitales o clínicas fácilmente y, por desgracia, tampoco son bien recibidos. En algunos casos tienen problemas previos de salud que, probablemente, los haga grupos de riesgo. Su acceso a la información es restringido y la aplicación de medidas sanitarias es sumamente difícil.

### **2.3.2. Vulneración de derechos en el acceso al empleo**

La Jornada Nacional de la Sana Distancia trajo consigo vulneración a nivel laboral porque quedarse en casa afecta en muchos sentidos a los trabajadores. En el caso de las empleadas de la industria maquiladora, ellas fueron obligadas a seguir sus funciones en una clara afectación de sus derechos laborales.

Hubo ciudadanos despedidos injustificadamente por ser parte de los llamados grupos de riesgo, algunos de ellos trabajaban en industrias consideradas esenciales. Vuelvo al tema de las maquiladoras: como este sector no paró, se despidió a individuos considerados en riesgo de muerte por la pandemia.

Mucha gente fue obligada a dejar su empleo, se les “descansó”, como en el caso de las trabajadoras del hogar. Ellas fueron “descansadas” o despedidas porque sus empleadores no estuvieron dispuestos a pagar sus sueldos íntegros durante la cuarentena.

En Conapred hubo una queja de una persona con VIH que, por comunicar su condición de salud, para definirse como parte de los grupos de riesgo y poder trabajar a distancia, fue despedida. La atención de este caso actualmente está en proceso. Otras denuncias tienen que ver con ciudadanos con este mismo padecimiento, quienes se vieron obligados hacer pública

su condición, pero aun así fueron llamados a laborar presencialmente. Por si fuera poco, a raíz de su confesión comenzaron a ser hostigados y acosados.

Las trabajadoras y los trabajadores sexuales vieron reducidos sus ingresos y su actividad debido a la Jornada Nacional de Sana Distancia; desafortunadamente no hubo una consideración inmediata sobre este grupo. Fue tiempo después cuando comenzó a pensarse en programas de apoyo enfocados a dicho sector, luego de que se movilizaron para expresar sus afectaciones.

La lista de afectados incluye a trabajadores informales, vendedores, repartidores, etcétera. En cuanto a los llamados “freelancers” o trabajadores independientes, también vieron mermado su acceso a fuentes de ingresos. Su condición ya es de por sí desventajosa en México, pero se agudizó en el contexto de la pandemia.

Otra de las notorias diferencias evidenciada a raíz del confinamiento se relaciona a las condiciones con las que los trabajadores siguieron sus actividades a distancia. Hay quien tiene un ancho de banda de 20 GB, mientras otros deben compartir su acceso a Internet con más gente y en horarios distintos.

Los empleados sufren cortes de luz, acceso limitado a dispositivos electrónicos, etcétera, lo que constituye vulneraciones laborales dado que las empresas no están proporcionando los ajustes razonables para superarlas.

### **2.3.3. Vulneración de derechos en el acceso a la educación**

Durante la cuarentena por la crisis sanitaria derivada del coronavirus (COVID-19), la vulneración de derechos en el acceso a la educación ha sido experimentada principalmente por niños, niñas y adolescentes.

El acceso limitado a la tecnología, tanto en hogares como en centros educativos, no es tan evidente en zonas urbanas porque la consulta de las clases a distancia se resolvió de diversas formas, una de ellas se relaciona con el préstamo de dispositivos electrónicos efectuado por los padres de familia a sus hijos para el seguimiento de los cursos, la entrada a plataformas y la descarga de aplicaciones. Aunque muchas veces los dispositivos no tienen las funciones necesarias, se logró solventar el problema inmediato.

Sin embargo, el caso de las zonas rurales es completamente diferente porque el acceso a dispositivos no está garantizado, por lo tanto, la educación tampoco se garantiza dada la falta de clases presenciales. En ese caso se manifiesta una vulneración grave del derecho a la educación, así como una interrupción del programa escolar. Las comunidades indígenas y afro-mexicanas están en estas circunstancias.

Aquí vuelve a surgir la pertinencia cultural citada anteriormente. Hace poco se denunció en redes sociales que a los estudiantes de telesecundaria con discapacidad se les dio clases por televisión con lengua de señas argentina. Este tipo de lengua es específica para cada país, por lo que los alumnos mexicanos no entendían nada.

La falta de acceso a las tecnologías implica un reto mayor que deberá ser enfrentado en la “nueva normalidad”; esto debe ser un derecho básico y se tienen que pensar formas para garantizar a cada estudiante la posesión de un dispositivo electrónico.

#### **2.3.4. Vulneración de derechos en el acceso a la vivienda**

El acceso a la vivienda también se vulneró gravemente para las personas de la diversidad sexual y para las trabajadoras y trabajadores sexuales. Particularmente, la población trans han sufrido la expulsión de sus hogares.

Hay recintos donde estos ciudadanos acudían para estar con sus amigos y pasar tiempo en un ambiente donde sí son bienvenidos y queridos. Por desgracia, durante el confinamiento muchos tuvieron que quedarse en lugares violentos, donde no son entendidos ni incluidos. Esto ha sido con niños, niñas y adolescentes, no sólo con personas mayores de 18 años.

En el caso de las trabajadoras y trabajadores sexuales, especialmente los que laboraban en hoteles, fueron expulsados de esos recintos y ahora se encuentran en situación de calle, sin poder trabajar y sin acceso a la vivienda.

El personal de salud vio como el ingreso a sus propias casas fue bloqueado por los vecinos. A los empleados de este sector se les ha pedido que vivan temporalmente en otro lado para no “contagiar” a sus cercanos. A todas luces, éstas son prácticas discriminatorias.

Las víctimas de COVID-19 y sus familiares también se han visto en esa situación. Cuando recién empezó la cuarentena, hubo un caso de un paciente que se recuperaba de la enfermedad

en su casa por recomendación médica. Ante esto, la administración de su condominio le aventaba agua con cloro en el pasillo y la puerta; incluso le negaban el acceso al farmacéutico, al repartidor de comida y a los familiares del convaleciente.

A raíz de esto se presentó una queja, por lo que se procedió a trabajar con la administración del condominio para que la persona tuviera acceso a medicinas, tratamientos y alimentación. Esta fue una clara vulneración al derecho a la vivienda.

Para las personas migrantes la vivienda siempre ha sido vulnerada, pero en época de coronavirus (COVID-19) aún más. Las estancias en albergues, por ejemplo, fueron negadas y algunas comunidades los expulsaron no sólo de los refugios, sino también de las demarcaciones.

### **2.3.5. Vulneración de derechos en el acceso a la justicia**

El acceso a la justicia es una actividad esencial que no fue prohibida en ningún momento por el Consejo de Salubridad; sin embargo, es un hecho que las poblaciones desplazadas, los familiares de personas desaparecidas y las víctimas de violencia en general vieron vulnerada la garantización de la justicia pronta y expedita. Aunque ésta es una actividad esencial que no debe detenerse, sí se vio ralentizada.

### **2.3.6. Vulneración de derechos en el acceso a los servicios**

Finalmente, el acceso a servicios. Como ejemplos se pueden citar el del personal de salud que no puede entrar a tiendas de conveniencia; la madre de familia que no puede entrar con sus hijos pequeños al supermercado; la persona mayor a la que le niegan el acceso a sitios por su edad. Este tipo de políticas surgen a partir de buenas intenciones, pero terminan por desencadenar en conductas o prácticas discriminatorias.

## **2.4. Mujeres: Desigualdad y violencia de género**

Aquí cabe hacer una mención especial al grupo más discriminado históricamente en México y en el mundo: el de las mujeres. En el marco de la pandemia se evidenció su condición frente a la discriminación estructural, por la doble jornada laboral a la que son sometidas.

El trabajo doméstico y de cuidados recayó aún más sobre este grupo; tradicionalmente era así, pero se agudizó con la estancia prolongada de todos los miembros de la familia en la

casa. Veinticuatro horas y siete días a la semana les toca atender a los parientes, eso también desencadenó mayores niveles de violencia.

La asignación de roles, masculino y femenino, contribuye de alguna manera al aumento de la violencia doméstica en el confinamiento.

La dinámica de hogares se tendrá que estudiar con mayor profundidad como problema público, pues aumentaron los cuestionamientos sobre qué pasa al interior de ellos. Anteriormente eran considerados espacios privados, pero claramente será necesario invitar al Estado a su interior para regular la asignación roles que lastimosamente fomentan las agresiones contra las mujeres.

Me gustaría que esta “nueva normalidad” fuera más equitativa y justa con el sexo femenino. Esto implicaría poner en el centro de la vida social y pública, no nada más en lo familiar, el tema de los cuidados hacia los niños y niñas, adultos mayores, personas con discapacidad y con enfermedades.

Este rubro debería cambiar, distribuirse equitativamente e incluso profesionalizarse sistemáticamente. La consecuencia directa sería un aligeramiento de la doble o triple carga de trabajo sobre las mujeres, la discriminación estructural en la que ellas se encuentran y los niveles de violencia generados por esta situación.

## **Conclusión**

Me parece que una buena propuesta para la “nueva normalidad” se relaciona con la equidad de género y un sistema de cuidados públicos profesionales y generalizados cuya construcción recaería en la colectividad. Como último punto, las enfermeras son las mujeres más afectadas en el sistema de salud durante la pandemia. Han sufrido agresiones, se contagiaron de COVID-19 en el cumplimiento de su labor y, además, tienen que conciliar la vida familiar. En este sentido, mi invitación es a pensar una “nueva normalidad” equitativa e incluyente, con el centro de la discusión el tema de los cuidados.

---

<sup>1</sup> Videoconferencia del 19 de mayo de 2020 – Primer Ciclo de Webinars: “Democracia y Derechos Humanos”  
Consulta en: [https://www.youtube.com/watch?v=I64Go6T7f\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=I64Go6T7f_M)  
<https://www.facebook.com/118205142918183/videos/257884181993386>

# El futuro del empleo en México<sup>1</sup>

PhD. David Kaplan<sup>1</sup>, Especialista Senior en la División de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El tema de los empleos es particularmente importante en esta época. Apenas estamos en el proceso de recepción de datos relacionados con esta crisis, por lo que es complicado saber hacia dónde llegará, su nivel de profundidad y cómo se efectuará la recuperación. Considero que podrían retomarse aspectos de emergencias anteriores, para tener alguna idea de lo venidero.

Hablaré brevemente de cómo era el mercado laboral en México antes de la crisis sanitaria, revisaré los primeros datos en torno a ella y plantearé qué paso en 2019. Finalmente emitiré algunas reflexiones sobre las políticas públicas.

Desafortunadamente, antes de la pandemia de coronavirus (COVID-19), el mercado laboral de esta nación ya era atípico. En el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) existe una iniciativa llamada Índice de Mejores Trabajos, se trata de un ranking de los mercados laborales de 17 países en América Latina.

## 5.1. El mercado laboral antes de la pandemia de COVID-19

En 2018 la República Mexicana fue el cuarto país con mayor PIB per cápita en la región. Generalmente hay una estrecha relación entre el PIB per cápita y el ranking de mercado laboral del BID, pero este caso es la excepción y está en el lugar 13 de 17 territorios latinoamericanos.

El Índice de Mejores Trabajos tiene cuatro indicadores, dos de ellos nombrados de cantidad y participación laboral, sobre quienes están en el mercado como trabajadores o en busca de empleos; en ese rubro, la nación está en el sitio 10 de 17. En otro indicador de ocupación

---

<sup>1</sup> PhD. David Kaplan: Doctor en Economía por la Universidad Cornell y Especialista sénior en la División de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Los temas que desarrolla actualmente son: diseño de sistemas de seguridad social y seguro de desempleo, así como evaluaciones de impacto de políticas activas del mercado laboral. Fue economista de investigación en la Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos, profesor asistente de Economía en el Instituto Tecnológico de México, y especialista en el desarrollo del sector privado para el Banco Mundial. Ha publicado artículos de investigación en las Revista de Perspectivas Económicas, la Revista de Economía del Desarrollo, y la Revista de Economía y Estadística.

laboral, es decir, quienes efectivamente tienen empleo, aparece en el séptimo escaño. Por si fuera poco, le va pésimo en los indicadores de calidad de empleo. Por ejemplo, en formalidad laboral, la medición de los trabajos que cuentan con seguro social se encuentra en el lugar 10 de 17.

Respecto al indicador de salario suficiente, donde se mide si el ingreso laboral alcanza para superar la pobreza, México aparece en el sitio 14 de 17. Esto es casi una tragedia porque refleja un país no tan pobre en agregado, pero con un mercado laboral con mal funcionamiento.

En general la relación es lógica, las regiones con mayores niveles de PIB per cápita normalmente cuentan con mejores salarios. Por desgracia México es la excepción y, pese a ubicarse en una parte relativamente alta del PIB per cápita, tiene un salario por hora menor comparado con varias naciones más pobres como Brasil, República Dominicana, Paraguay y Colombia. De alguna manera se tienen salarios bajos, lo cual resulta inexplicable por el nivel de riqueza existente en el país.

En el caso de la informalidad laboral los resultados no son tan dramáticos, pero van en la misma línea. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) define a este concepto como la situación en la que se tiene empleo, pero se carece de seguridad social.

Al compararse la informalidad de la República Mexicana con países de PIB per cápita similar como Brasil, que tiene uno menor; Uruguay, que es mayor; Argentina, que ese año tenía uno muy similar; la tasa de informalidad de México es sustancialmente más alta. En este sentido, este territorio posee la informalidad correspondiente uno más pobre. Ante esto, se debe tomar en cuenta que la medición parte de un mercado laboral con múltiples problemas.

En el ámbito de las buenas noticias, provenientes antes de la etapa de crisis, la semana pasada el Inegi dio los resultados laborales del primer trimestre de 2020 y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) procesó esos datos.

El ingreso laboral promedio de la población ocupada indica que, en dicho periodo, antes de la pandemia, por fin había buenos resultados en consideración con el bajo crecimiento económico registrado en el año 2019. Los ingresos laborales habían repuntado al menos antes de esta crisis, aun debemos ver qué pasa después. Adicionalmente, la crisis de 2008-2009

tuvo un impacto negativo en los ingresos laborales y, de hecho, según este indicador, nunca se recuperó el valor real del ingreso laboral.

## **5.2. Datos laborales en el contexto de la pandemia**

Para conocer cómo nos está yendo o qué podemos observar de los primeros datos laborales en esta época de pandemia, se cuenta con la información emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Como lo señala la gráfica no<sup>4</sup>, cada punto representa el cambio porcentual del empleo registrado ante el IMSS, respecto al mismo mes del año anterior. El último dato duro es de abril de este año y observamos que de abril de 2019 al mismo mes de 2020 hubo una reducción de empleos formales de 2.2 por ciento. El fin de semana pasado el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) adelantó que para mayo podemos esperar una reducción de 400 mil empleos formales.

De manera tentativa, pero con base en las cifras retomadas, el cambio anual en el empleo de mayo de 2019 a mayo de 2020 sería una reducción de 4.2 por ciento. Eso implicaría superar la peor reducción porcentual de trabajos registrada ante el IMSS, ocurrida en la crisis de 2009.

Con los datos disponibles hasta el momento y con lo adelantado el presidente AMLO podemos decir que, cuando se den a conocer las cifras de mayo, la actual crisis del empleo formal es más profunda que la del 2009. Además, nos sumergimos en ella forma más rápida. Esta situación lleva apenas dos o tres meses y la reducción de los trabajos es verdaderamente dramática.

Aun así, todavía estaríamos lejos del peor momento de la crisis de 1995. De noviembre de 1994 a noviembre de 1995, el empleo formal cayó en 9.3 por ciento; pese a las cifras de mayo, estamos lejos de ese escenario. Temo pronosticar, pero espero que México no llegue a ese punto.

---

<sup>2</sup> Revisar Gráfica 4.

Antes de esta crisis, cuyo inicio se podría fijar en marzo de 2020, la tendencia del empleo formal ya no era tan favorable porque aproximadamente desde el segundo semestre de 2018 hubo una desaceleración en la creación de trabajos formales.

Si solamente nos fijamos en indicadores, la recuperación respecto a una crisis parecería rápida. Por ejemplo, a finales de 2010 los datos muestran que las dificultades del empleo presentadas en 2009 habían terminado. Al observar las cifras de 1995, en apariencia para 1997 el mercado laboral se había recuperado. En este punto deseo emitir una aclaración: debemos ser cautelosos para no declarar la victoria sobre la crisis antes de tiempo, porque las dificultades reflejadas en la economía tienden a dejar huellas.

### **5.2.1. La reducción del empleo afecta a los trabajadores de ingresos bajos**

Además de los cambios en el sector del trabajo formal, se puede saber quiénes sufren de manera particular dentro de este contexto. Para ello presentaré la reducción porcentual del empleo según rango salarial del periodo abril de 2019 - abril de 2020.

En primer lugar, se definen los rangos salariales como los presenta el IMSS. Una de sus formas de clasificarlos es por medio de la medida de Unidad de Medida y Actualización (UMA). No es perfecta, pero en términos generales mantiene el mismo valor de un año a otro.

En la gráfica no.5<sup>3</sup>, la ganancia de hasta 25 UMAS como el tope marcado, básicamente se observa la reducción del empleo total en un 2.2 por ciento. Si se analizan los datos de la parte alta, la reducción de puestos de trabajo de quienes ganan hasta dos veces la UMA, es mucho mayor, con 11.3 por ciento. Respecto a quienes perciben hasta tres UMAS, es el 7.2 por ciento.

La gráfica no. 5 muestra lo que todos sospecharíamos: los primeros en perder sus empleos tienden a ser quienes menos ganan. Ya estaban vulnerables antes de la crisis y ahora pierden sus trabajos de manera más que proporcional. Por si fuera poco, los jóvenes son el primer grupo en recibir los impactos. Considero valioso destacar la tendencia desfavorable inició incluso antes del 2018.

---

<sup>3</sup> Ver anexo gráfica 5

### 5.2.2. El desempleo en las juventudes

Los datos de la gráfica no.6<sup>4</sup> muestran el cambio porcentual anual respecto al mismo mes del año anterior. La línea azul es de trabajadores de hasta 29 años; con esto se observa que, aproximadamente desde 2008, este grupo inició una tendencia menos favorable respecto a otros sectores. Incluso los cambios se volvieron negativos en 2009.

En los datos de abril se manifiesta una modificación verdaderamente preocupante para este grupo. En el periodo abril de 2019 - abril de 2020, el empleo formal de trabajadores de hasta 29 años cayó en 6.8 por ciento.

Es necesario comprender por qué el empleo presenta disminuciones. Actualmente se justifica en los despidos derivados de la pandemia de coronavirus (COVID-19), desde luego es cierto. Desafortunadamente, los datos del IMSS no permiten distinguir entre una separación voluntaria o renuncia y alguien despedido de su trabajo.

También podemos observar las nuevas contrataciones. En la gráfica no.7<sup>5</sup>, sólo del mes de abril de cada año, la línea azul representa la tasa de contrataciones y el porcentaje de los trabajadores cuyo ingreso al sector formal se efectuó en el último mes. La línea roja es la tasa de separaciones, básicamente el porcentaje de los trabajadores separados de su puesto desde el mes anterior. La tasa de separación no muestra grandes cambios en el tiempo. Si pudiéramos distinguir entre renunciaciones y despidos, seguramente veríamos otra cosa.

Estoy seguro de la gran cantidad de despidos registrados en abril. Las personas no despedidas prácticamente no renunciaban, esto bajo la lógica de que nadie dejaría un trabajo formal en estos tiempos. Pero la suma de las separaciones, renunciaciones y despidos en el mes de abril no fue diferente a lo registrado en años anteriores.

La tasa de contratación es de solamente 4.2 por ciento en abril de 2020, la más baja de todos los meses desde el inicio del registro de los datos. La cifra incluso es mínima para lo ocurrido en diciembre, mes donde suele haber pocas contrataciones.

---

<sup>4</sup> Ver anexo gráfica 6

<sup>5</sup> Ver anexo gráfica 7

Los datos son relevantes porque, sumado a los despidos, hay pocas contrataciones en el mercado laboral. Si hoy un joven deseara entrar a él estaría en problemas simplemente por la falta de empresas con vacantes.

### **5.3. ¿Qué debemos esperar durante y después de la crisis derivada de COVID-19?**

Luego de la información presentada con anterioridad, se puede transitar a la parte de qué podemos esperar en esta crisis en la medida de las lecciones dejadas por dificultades presentadas en el pasado. En la gráfica no. 8<sup>6</sup> aparecen los promedios de cada año. Las barras azules son el promedio de los 12 meses de la tasa de contratación, mientras el color rojo representa el promedio de la tasa de separación.

No sorprende que en 2009 haya pocas contrataciones, pues era el año de una crisis económica. En realidad, deseo enfatizar el bajo nivel mantenido en la tasa de contratación, cuya prolongación llegó aproximadamente hasta 2016. Esto significa que una crisis con duración de 1 o 2 años dejó una cicatriz prolongada.

Para retomar el tema de los jóvenes, quienes tenían intenciones de entrar al mercado laboral en 2009 tuvieron problemas por la baja cantidad de puestos disponibles. Desafortunadamente la situación se mantuvo durante 2010, 2011, 2012 y 2013.

Así pues, desde el punto de vista de una persona fuera del mercado laboral formal, la crisis del 2009 no fue de sólo uno año. Su impacto derivó en pocas contrataciones a lo largo de muchos años.

Debido a esto, durante la nueva emergencia por la pandemia de coronavirus, debemos vigilar de cerca este punto. Además de las contrataciones y separaciones, evidentemente el desempleo y la tasa de desocupación aumentará.

La tasa de desempleo aumentó de forma rápida, prácticamente de la noche a la mañana, por factores involuntarios. Adicionalmente, la recuperación fue un proceso gradual y lento. Años después, el desempleo por razones involuntarias mantuvo un nivel bastante alto. Este es otro ejemplo de que una “crisis transitoria” puede dejar huella en el mercado laboral.

---

<sup>6</sup> Ver anexo gráfica 8

La subocupación incluye a personas con empleo, quienes quisieran trabajar más pero no pueden hacerlo. Son ciudadanos que en teoría no están desempleados porque su búsqueda de trabajo no es activa, pero se declaran disponibles para trabajar.

Los también conocidos como “desempleados encubiertos” o “trabajadores desalentados” no son incluidos en las cifras de desempleo. El indicador se incrementa dramáticamente y tarda años en recuperarse.

Después de la crisis de 2009 los ingresos laborales tal vez nunca se recuperaron. Otros conceptos, como la tasa de contratación, el desempleo, el subempleo y varios más mostraron una recuperación lenta posterior a ese acontecimiento. Eso seguramente se reflejará en los niveles de pobreza.

En el siguiente rubro no presento una gráfica de pobreza como tal, sino lo que el Coneval pobreza laboral. Esto se refiere a una situación donde las personas no cuentan con ingresos suficientes para adquirir la canasta básica. Dentro del contexto de pandemia la pobreza laboral aumentó inmediatamente y de manera dramática.

#### **5.4. Reflexiones sobre las políticas públicas**

Sobre mis recomendaciones para enfrentar la crisis derivada de la pandemia diría que me sumo a quienes solicitan medidas para la preservación del empleo. En cuanto a los casos donde esto no es posible, lo ideal sería apoyar el ingreso a través de algún tipo de seguro de desempleo. Además, existen otras medidas importantes con la capacidad contribuir en este contexto tan complejo, como el mejoramiento de la atención médica y las transferencias de programas sociales.

El Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY) propuso subsidiar el salario de trabajadores formales. El Coneval y otros grupos recomendaron subsidiar las cuotas patronales del IMSS. El Centro de Estudios Educativos Sociales (CEES) abogó por la existencia de algún tipo de seguro de desempleo para los trabajadores que perdieron sus empleos formales.

Me sumo a esas iniciativas al considerar las medidas para preservar el empleo como fundamentales. Aunque éstas no eliminan los efectos negativos de la crisis, al menos la mitigan.

#### **5.4.1. El Servicio Nacional de Empleo**

El Servicio Nacional de Empleo (SNE) será más importante que nunca, especialmente durante la reactivación económica. Desconozco cuándo iniciará este proceso, pero cuando las empresas empiecen a contratar nuevamente un servicio público como el SNE cumplirá un rol fundamental para los trabajadores porque les ayudará a encontrar un rol.

Pese a las adversidades, hay empresas con puestos vacantes. Según datos del IMSS, esto ocurre en el sector de supermercados, tiendas de autoservicios y departamentos especializados. Ahí hubo aumentos de casi 50 mil personas en el periodo abril de 2019 - abril de 2020.

Algunos buscadores de empleo cuentan con sus propias redes y contactos, otros acceden a bolsas de trabajo privadas como Manpower u OCC. Sin embargo, un servicio público del empleo cumple el rol fundamental de atender a las personas que no pueden acceder a las bolsas privadas y no tienen redes propias para encontrar trabajo. El SNE debería mejorar, recomendaría fortalecer esa institución tan importante en momentos como este.

#### **5.4.2. Jóvenes Construyendo el Futuro**

Tras referirme en múltiples ocasiones a los jóvenes recuerdo al programa social “Jóvenes Construyendo el Futuro”, éste podría ser una herramienta realmente importante para el momento actual.

Como se refirió, las vacantes laborales para este sector van en tendencia desfavorable. En este sentido, sería útil saber cómo le fue o cómo les está yendo a los egresados, a los becarios, a quienes empezaron su capacitación el año pasado, quienes terminaron su capacitación a principios de este año. Sería particularmente relevante conocer el porcentaje de personas que consiguieron empleos formales. Esto serviría a modo de evaluación de la política pública, también para hacerle ajustes en caso de necesitarlos.

Se me ocurre, sin la observación de resultados durante una reactivación económica, que “Jóvenes Construyendo el Futuro” podría tener un enfoque mayor en la creación de trabajo para este sector poblacional, a partir de incentivos para su contratación formal. Además, debemos fortalecer aún más el uso de herramientas enfocadas al poder de negociación de los trabajadores.

El ingreso laboral promedio todavía no recupera su nivel previo a la crisis del 2009. En ese sentido, el aumento en general a instrumentos como el salario mínimo se percibe con buenos ojos. Personalmente, tengo esperanza sobre las medidas relacionadas a la nueva Reforma Laboral, para que fortalezcan la democracia sindical y, por tanto, hagan a esas instituciones voces efectivas a favor de los agremiados.

Esto no implica la existencia de aumento importante al salario mínimo para el próximo diciembre. No sé en qué condiciones vamos a llegar a ese mes, para el 2021 puede haber incluso mayor cautela.

En contraste, sí me refiero al mediano plazo. Debemos retomar el rumbo del salario mínimo y fortalecer los sindicatos. A mi juicio sería una tragedia que, en el 2028, por poner una fecha, el desempleo esté a niveles bajos y el salario promedio sin recuperar el valor alcanzado durante el primer trimestre del 2020.

## **Conclusiones**

No debemos conformarnos con una recuperación lenta, en mi opinión la redención tardía del mercado laboral mexicano luego de la crisis de 2009 debe ser vista como un problema. Como ejemplo, parecería razonable si en el 2022 el Producto Interno Bruto (PIB) crece sin su correspondiente en la generación de empleos formales. Sin embargo, si la tasa de desempleo sigue alta y la tasa de contrataciones baja, así como los ingresos promedio, la crisis no habría terminado. No debemos dejar de promover la existencia de un mejor mercado laboral mejor hasta que todos los indicadores vuelvan a sus valores originales.

Mi llamado se enfocará a evitar la declaración de victoria hasta la completa recuperación del mercado laboral. Estamos cerca de la peor erupción de empleos, en términos porcentuales, registrada desde la crisis de 1995. Aun así, nos mantenemos lejos de los peores momentos de esos últimos años del siglo pasado.

Reiteraré nuevamente que los jóvenes y los trabajadores de bajos ingresos son quienes más sufren en esta pandemia. Mi mayor preocupación radica en el establecimiento de una cicatriz duradera en el mercado laboral ante el paso de la crisis transitoria. Eso ocurrió en 2009, por eso el llamado a no repetir los mismos errores durante esta etapa. La implementación de políticas públicas para la preservación del empleo y su posterior reactivación podrían

determinar tanto la profundidad de esta crisis como la rapidez para superarla. Si todo sale bien, en la posible recuperación se darían las condiciones para retornar un mercado laboral pleno y con empleo.

---

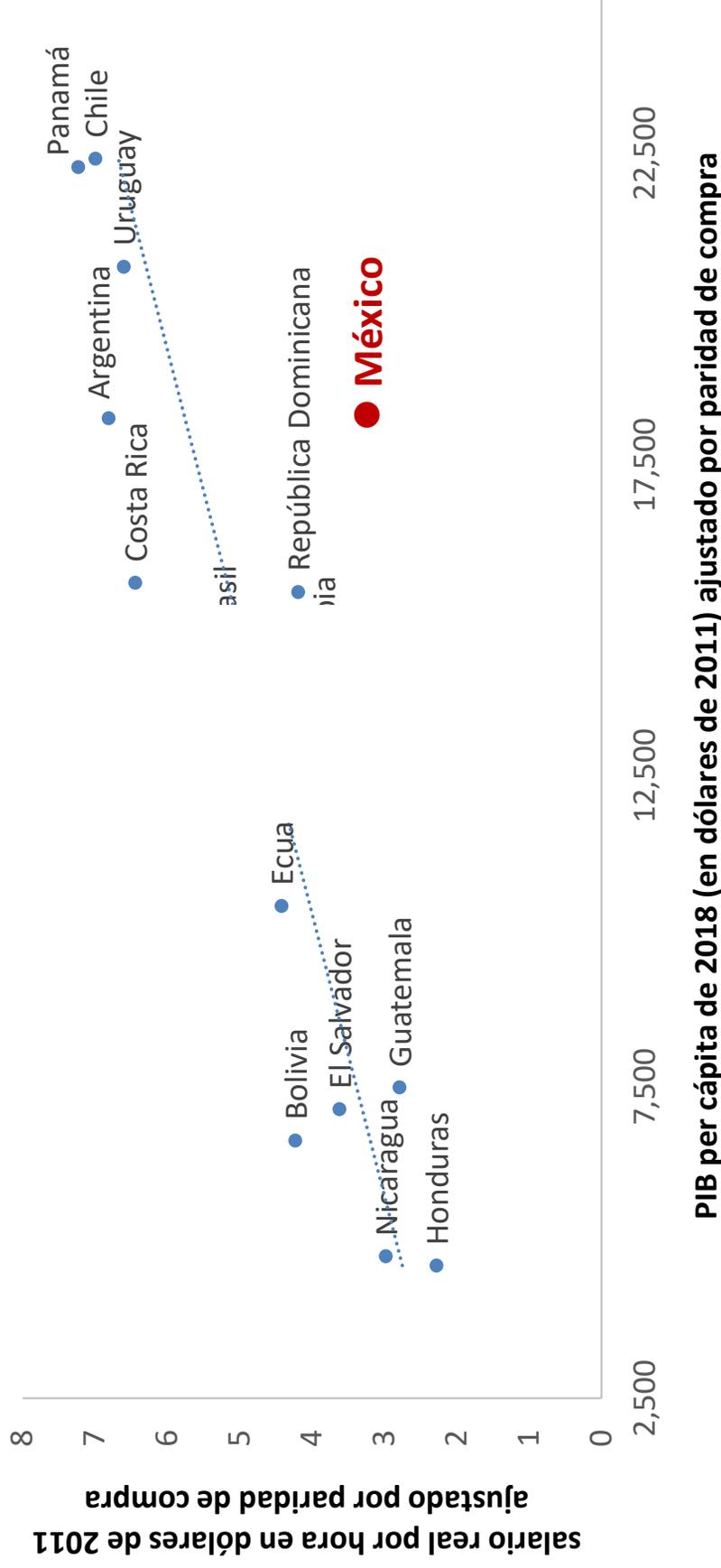
<sup>i</sup> Videoconferencia del 26 de mayo de 2020 – Primer Ciclo de Webinars: “Democracia y Derechos Humanos” Consulta en:  
<https://www.youtube.com/watch?v=4U11U41VJr0>  
<https://www.facebook.com/118205142918183/videos/831056657640490>

# ANEXO

## EL FUTURO DEL EMPLEO EN MÉXICO

# El mercado laboral mexicano tiene bajos salarios ...

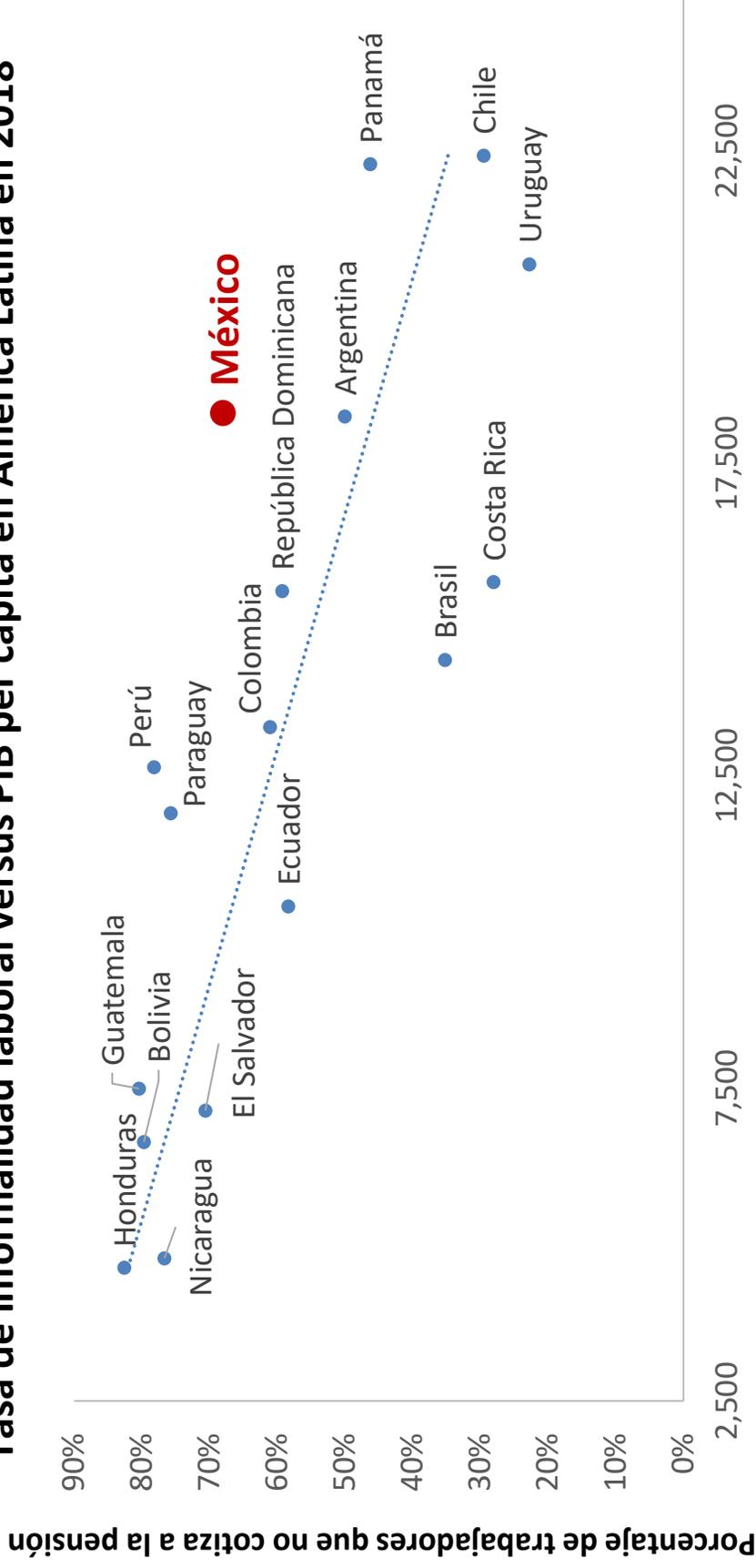
## Salario real promedio por hora en la actividad principal versus PIB per cápita en América Latina en 2018



Fuentes: Datos sobre los salarios por hora en dólares de Estados Unidos de 2011 ajustados por paridad de compra del Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo. El salario real por hora en Chile, Panamá, y República Dominicana son de 2017 y el salario real por hora en Nicaragua es de 2014. PIB per cápita ajustado por paridad de compra del Fondo Monetario (World Economic Outlook Database, versión abril 2019). Se usa el PIB per cápita del año de medición del ingreso laboral.

# ... y mucha informalidad

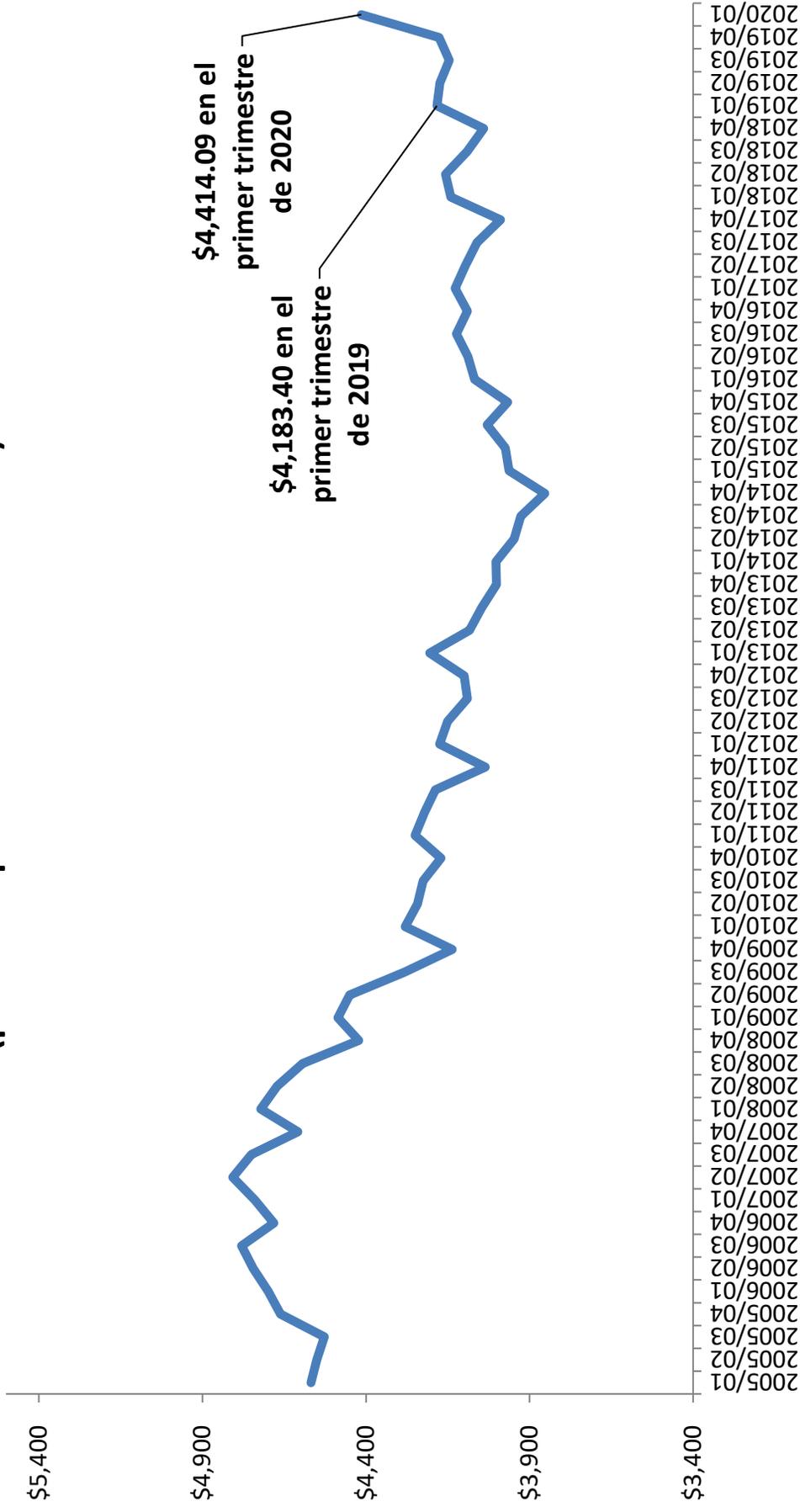
## Tasa de informalidad laboral versus PIB per cápita en América Latina en 2018



Fuentes: Datos sobre la tasa de informalidad del Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo. La tasa de informalidad en Chile, Panamá, y República Dominicana son de 2017 y la tasa de informalidad en Nicaragua es de 2014. PIB per cápita ajustado por paridad de compra del Fondo Monetario (World Economic Outlook Database, versión abril 2019). Se usa el PIB per cápita del año de medición de la tasa de informalidad.

# Había algunas buenas señales en el mercado laboral antes de la crisis (salarios por ejemplo)

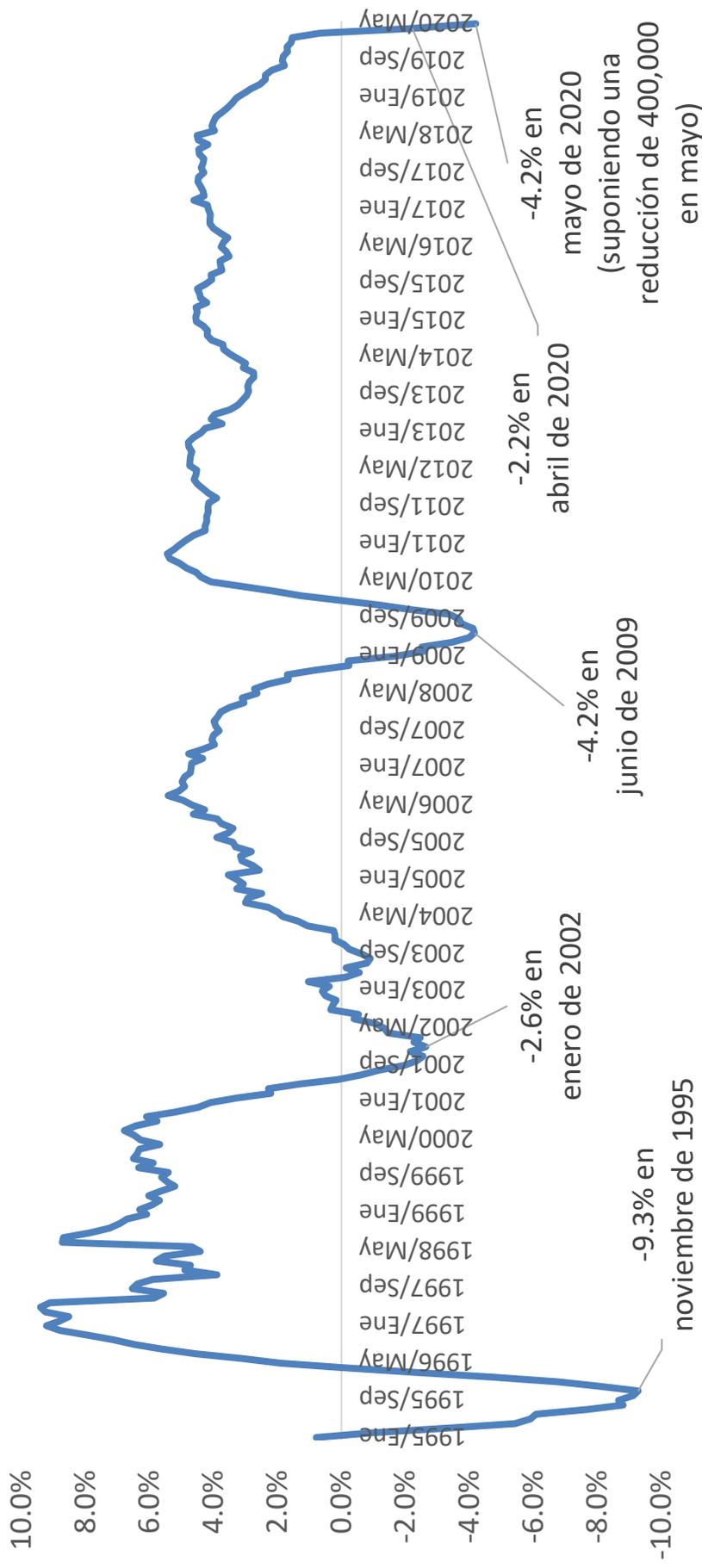
Ingreso laboral promedio de la población ocupada en México: 2005 a 2020  
(pesos del primer trimestre de 2010)



Fuente: Coneval.

# Estamos cerca de una peor caída del empleo formal que en cualquier momento de la crisis de 2009

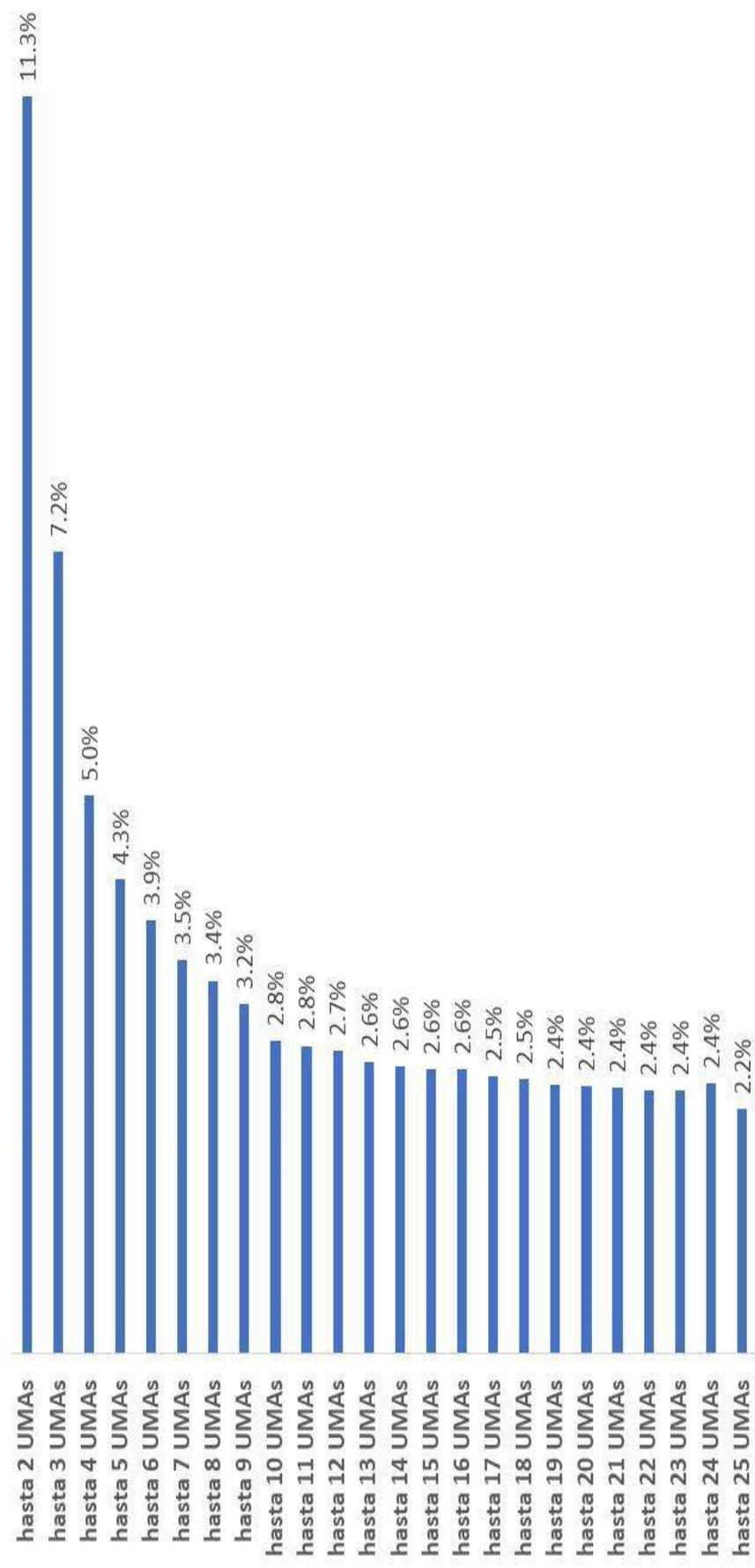
Cambio anual porcentual del empleo registrado ante el IMSS (cambios respecto al mismo mes del año anterior)



Fuente: Elaboración propia con información del Cubo de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Banco de Información Económica del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

# Las reducciones del empleo son particularmente dramáticas para los trabajadores de bajos ingresos

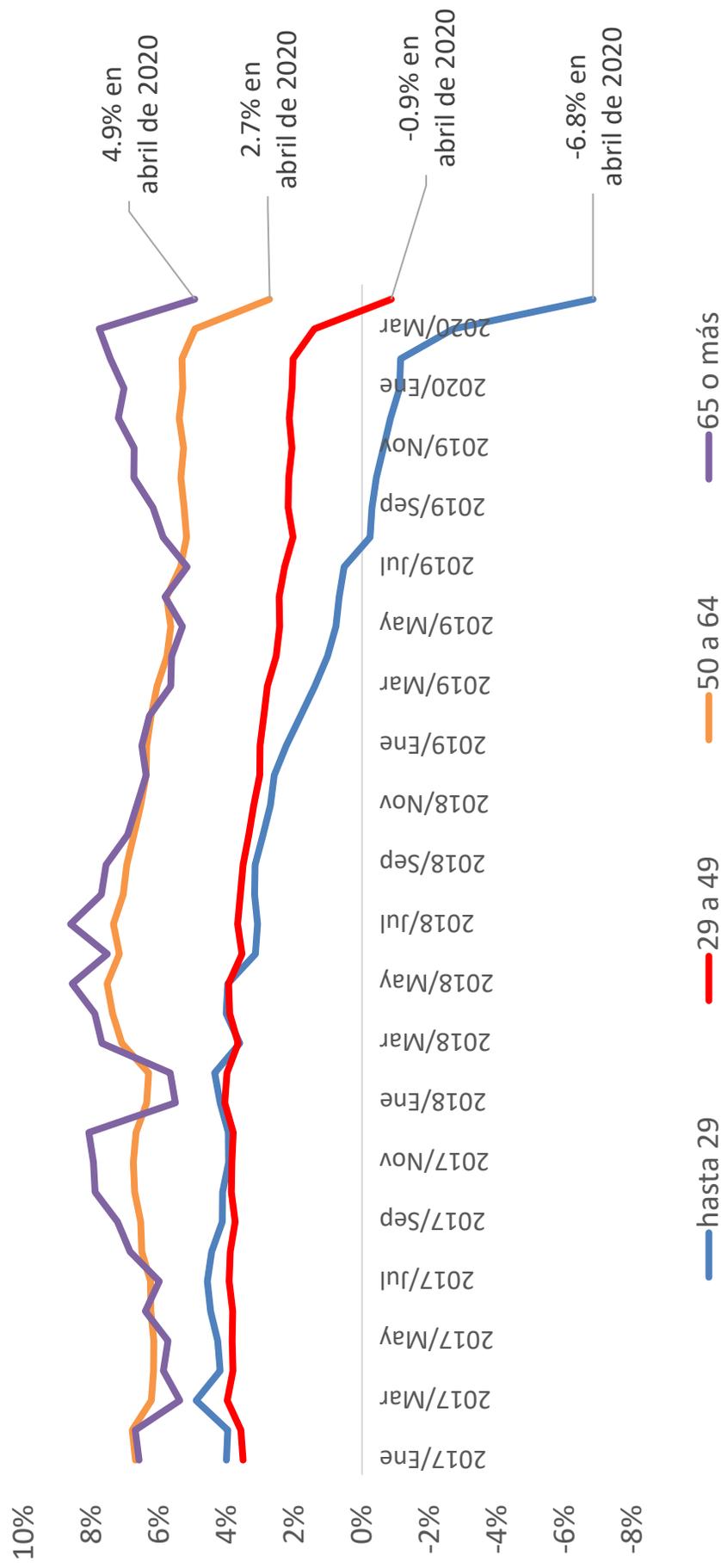
Reducción porcentual del empleo registrado ante el IMSS de abril de 2019 a abril de 2020 según nivel salarial definido por múltiplos de la Unidad de Medida y Actualización (UMA)



Fuente: Elaboración propia con información del Cubo de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social ([http://189.202.239.32/cubo\\_cp.asp](http://189.202.239.32/cubo_cp.asp)).

# El empleo de los jóvenes tenía una tendencia a la baja antes de la crisis, y está empeorando

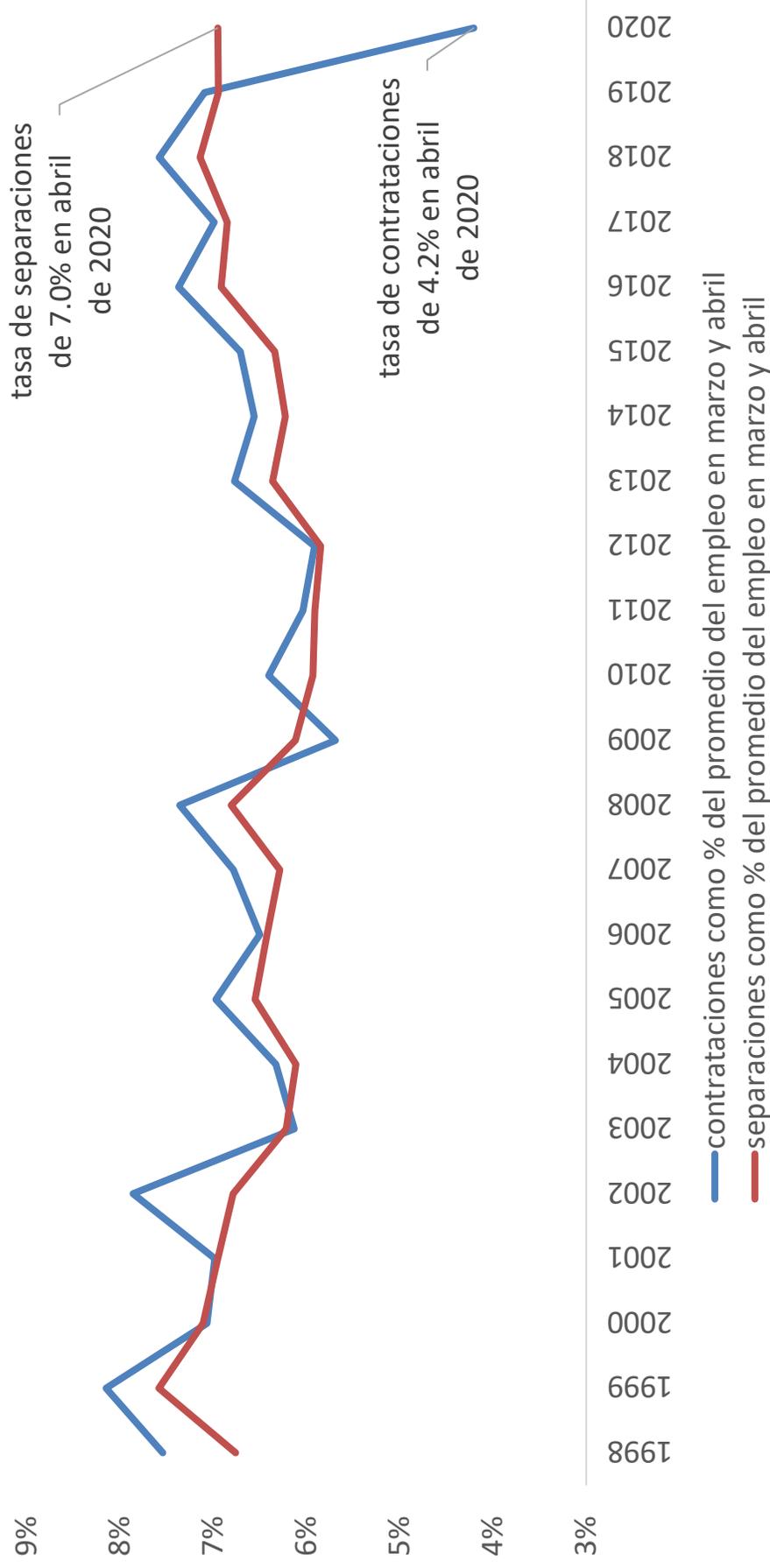
## Cambio porcentual del empleo registrado ante el IMSS respecto al mismo mes del año anterior



Fuente: Elaboración propia con base en los datos abiertos del IMSS.

# Las empresas están contratando mucho menos

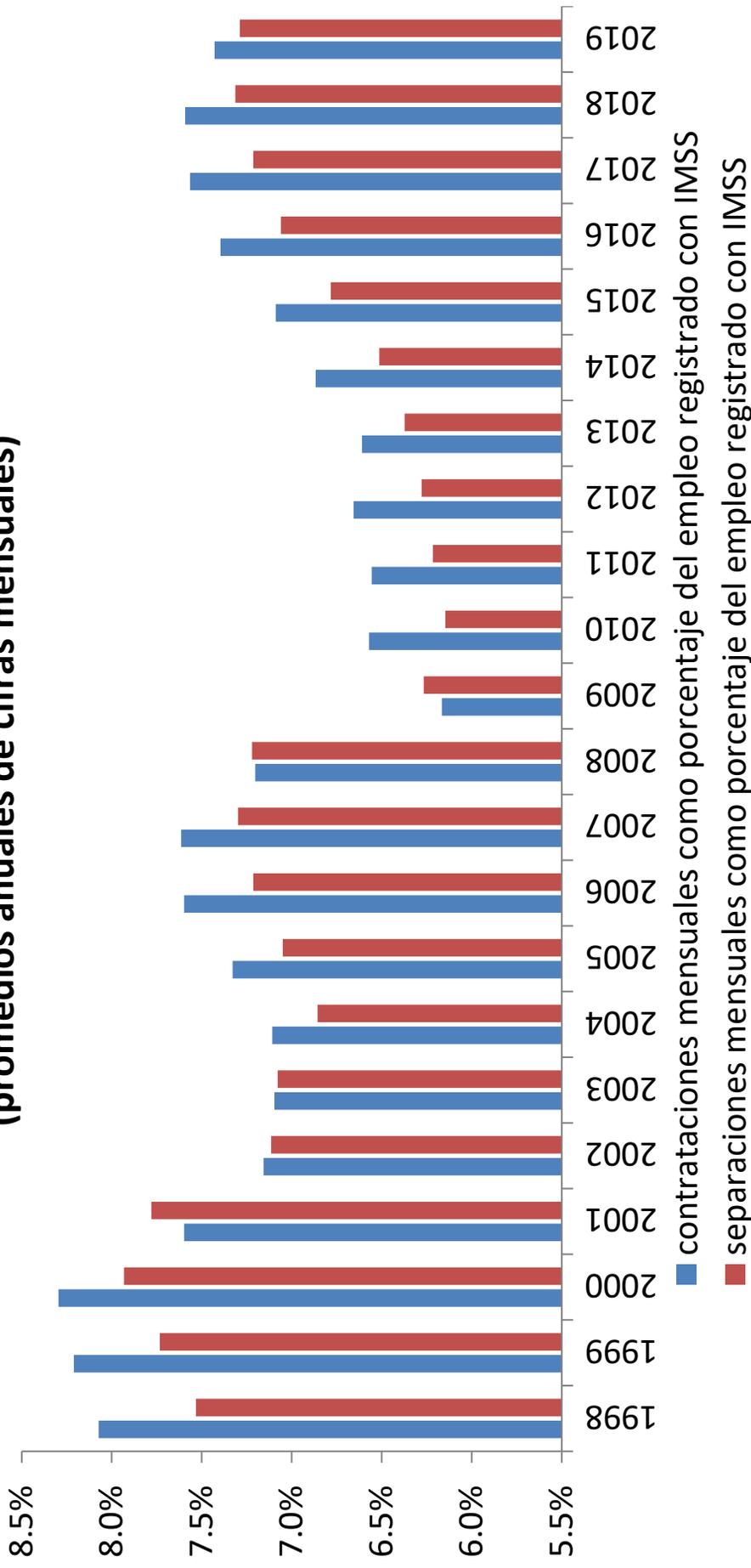
## Contrataciones y separaciones de puestos de trabajo registrados ante el IMSS en abril de cada año 1998 a 2020



Fuente: Elaboración propia con información del Cubo de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social ([http://189.202.239.32/cubo\\_cp.asp](http://189.202.239.32/cubo_cp.asp)).

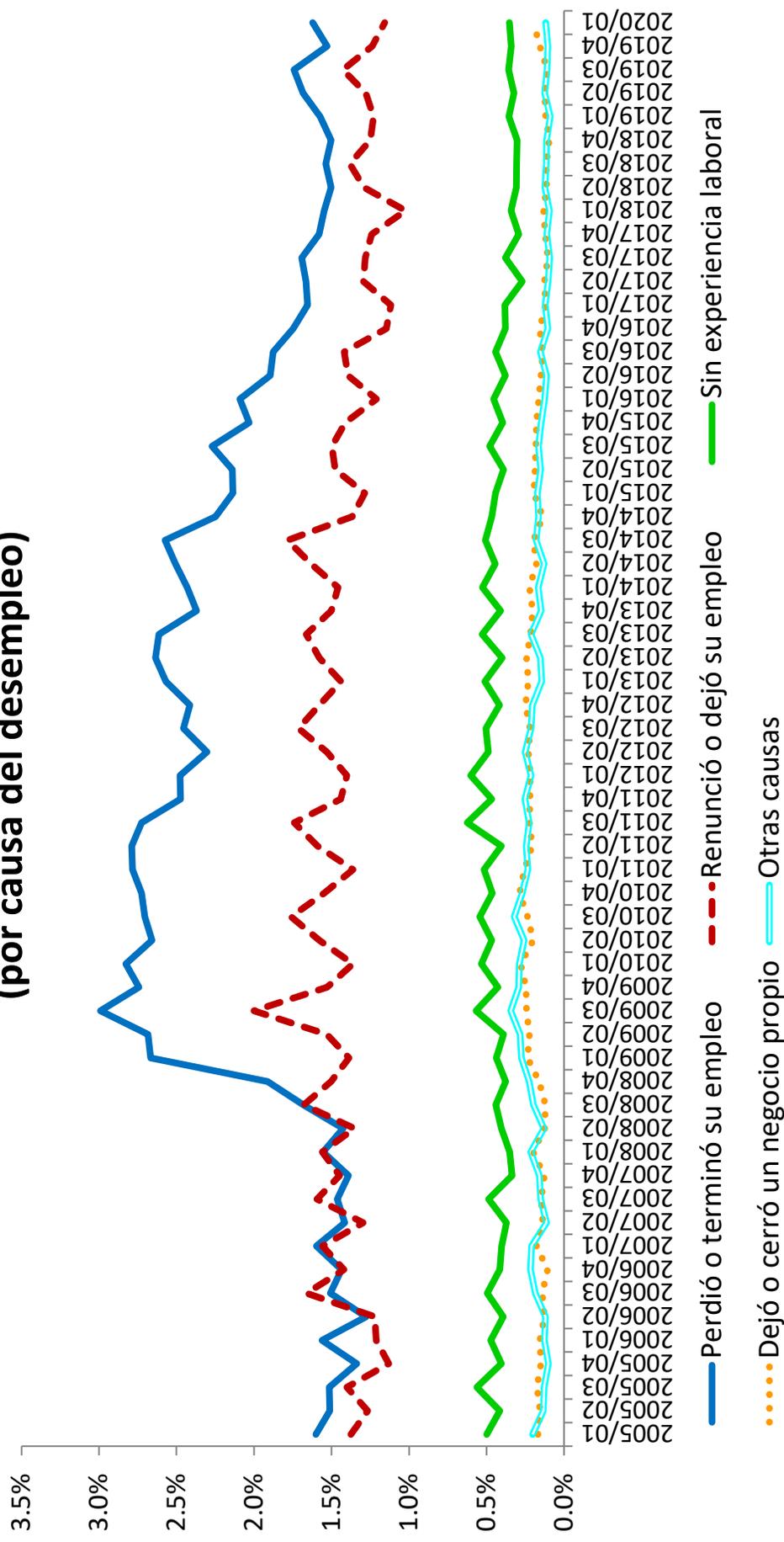
# Es probable que la baja tasa de contratación continúe varios años

Contrataciones y separaciones mensuales como porcentaje del empleo registrado con IMSS en México: 1998 a 2019  
(promedios anuales de cifras mensuales)



# Es probable que la desocupación involuntaria aumente rápidamente, con una recuperación gradual después

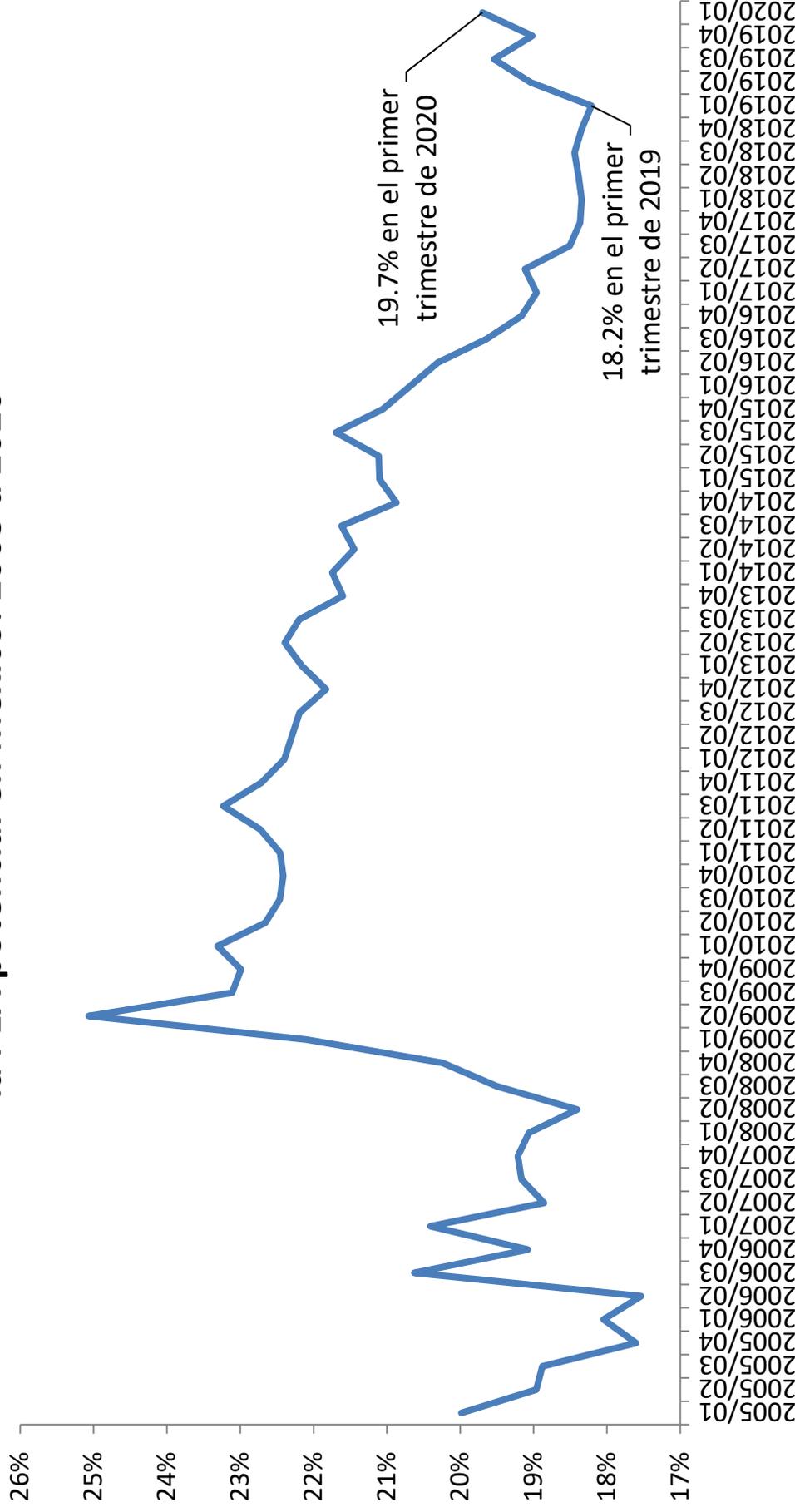
Desempleados como porcentaje de la PEA: 2005 a 2020  
(por causa del desempleo)



Fuente: Indicadores estratégicos del INEGI.

# También la subocupación y la “desocupación encubierta”

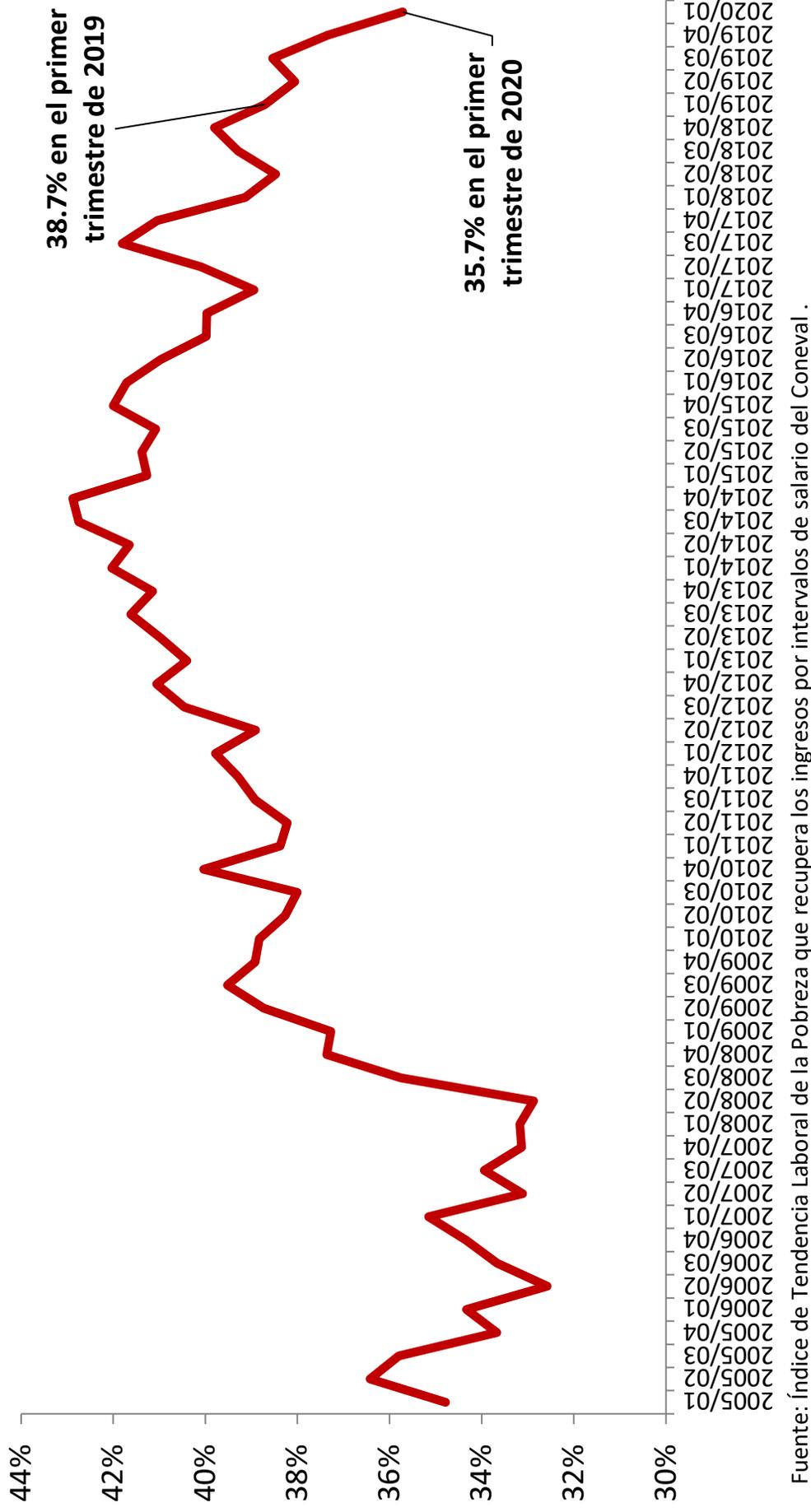
## Desocupados, subocupados, e inactivos disponibles como porcentaje de la PEA potencial en México: 2005 a 2020



Fuente: INEGI (Consulta interactiva de datos de la ENOE).

# Es probable que la pobreza aumente rápidamente, con una recuperación gradual después

Porcentaje de la población en pobreza laboral en México: 2005 a 2020



Fuente: Índice de Tendencia Laboral de la Pobreza que recupera los ingresos por intervalos de salario del Coneval.

# Las Ciencias Sociales y el coronavirus<sup>1</sup>

Dr. Jorge Cadena Roa<sup>1</sup>, Secretario Ejecutivo del Consejo Mexicano de Ciencias Sociales (COMECSO)

El Consejo Mexicano de Ciencias Sociales (COMECSO), la asociación civil de la que me honro en ser Secretario Ejecutivo, se fundó en 1977, por iniciativa de algunos de los más destacados académicos y científicos sociales de la época. Actualmente reúne a noventa entidades de docencia y de investigación en todo México y es un organismo sin parangón que muestra la vitalidad de las ciencias sociales en el país.

A raíz de la pandemia, desde el COMECSO convocamos a un ciclo de conferencias que llevan precisamente el título de esta charla: *Las Ciencias Sociales y el coronavirus*. Hacía falta analizar la actual crisis sanitaria desde el campo de las Ciencias Sociales, presentar sus capacidades y mostrar cómo pueden contribuir a la comprensión de los problemas nacionales y a su solución.

Las conferencias organizadas por COMECSO estuvieron orientadas por tres preguntas fundamentales: ¿qué viene tras la pandemia y qué proponen las ciencias sociales al respecto? Este es un ejercicio *prospectivo*, pero quisimos poner el énfasis en la dimensión *propositiva*. El segundo cuestionamiento fue, ¿qué podemos esperar de los problemas que ya teníamos y conocíamos?, ¿seguirán igual o se habrán agravado? En tercer lugar, nos preguntamos ¿qué nuevos problemas económicos, sociales, políticos, psicológicos, ambientales y de otra naturaleza habrá que atender tras la pandemia?<sup>2</sup>

La súbita aparición del SARS-CoV-2 y su propagación alrededor del mundo provocó una pandemia como no se recuerda a otra, al menos desde la gripe española de 1918 a 1920. Ésta cobró la vida de no menos de 50 millones de personas en varios países, pero algunas estimaciones ascienden a 100 millones de fallecimientos.

La gripe española provocó importantes cambios en distintos países del mundo, en sus mercados de trabajo, en la legitimidad de los arreglos políticos locales e internacionales. Pese a ello, ni esa pandemia ni otras de las que hemos sido testigos en lo que va del siglo XXI, como el SARS, el

---

<sup>1</sup> Jorge Cadena Roa: Doctor en Sociología por la Universidad de Wisconsin-Madison. Miembro de la Junta de Gobierno de la UNAM e investigador titular del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH) de la misma Universidad. Es Secretario Ejecutivo del Consejo Mexicano de Ciencias Sociales (COMECSO), así como miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Fundador y coordinador del Laboratorio de Análisis de Organizaciones y Movimientos Sociales, además de profesor de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Es autor de numerosos artículos, capítulos de libro y libros colectivos de los temas de su especialidad: Sociología política; acción colectiva, protestas, movimientos sociales; democracia.

<sup>2</sup> Disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=6nvtAPqF5e0>, <https://www.youtube.com/watch?v=Qx3EvQ5akgc>, <https://www.youtube.com/watch?v=8jCeYlkp9V0>

H1N1, el MERS, el Zika, el Ébola, llegaron a paralizar la economía mundial como lo ha hecho la COVID-19.

Se trata de un virus nuevo que el sistema inmune de los seres humanos no logra anular; por si fuera poco, es tan contagioso que puede propiciar la saturación de los servicios de salud, aún en naciones altamente desarrolladas. Tiene un efecto particularmente agresivo en personas cuyas defensas están comprometidas por edad avanzada, obesidad, diabetes, hipertensión o dislipidemia. Como no existe tratamiento para la COVID-19, sólo se han podido implementar normas de distanciamiento social para reducir los contagios y el número de personas enfermas que eventualmente podrían acudir simultáneamente a los hospitales y provocar su saturación.

Los informes y noticias diarias sobre del número de contagiados, hospitalizados, recuperados y fallecidos por la pandemia en México y en el mundo, que nos muestran las dramáticas condiciones prevalecientes en clínicas, hospitales, funerarias y panteones, han retrasado que nos demos cuenta de que *en cuanto superemos la emergencia sanitaria estaremos sumidos en una grave recesión*. En este sentido, si la COVID-19 causó la más extendida y grave emergencia sanitaria del siglo, nos encontramos ya en la mayor emergencia económica desde la Gran Depresión de 1929. Por ello, más temprano que tarde, empezaremos a hablar de la conjunción de las emergencias sanitaria y económica como “El Gran Desastre” del 2020.

A lo largo de la historia, los grandes desastres han tenido consecuencias sociales, económicas y políticas trascendentales. Por ello no es exagerado decir que nos encontramos ante un parteaguas histórico. Eso nos obliga a realizar una evaluación de dónde estamos, anticipar qué es lo que viene, actuar en consecuencia con ello y tomar cuanto antes las medidas preventivas, de mitigación y recuperación que sean necesarias. Esta tarea no es sencilla porque no existe en el país una clara disposición para prever lo que nos depara el futuro y con ese conocimiento prepararnos para hacerle frente<sup>3</sup>.

En el sector público la costumbre es vivir “de bomberazo en bomberazo”. Seguir con esa costumbre, en las condiciones en las que estaremos cuando menos el resto del 2020 y buena parte del 2021, podría tener costos enormes. Insisto: la prevención y la actuación desde este momento, a partir del conocimiento acumulado de las ciencias sociales, es de vital importancia para evitar daños y perjuicios mayores.

---

<sup>3</sup> Nos referimos a esto en Cadena-Roa, Jorge. 2018. "Anti-Politics and Post-Truth. Earthquakes and Knowledge With No Consequences." *Voices of Mexico* 105:10-13.

Debo enfatizar que la idea de volver a la “nueva normalidad” no tiene asidero. Es imposible que la sincronización de una emergencia sanitaria, que paralizó a todo el mundo desde finales de marzo de 2020 y provocó una recesión comparable sólo con la Gran Depresión, no tendrá consecuencias sociales, políticas, psicológicas, ambientales y en otros ámbitos. De ese tamaño es el desafío para el que debemos prepararnos. Las ciencias sociales están a la altura de ese desafío.

### **3.1. Las Ciencias**

¿Cuál es la situación hasta este momento? En México, desde el mes de marzo, médicos, enfermeras, camilleros, personal de limpieza, mantenimiento y administración de clínicas y hospitales, trabajan en la primera línea de combate contra la COVID-19. Mi mayor reconocimiento a todos ellos porque verdaderamente se mantienen laborando en condiciones difíciles, estresantes, precarias y peligrosas.

Quienes también trabajan arduamente son epidemiólogos, matemáticos y otros especialistas que han intentado modelar el comportamiento de la nueva enfermedad y apoyar la toma de decisiones con base en evidencias y análisis científicos. El semáforo epidemiológico bajo el que se rige México precisamente viene del trabajo de estos profesionales, así como de su capacidad para alertar sobre los peligros existentes en términos de contagio, números de enfermos y camas disponibles en hospitales. Su labor y desempeño es fundamental porque nos puso sobre alerta para apresurar las medidas preventivas y de control.

En el campo de las biociencias, o ciencias de la vida, se intenta producir una vacuna para contener los contagios y desarrollar un tratamiento eficaz para los infectados. El papel de las ciencias es fundamental. Si no fuera por ellas lo estaríamos pasando mucho peor y no se alcanzaría a ver la luz al final de este largo e infectado túnel. Las actividades científicas, tecnológicas y de investigación han tomado la delantera; no podría ser de otra manera. En lo venidero, tocará a las ciencias sociales elaborar las recomendaciones adecuadas y pertinentes para evitar que las emergencias desatadas por la pandemia y las medidas adoptadas para controlarla no se agraven, no se prolonguen y no causen más calamidades sociales.

### **3.2. Las Ciencias Sociales**

Hay quienes consideran que las ciencias sociales se limitan a la Sociología y al estudio de la cultura. Sin embargo, las ciencias sociales están compuestas por las Ciencias de la administración

de organizaciones, sean públicas o privadas, la Antropología, las Ciencias jurídicas, las Ciencia política, la Comunicación, la Demografía, la Economía, la Geografía, la Historia, la Psicología social y las Relaciones internacionales. Las ciencias sociales incluyen también a varias áreas interdisciplinarias que han cobrado cierta autonomía, como son los Estudios regionales, la Educación, la Metodología de las ciencias sociales, la Salud pública, el Trabajo social, el Turismo, el Desarrollo sustentable, entre otras.

Las disciplinas y áreas interdisciplinarias mencionadas poseen conocimientos, experiencias, teorías y métodos para identificar problemas viejos o nuevos, precisar diagnósticos y producir nuevos conocimientos. Con el trabajo acumulado durante décadas, las ciencias sociales tienen la capacidad de proponer soluciones y evaluar los resultados de diferentes intervenciones efectuadas por el sector público, la sociedad civil y el sector privado.

Frente a la emergencia, las ciencias sociales no solamente pueden participar con el diseño de proyectos de investigación sobre los fenómenos y problemas emergentes, organizar seminarios de especialistas para compartir información y perspectivas de análisis, y al cabo de dos o tres años publicar un libro o varios artículos en revistas especializadas. A partir del conocimiento y la experiencia acumuladas, las ciencias sociales pueden participar de inmediato en la atención de la emergencia mediante la elaboración de propuestas de intervención gubernamental, legislativa, social y del sector privado. Toda vez que hay fenómenos imprevistos, el conocimiento acumulado se tiene que actualizar por lo que resulta indispensable desarrollar investigación para afinar propuestas y evaluar los resultados de las políticas públicas que se implementen.

Una de las ideas centrales que quiero transmitir, es la importancia de anticipar lo que viene en el futuro inmediato y avanzar en la prevención de las amenazas y los riesgos que se avecinan, además de contribuir a la atención de aquellos en los que ya estamos sumergidos.

Nos encontramos en el peor momento de la crisis sanitaria y las ciencias sociales deberían tener mayor protagonismo y ser consideradas permanentemente en la toma de decisiones.

Tengo la esperanza de que estas consideraciones no sólo queden en un “sueño guajiro” porque hay mucho conocimiento y capacidad instalada por aprovechar. No hacerlo implicará que estemos “a ciegas” en los peores momentos de la pandemia aumentando los altos costos que se han pagado hasta ahora.

Los problemas que arrastra el país, más los precipitados y agravados por la pandemia, son numerosos, grandes, graves y urgentes, pero todos ellos son tratables desde el campo de las ciencias sociales. A partir de demandas específicas, así como de la identificación de problemas concretos, no sería difícil formar paneles interdisciplinarios de expertos para elaborar propuestas para su atención y solución.

### **3.2.1. La Economía**

En materia económica ya estábamos en problemas desde antes de la pandemia, pues México padece enormes y múltiples desigualdades que se combinan y refuerzan recíprocamente. De ahí que las consecuencias económicas de las medidas de distanciamiento social, tomadas para amortiguar la expansión de la pandemia, han sido también desiguales.

De acuerdo con datos oficiales, en 2019 crecimos -0.1 por ciento. La política económica aplicada en esa materia no dio los resultados esperados y no se pudo revertir la tendencia. Para 2020, los pronósticos de crecimiento oscilan entre -3 y -8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB). Incluso algunos cálculos apuntan a que el crecimiento llegará a -10 por ciento.

La pandemia pegó simultáneamente por el lado de la oferta y la demanda. El confinamiento obligó a suspender actividades no esenciales, lo que llevó a la quiebra de muchas empresas, especialmente de las micro, pequeñas y medianas, responsables de la generación de la mayor parte del empleo en el país. Se trata de empresas que no cuentan con recursos para parar actividades por periodos prolongados.

De acuerdo con datos proporcionados por el doctor Juan Alberto Adam,<sup>4</sup> en México existen poco más de seis millones de unidades económicas que ocupan aproximadamente a 35 millones de personas. El 95 por ciento son empresas micro, que dan empleo hasta a diez personas y representan casi 38 por ciento del personal ocupado. Las pequeñas empresas emplean entre 10 y 50 trabajadores y son el 4 por ciento de las unidades productivas. Las medianas son el 0.8 por ciento. En cuanto a las grandes compañías, que dan trabajo a más de 251 personas, son el 0.2 por ciento del total de las unidades económicas que emplean al 31.6 por ciento del personal.

Es evidente entonces que las empresas micro, pequeñas y medianas son las que generan el mayor número de empleos, pero también las más vulnerables. Éstas empresas son sumamente importantes para salir de la recesión, por lo que es fundamental que no quiebren, no se

---

<sup>4</sup> Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=6nvtAPqF5e0>

descapitalicen y no se endeuden, sobre todo porque algunas ya tienen encima el peso del crimen organizado y la violencia.

La economía formal, que da trabajo a 35 millones y medio de personas, ha dejado una gran cantidad de desempleados. El diario *La Jornada* informó que se registraron un millón de desempleados en abril. Habrá que ver cuántos más se suman en mayo.

Por otra parte, hay 31.3 millones de personas ocupadas en la economía informal. Son personas que viven al día y muchos de ellos no han podido laborar durante el confinamiento, por lo que atraviesan dificultades para poner comida a sus mesas.

Lo anterior por lo que respecta a la oferta. Por lo que toca a la demanda, las afectaciones redujeron el ingreso y el consumo precisamente porque la suspensión de actividades ocasionó despidos. Los trabajadores del sector formal perdieron su empleo y fuente de ingresos pueden a caer en las filas de la pobreza. Lo mismo quienes viven de la economía informal. Tengamos en cuenta que hablamos de cientos de miles de personas y de sus familias. Ellos constituyen un *nuevo sector vulnerable* de la población que no está cobijado por ningún programa social.

Aunque sea una obviedad, debemos recordar que México es una economía de mercado por lo que es indispensable entender cómo funcionan dichas economías y cuáles son los incentivos para la actividad empresarial. En el gobierno y en el legislativo hay quienes piensan que el sector empresarial mexicano chorrea recursos por todos sus poros, que debería renunciar a la búsqueda de ganancias, y promover menos el individualismo. Para ellos el sector empresarial es parte del problema que enfrenta el país y será parte de la solución siempre y cuando se vuelva más solidario, generoso, altruista y renuncie a obtener ganancias con sus actividades. Pero esperar que el mercado funcione sin el incentivo de las ganancias es un desatino como pocos.

En todo el mundo, el motor de las economías de mercado son las ganancias y, si no las hay, no habrá incentivos para invertir, crear y sostener empresas y generar empleo, valor y riqueza. Por eso es indispensable apoyar a las empresas, empezando por las micro, pequeñas y medianas, para que no se vayan a la quiebra ni se descapitalicen; también para que al pasar la emergencia sanitaria puedan reanudar sus actividades en el menor tiempo posible. En muchos países se han adoptado programas de apoyo para las empresas y, consecuentemente, el empleo. Empresa que quiebre dejará tras de sí una cauda desempleo que el sector público ni la sociedad civil podrán absorber.

Por ello, muchas naciones empezaron a sustituir temporalmente la mano invisible del mercado por la mano visible del Estado, pues hay plena consciencia de que sólo el Estado, con el uso de recursos públicos, puede sostener el gasto para evitar el colapso de las empresas. La práctica ya se lleva a cabo en todo el mundo y hay un abanico de políticas públicas viables que podrían implementarse en México.

Sólo por mencionar un dato: en la Unión Europea se han aprobado apoyos a empresas equivalentes al PIB de Italia; el 40 por ciento de ese gasto lo comprometió Alemania. Esto no implica regalar dinero a los empresarios, en realidad se pueden implementar instrumentos diversos para que, una vez reanudadas las actividades normales, las empresas puedan pagar los préstamos o subsidios recibidos.

Una caricatura de Kevin Kallaugher publicada en *The Economist* ilustra este punto. En ella se observa a un hombre colgado de algo que parece una cuerda (una *lifeline*) para evitar caer en las garras del coronavirus. El hombre siente alivio porque tiene de dónde sujetarse pero, como no pierde de vista al coronavirus, no se ha dado cuenta de que la cuerda que lo sostiene es en realidad un tentáculo del pulpo de la deuda.

La caricatura sintetiza claramente lo que dije antes: cuando la pandemia sea superada estaremos entre los tentáculos de la deuda y la recesión, que afectarán no sólo a México, sino prácticamente a todas las naciones del mundo. Pero la salida de la recesión dependerá de las decisiones que se hayan tomado para salvar empresas y apoyar a quienes haya perdidos sus empleos.



Kevin Kallaugher - *The Economist*

### 3.2.2. La Historia

¿Vivimos una época de cambios o un cambio de época? No sabría qué contestar porque cambios trascendentales se han sucedido uno tras otro en tiempos recientes. La sensación es que vivimos en una época de cambios de época.

En una conferencia el Dr. David Vázquez,<sup>5</sup> se preguntó: ¿cómo se escribirá la historia de la COVID-19? La respuesta apuntaba a los registros y testimonios sobre las experiencias en este periodo, pero su pregunta despertó optimismo: nos hizo ver que había futuro después de la pandemia. Sin embargo, no sabemos cómo será ese futuro. Hasta el momento las posibilidades están abiertas porque no hay destino, fatalidad o un plan maestro preestablecido, de manera que el futuro puede encaminarse en direcciones distintas. Por cuál de ellas transitará, depende de las decisiones que se tomen o se dejen de tomar en el presente.

Es claro que la construcción del futuro, de lo que se ha dado en llamar la “nueva normalidad,” no empezará desde cero. Existen valores por preservar y derechos por cuidar. Resulta también impostergable avanzar en el combate a las desigualdades, pues las emergencias multiplican los daños y causan sufrimientos inconmensurables, particularmente en los sectores más vulnerables. Aunque diferentes plataformas electrónicas nos permitieron continuar a distancia algunas de nuestras actividades y conversaciones, la verdad es que luego del confinamiento revaloramos las relaciones cara a cara.

### 3.2.3. La Comunicación

En la conferencia del Dr. Julio Juárez<sup>6</sup>, se hizo referencia a una problemática en la que estamos sumergidos. Se trata de la prevalencia de una narrativa de polarización y descrédito coincidente con nuestros sesgos cognitivos, ideológicos, preferencias, prejuicios y sentimientos.

En otro rubro se encuentran las *fake news* que han circulado durante la pandemia. Esas noticias se aprovechan de la desconfianza y los resentimientos porque muchas personas saben que podrían estar mejor, pero alguien se los impide y se aprovecha de ellos con fines malévolos, por ambición de dinero y poder. Esto pasa porque la política es demasiado compleja. Prácticamente, sobre todos los temas importantes unos dicen una cosa y otros dicen exactamente lo contrario. Por eso, resulta más sencillo tratar de darle sentido a la política personalizándola. En lugar de hablar de

---

<sup>5</sup> Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=Qx3EyQ5akgc>

<sup>6</sup> Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=8jCeYlkp9V0>

procesos sociales o de grupos, los problemas se atribuyen a los intereses de personas de carne y hueso que encarnan el mal o la salvación del mal. Pero la política no es un asunto de las personas buenas o malas que tienen posiciones de liderazgo, sino de los grupos sociales que los encumbran y sostienen mediante diversas modalidades de acción colectiva. Esto es más difícil de explicar, de entender, de darle seguimiento.

Para superar la personalización de la política es indispensable evitar las teorías del complot, escuchar a los otros con ánimo de comprenderlos, es decir, desprejuiciadamente, sin descalificarlos, y ver de qué manera las diferentes posturas se pueden conciliar y acomodar entre sí. Debemos buscar información comprobable, estar en la mejor disposición de debatir y contrastar evidencias y referirnos a los argumentos del otro. No es sencillo, pero la pluralidad y la convivencia pacífica así lo requieren.

### **3.3. ¿Qué problemas se avecinan?**

Algunos problemas preexistentes se agravaron durante el confinamiento: la violencia doméstica, el alcoholismo, problemas de salud mental como la angustia, la depresión, la inseguridad, el miedo, el insomnio. Los problemas de salud mental pueden llegar a ser tan graves que, desatendidos en su oportunidad, pueden derivar en suicidios.

Cuando salgamos de la cuarentena volverá a ser visible la inseguridad pública, la criminalidad y la violencia. Sabemos que ésta última no se ha detenido, pues los meses pasados dejaron el mayor número de homicidios en la historia de México. Lo que desconocemos es si, durante la cuarentena, algunas organizaciones criminales fueron desplazadas por otras de los territorios y negocios que controlaban. Además, no puede ignorarse que la intervención del Ejército en actividades policiacas abre la puerta a violaciones de los derechos humanos.

El daño al medio ambiente debe colocarse en el centro de la atención pública y privada, se debe revertir su deterioro. El Valle de México era una zona lacustre, pero de esos lagos y ríos la Ciudad de México conserva solo sus nombres en los rótulos de algunas calles. La destrucción ambiental ha sido terrible. Si no hacemos algo en esta materia, la siguiente crisis podría no ser sanitaria sino ambiental, asociada al cambio climático.

Habrá que valorar más las actividades esenciales que no se suspendieron durante la pandemia, como los servicios de recolección de basura; la atención médica, el trabajo administrativo y de mantenimiento en los hospitales. Los empleados de tales campos se desenvuelven en condiciones

precarias y merecen mejores condiciones laborales, de salario y prestaciones. Aunque no está mal darles “medallas,” resulta insuficiente. Debe darse una mejora significativa en sus condiciones de trabajo porque lo tienen bien ganado y nosotros habíamos hecho mal en no reconocer de la importancia de sus actividades.

## **Conclusión**

Es absolutamente imposible que la sincronización de la emergencia sanitaria con la recesión no genere inconformidad, malestar social y búsqueda de responsables. Como tantas otras cosas que ocurren en la política, la responsabilidad de lo que salió bien y salió mal se personalizará. A esas emergencias se sumarán los daños psicológicos, ambientales, los provocados por la violencia y otros más. Ante esto debemos permanecer alerta y vigilantes para que las demandas sociales que habrán de venir no se traduzcan en estallidos sociales o inestabilidad política.

El malestar con la representación en México, al que nos referimos en otro lado<sup>7</sup>, se ha agravado debido a la polarización que provoca el ataque y la descalificación cotidiana de críticos, inconformes, disidentes, opositores y aún de periodistas y medios. Se ha llegado a decir que quienes participan en protestas o manifestaciones públicas, a las que estamos acostumbrados en la Ciudad de México desde hace décadas, de ahora en adelante sólo pueden ser el resultado de un complot tendiente a dar un “golpe de Estado blando”. Incluso manifestaciones sociales legítimas pueden ser descalificadas, desacreditadas y perseguidas.

Las consecuencias de la situación por la que atraviesa el país pueden ser realmente graves si no se atienden de inmediato. Esperemos que algunos de los malestares existentes se expresen por vías institucionales, como en las elecciones generales del 2021, pero no puede descartarse que habrá protestas legítimas, auténticas y sentidas que no forman parte de ningún complot y que pueden sin embargo derivar en violencia.

---

<sup>1</sup> Videoconferencia del 02 de junio de 2020 – Primer Ciclo de Webinars: “Democracia y Derechos Humanos”

Consulta en: <https://www.youtube.com/watch?v=mWEg3MIXKIE>  
<https://www.facebook.com/118205142918183/videos/588952998398411>

---

<sup>7</sup> Cadena-Roa, Jorge y Miguel A. López Leyva (coords.). 2019. *El malestar con la representación en México*. México: Ficticia.

# **El Gobierno de la pandemia: Democracia y política pública en perspectiva comparada<sup>1</sup>**

Lic. Ricardo Becerra Laguna<sup>1</sup>, Presidente del Instituto de Estudios para la Transición Democrática (IETD)

El momento actual requiere múltiples datos y cifras, así como evidencia disponible para la toma de decisiones a nivel mundial. En este sentido, trataré de exponer una visión comparada de las acciones efectuadas por las democracias del mundo para enfrentar la pandemia de coronavirus (COVID-19).

Me referiré a tres grandes bloques: el combate a la pandemia en un contexto democrático; un análisis comparado de las políticas públicas nacionales contra la pandemia y una visión transversal.

Respecto al primer rubro cabe destacar que no se trata de combatir la pandemia en cualquier instancia, sino en un contexto democrático. Hoy mismo, alrededor del 53 por ciento de los países son reconocidos como democracias, entonces, la mitad de las naciones dentro de esa clasificación estamos en pleno combate a la pandemia.

En el segundo rubro habrá qué señalar a la política pública: ¿qué está haciendo el mundo frente a la emergencia sanitaria? Es decir, las cosas más originales o los errores más garrafales cometidos por los países. En el último rubro se abordará una visión transversal y, por supuesto, la conclusión.

## **4.1. Combate a la pandemia en un contexto democrático**

Antes de iniciar me parece pertinente poner un límite pedagógico y gnoseológico. Esto no es un intento de comparar sistemas democráticos frente a sistemas autoritarios; no se trata de mostrar la superioridad de las democracias frente a otros regímenes de gobierno; no es un intento de mostrar el desempeño político de los populismos, que hoy pululan por muchas

---

<sup>1</sup> Ricardo Becerra Laguna: Economista, egresado de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es presidente del Instituto de Estudios para la Transición Democrática. Se ha desempeñado como funcionario público en el Instituto Federal Electoral y en el Instituto Federal de Acceso a la Información y ha sido Consultor de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Banco Mundial. Fue reportero y articulista en varios periódicos y revistas mexicanos. En 2004 recibió el Premio Nacional de Periodismo. Autor y coautor de 15 libros en materia económica, política y social, entre los que destacan: “Aquí volverá a temblar: Testimonios y lecciones del 19 de septiembre” y “Desastres sin desarrollo: la experiencia mexicana de los sismos 2017”

partes del mundo; no es un juicio a esos populismos; tampoco intentamos una explicación filosófica, sociológica o politológica sobre lo que ocurre en el planeta. Simplemente se trata de una descripción de hechos.

Este estudio no es conclusivo porque la historia sigue abierta. Aún se está jugando el destino de la valoración de sobre quién hizo qué, cómo lo hizo, a quién le fue bien y a quién le fue mal en la gestión de la crisis sanitaria. Es un intento de reconocer posibilidades y capacidades de la democracia para enfrentar el grave problema universal que representa la pandemia. Éste es el intento más ambicioso de esta pequeña disertación.

Se incluyó a China porque, además de su importancia como nación, es ahí donde de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se originó el coronavirus (COVID-19) hacemos un recuento de 14 países seleccionados.

Es una propuesta de marco para el análisis de un “metaevento”. Así es como varios autores, entre ellos el Dr. Raúl Trejo, han llamado a la pandemia: un “metaevento” que determina casi todos los eventos en nuestra época. Otro de los objetivos es encontrar lecciones para los gobiernos democráticos: qué han hecho bien y qué hicieron mal en la gestión de la crisis sanitaria.

#### **4.1.1. Gobiernos de la pandemia**

La pandemia de coronavirus (COVID-19) es la primer gran crisis mundial de la historia humana que se aborda como un problema matemático. Si se observa a Canadá, Argentina, Bangladesh, Japón, Islandia, España, Francia o incluso el Congo, para no hablar de México, todos los gobiernos tratan de “aplanar la curva”. Esta es una hipótesis matemática derivada de las ciencias naturales, biológicas y de la epidemiología, que prevé escenarios para los cuales las políticas deben intervenir y cuyo resultado debe ser “aplanar la curva” de contagios.

Todas las naciones desean lograr esto con sus propios datos, cifras nacionales, modelos y grupos de científicos. Me interesa señalar que, precisamente por el avance democrático del mundo, es posible que un problema tan profundo y radical como una epidemia sea tratada y abordado como un problema matemático por primera vez en la historia. En casi todos los

casos que abordaré los gobiernos han colocado en primera línea a sus científicos, para llevar a cabo las políticas contra la pandemia.

Lo contrario de todo esto es la República de Turkmenistán, donde ya se prohibió utilizar la palabra coronavirus y utilizar el cubrebocas en público. No todo el mundo ha llegado al consenso científico, pero la mayor parte del mundo democrático sí.

Por definición, durante una pandemia nunca se cuenta con información suficiente porque es un agente nuevo, una enfermedad nueva. Es un fenómeno insólito. Esto se traduce a que los seres humanos nunca hemos enfrentado ese mal con anterioridad y, por lo tanto, desconocemos sus características esenciales y su forma de propagación. Empezamos prácticamente a ciegas ante él, por lo que se debe proveer de luz a su desarrollo.

A esto se debe la limitada información con la que se enfrenta una emergencia de este tipo. Así pues, se trata de recolectar datos, hechos, previsiones y experiencias para reconocerlas. Generalmente se establecen patrones sobre la marcha, la urgencia y los supuestos lógicos sobre lo posible y lo probado. En este sentido hago un llamado a que no seamos tan severos y compadezcamos a nuestros gobiernos, pues gobernar y además gestionar un fenómeno de salud es una actividad compleja.

Ahora bien, el coronavirus (COVID-19) tiene algunas características que pudieron ser reconocidas rápidamente: es un virus previo al periodo terciario, esto implica que no es un agente creado en un laboratorio, tal como llegó a indicar Donald Trump. Toda la genealogía es rastreable, incluso hasta antes de la última glaciación.

Por si fuera poco, las fuentes refieren que exhibe mutaciones antiguas de más de 15 mil y 20 mil años y tiene poca capacidad de mutar. Según el seguimiento del genoma del coronavirus, éste muta cada 100 o 200 años.

También es reconocible porque repite los patrones. En Japón, Filipinas, Chile o Haití ocurre por las mismas causas, es decir, porque una persona esté expuesta a él. Entra por la nariz, se incrusta en las mucosas del organismo humano, tiene una expresión a los cinco o siete días de haber sido contraído y se desarrolla por medio de procesos comunes. Este conocimiento básico es la base biológica y científica para las comparaciones que haremos.

Mientras no tengamos vacuna y tratamiento para combatir al COVID-19 nos quedan dos grandes acciones de política pública. La primera es casi medieval: el confinamiento, que se practica desde el año 1300, desde la antigua Roma. La medida de encerrarse en casa a la espera de que pase la cuarenta se efectúa en pleno Siglo XXI.

Otra política puesta en marcha por los Estados es la reconversión hospitalaria. Ambas acciones pueden evitar miles de muertes y en ellas se juega la capacidad estatal para enfrentar la pandemia.

La gran pregunta de este tiempo es: ¿qué capacidad tienen los gobiernos para llevar a cabo ambas políticas? En este punto se debate el éxito o fracaso de un gobierno ante la emergencia de salud. El confinamiento y la preparación sanitaria serán las grandes coordenadas que se tomarán de base para la comparación y el objetivo de la exposición, pues se abordará cómo implementarlas en un contexto democrático.

#### **4.1.2. El contexto democrático**

Ningún gobierno democrático puede permitirse el lujo de desatender la pandemia, incluso diría que ningún gobierno teocrático, autoritario o tiránico, como los califatos del Oriente Medio. Sin embargo, en las democracias los Estados y los gobiernos están bajo el fuego de tres elementos.

En primer lugar, en una democracia el castigo por la mala gestión de la pandemia se esparce a gobiernos, líderes, científicos o instituciones. En México lo experimentamos tanto a nivel nacional como local. Existe un juicio general de los ciudadanos sobre cómo se atiende la crisis sanitaria en los distintos territorios.

En segundo lugar, la prensa libre tiene el deber de sacar a luz hechos claves por los que el gobierno debe atender y responder. En tercer lugar, es preciso convocar y lograr la cooperación de la ciudadanía; se debe inspirar confianza para lograr la movilización social deseada y, para decirlo crudamente, se trata de lograr la aceptación masiva de sacrificios como el confinamiento prolongado.

En resumen, la política democrática contra la pandemia se despliega en la incertidumbre científica del conocimiento y su aprendizaje sobre la marcha. También es necesario estar al

día con los acontecimientos diarios y ubicarse en una posición vigilante y contrastante para impugnar y cuestionar de forma permanente.

Este es el ejemplo que hemos tenido de España, Francia, Italia, etcétera. Casi en cualquier país medianamente democrático hay prensa libre y alerta en cuanto a la búsqueda de acontecimientos para exponerlos al público.

Adicionalmente, los gobiernos de todos los países se encuentran en un contexto de vigilancia y seguimiento. Por ejemplo: México es monitoreado por otras naciones, que deben estar seguras de la forma en que se desarrolla y controla la pandemia en nuestro territorio para saber si permiten o niegan la realización de vuelos. Lo mismo pasa con el comercio, el intercambio, la conexión y la conectividad mundial. La vigilancia es una obligación mundial.

## **4.2. Las políticas públicas nacionales contra la pandemia: un análisis comparado**

Hasta este día, 9 de julio de 2020, llevamos más de 6 millones 800 mil casos confirmados de coronavirus en todo el mundo; desafortunadamente también se registraron casi 400 mil decesos. Ante esto, interesa saber qué pasa en cada país.

Hemos seleccionado naciones con políticas singulares, de las que se pueden extraer lecciones. Se investigaron casi cuarenta países y nos pareció que Canadá, Estados Unidos, Colombia, Brasil, Perú, España, Alemania, Reino Unido, Suecia, India, Japón, China y Corea del Sur son suficientemente representativos para arrojar lecciones e incitar nuestra inteligencia a la imaginación de soluciones para lo que vivimos en México.

### **4.2.1. Alemania**

Alemania es un país emblemático. Entre sus aciertos ante la crisis por COVID-19 se enlistan los siguientes: aumentó las camas de cuidado intensivo; ya tenía un fuerte sistema sanitario, así como una vasta red de laboratorios científicos y clínicos; ha aplicado pruebas masivas y tiene una estrategia de trazabilidad y cuenta con un programa de refuerzo médico. Respecto a los errores, incluso confesados por la propia nación, destacan: lento desarrollo de una aplicación electrónica y descoordinación federal en la salida.

Como se señaló, el país europeo aumentó el número de camas de cuidado intensivo casi cuatro veces en mes y medio. De 12 mil camas casi se cuatriplicó a 40 mil. Por si fuera poco,

ya tenía un fuerte sistema sanitario, adicional a una red de laboratorios clínicos de primer nivel. Por eso no es casual que haya sido el primer país en desarrollar una prueba rápida, que la puso a disposición del mundo. Ésta es una de las ventajas de la globalización.

Dicho país también realizó cuatro millones de pruebas masivas, para empezar, y lo hizo con inteligencia económica porque contrató un ejército de desempleados alemanes e inmigrantes para que fungieran como rastreadores. Ellos fueron una especie de trabajadores sociales masivos pendientes de cada uno de los casos: los pacientes estaban geolocalizados, se supo con quién convivieron. Estos trabajadores contaban con la capacidad emitir recomendaciones y asesoría médica elemental a las personas sospechosas o confirmados, incluso a los hospitalizados.

Alemania implementó un programa de refuerzo médico que sólo puede darse en ese territorio, sinceramente lo veo imposible para México porque se contrató a miles de enfermeros y médicos; además, a los hospitales públicos y privados les ofrecieron remuneraciones económicas para que garantizaran camas de hospital para las personas durante la pandemia.

En contraste, los alemanes se avergüenzan de dos cosas: desarrollaron lentamente su aplicación electrónica para atender las dudas de la población y, como los ciudadanos tenían mucha prisa por salir del confinamiento, cada administración de dicha federación estableció temporalidades diferentes para el regreso a la “normalidad”. Eso provocó que ciertas personas llegaran a otros estados y empezaran un nuevo ciclo de contagio, en este sentido, la falta de coordinación potenció el problema.

#### **4.2.2. Brasil**

En general Brasil presenta malas calificaciones salvo por una acción implementada por el Congreso de ese país sudamericano. Es una buena noticia desde el punto de vista democrático que avaló la asignación de una renta básica que las personas pudieran quedarse confinadas en casa. Asimismo, invirtió casi el 8 por ciento de su Producto Interno Bruto (PIB) al programa de reactivación y protección económica.

La nación entendió que de dar dinero a la gente era una condición de éxito en la política de salud, para que pudieran quedarse en casa y no tuvieran la necesidad de salir a buscar sustento.

Por todo lo demás dicho estado arroja malas cuentas. Hace unos días se dejaron de reportar las cifras de contagios y muertes por COVID-19; renunciaron sucesivamente dos secretarios de salud y existe un fuerte pleito entre la federación y las provincias. Por si fuera poco, el presidente Jair Bolsonaro minimizan la situación y Brasil es uno de los países con menor realización de pruebas para la detección de la nueva enfermedad en América Latina.

#### **4.2.3. Canadá**

Canadá es un buen ejemplo proveniente del primer mundo. La coordinación con los estados fue casi perfecta desde el inicio y cada provincia es responsable de la política sanitaria. Esa nación ya tenía experiencia con una epidemia previa, ocurrida en 2014, por lo que se había emitido una ley sobre la cuarentena. Aunque se formalizó hace años, se actualizó y se hizo obligatorio el confinamiento para los contagiados.

Se realizó un control fronterizo estricto, mismo que despertó inconformidad en el presidente estadounidense Donald Trump. Por otra parte, todos los canadienses que regresaron a su territorio a partir de enero de 2020 fueron confinados hasta estar libres de toda sospecha de coronavirus COVID-19. Hubo una enorme política de pruebas de reapertura y el plan para reabrir consistió en realizar 120 mil pruebas diarias para asegurarse de quien podría ser un paciente con la nueva enfermedad.

Cabe destacar que Canadá empezó mal, con una comunicación tendiente a minimizar la crisis sanitaria y tildarla como “un problema básicamente asiático”. Afortunadamente se corrigió el rumbo a los quince días, cuando las consecuencias del virus empezaron a ser más visibles el primer ministro Justin Trudeau mejoró mucho.

#### **4.2.4. China**

Colocamos a China, aunque no sea un país democrático, no obstante, de ahí provino el problema originalmente. Se debe señalar que tuvo una fuerte coordinación estatal, inimaginable en otros países.

Desde el 17 de noviembre China publicó por primera vez los datos de la secuencia del ADN del SARS-CoV-2 y la hizo pública para consulta del mundo. Posteriormente, realizó una movilización masiva de recursos. Lo más impresionante es que, desde hace tres semanas, se determinó implementar una prueba censal a 12 millones de personas que habitan la provincia de Wuhan, sitio donde surgió el coronavirus (COVID-19). La prueba para saber el nivel de contagios se aplicará en dos semanas.

En contraste, el país asiático ha pecado de suprimir información relevante para el planeta sobre el virus y, por supuesto, aplica un estricto control social con toques de queda y confinamiento obligatorio. Tan solo en Wuhan se suspendió todo el transporte público durante las primeras tres semanas de la pandemia.

#### **4.2.5. Colombia**

En América Latina hay buenos ejemplos, debemos aprender del portal electrónico del gobierno colombiano por ser claro y completo para los hablantes del español. Colombia tiene planes económicos específicos para su población, además, ha hecho participar a las personas en el combate a la emergencia sanitaria a partir de la toma de consciencia y responsabilidad.

El problema del país fue que, por cuestiones de austeridad, se sacrificó la calidad de las pruebas para la detección de la enfermedad por un costo menor, es decir, el gobierno contrató al proveedor más barato del mercado. La consecuencia directa fue la existencia de una enorme cantidad de pruebas inciertas, inconclusas, que no tuvieron los fines esperados.

#### **4.2.6. Corea del Sur**

Corea del Sur probablemente es uno de los casos más importantes de éxito en la contención de la pandemia. En esa región no hubo discusiones sobre las pruebas, no se cuestionó si son “buenas” o “malas”. El país tenía la experiencia de enfrentar al SARS a principios de siglo, luego al MERS a mitad de la primera década. Así pues, el gobierno sabía que sin pruebas no se podría salir adelante y por ello se realizaron masivamente a través de diversas modalidades.

En Corea si alguien llama por teléfono a un número específico para pedir una prueba de coronavirus se le hace, sin importar si tiene síntomas o no. Si se acude a determinados puntos estratégicos, se aplican pruebas desde el coche. Además, fue la primera nación en desarrollar

pruebas rápidas de saliva y las herramientas digitales para la trazabilidad y el seguimiento de los casos de contagio.

El gobierno coreano garantizó a sus ciudadanos el pago del salario con la condición de la sinceridad respecto a su estado de salud. Se pidió a las personas enfermas permanecer en el confinamiento hogareño a cambio de la percepción de un pago para la manutención. Cabe resaltar que Corea evitó el contagio del personal médico, fue su principal prioridad y logró números impresionantes en dicho rubro.

Pese a su gestión exitosa, la República ubicada en Asia presentó un problema. Al superar la etapa más crítica se permitieron reuniones masivas para la reapertura en la provincia de Daegu. Ahí se presentó un fenómeno, actualmente explorado por los científicos, denominado “los súpercontagiadores”.

Algunas personas no tienen la famosa “R igual a 2 o 3”. Explico: si alguien está contagiado típicamente infecta a una, dos o hasta tres personas. La experiencia de Corea, por su trazabilidad, demostró que hay quienes una “R igual a 50 o 60”: un paciente contagia a 50 o 60 personas más. Su carga virulenta, por alguna razón, es mucho mayor y por ello tiene más capacidad de contagio que el resto de los seres humanos.

#### **4.2.7. España**

España es un caso lamentable de gestión. Aunque hubo una reapertura cautelosa y se decidió realizar una aplicación masiva de pruebas, con alrededor de 4 millones y el 8.5 por ciento de la población estudiada, todo fue tardío, incluso el confinamiento.

No existió rastreo de los españoles que viajaron a Italia y China; según estimaciones, éstos pudieron ser alrededor de 100 mil españoles. Esa explosión de contagios provocó equívocos en la reapertura. Adicionalmente, el presidente Pedro Sánchez ha reconsiderado postergar el regreso a la normalidad en varias ocasiones.

#### **4.2.8. Estados Unidos**

Estados Unidos tuvo dos gestos positivos al inicio de la pandemia, incluso parecía que ésta domaba al presidente Donald Trump. En primer lugar, se envió un equipo de especialistas estadounidenses a China para entender el fenómeno, hasta se pensó que eso sería un periodo

de colaboración científica internacional. En cuanto a las pruebas, se comenzó tempranamente la aplicación de 160 mil desde el 28 de enero.

Por desgracia, previamente se había achicado al equipo especializado de respuesta ante problemas de seguridad de salud y defensa biológica, cuya creación databa del 2014, durante la emergencia del ébola. Para ese momento se habían quitado a los principales científicos, por lo que la oficina quedó diezmada e inutilizada.

Extrañamente Estados Unidos tuvo problemas para obtener las mascarillas N95, destinadas a la protección del personal médico. Tanto el país vecino como México no contaron con los cubrebocas especializados a tiempo por temas burocráticos y decisiones políticas administrativas.

La trazabilidad y rastreo de casos fue sumamente tardío, inició formalmente hasta que el estado de Kentucky desarrolló la primera estrategia para el seguimiento de los contagiados. Esa misma fue adoptada por el gobierno federal. Quizá en error más capital cometido por Estados Unidos, por lo que ahora se sufre mucho Nueva York y otras grandes ciudades, es que no se tomaron en cuenta los asilos. Ese pecado es compartido con Suecia y otras naciones.

#### **4.2.9. India**

Según el rastreador de la Universidad de Oxford, India fue rápida y estricta con sus medidas de mitigación de la pandemia; tuvo una respuesta económica rápida y puntual amplia; una política sanitaria fiscal y, curiosamente, invirtió muchos recursos para la investigación científica. Ese país fue el primero en condiciones de subdesarrollo en crear pruebas rápidas bajo sus propios esquemas. Asombrosamente ahora tiene una de las tasas de decesos de mortalidad más bajas del mundo, con el 2.8 por ciento.

Una de las fallas en India radica en el establecimiento de su fecha de reapertura, misma que ha ocurrido en seis ocasiones. Un país no debe abrir sólo con base en un día establecido en el calendario. El retorno a las actividades debe ocurrir cuando los datos de hospitalizaciones, contagios y muertes hayan descendido consistentemente por lo menos durante 15 días.

Esa nación también tiene alta desconfianza hacia los laboratorios privados, eso ocasionó un rezago en la respuesta a la emergencia sanitaria. Adicionalmente, como casi en todos los

países, existió descoordinación federal y al inicio de la pandemia cada provincia tomó su propio camino.

#### **4.2.10. Japón**

Japón tiene ventajas sociales ante la crisis de salud debido a factores propios de su cultura. Para los habitantes de esa región el uso de cubrebocas es cotidiano porque funge como herramienta para enfrentar la contaminación y las sucesivas exposiciones al polen; tampoco es un problema cumplir con el nulo contacto interpersonal.

Asimismo, los ciudadanos de esa isla ubicada en Asia cuentan con disciplina estricta y protocolos de entrenamiento ante el desastre, por la constante aparición de fenómenos naturales como tsunamis o terremotos. Actualmente ese territorio tiene una tasa baja de letalidad, motivada por su estructura demográfica y el predominio de población del sector adulto mayor que toma más precauciones para preservar la salud.

#### **4.2.11. Perú**

Perú es el país de América Latina con mayor número aplicado de pruebas: 1 millón 173 mil hasta el momento; también implementó las medidas más rápidas y estrictas para atender la crisis de salud en el continente y controló severamente sus puentes aéreos y de tierra.

Todo marchaba bien pero, al igual que India, estableció una fecha anticipada para el retorno a las actividades. Con base en esto, desde inicios del mes de abril hizo caso omiso a sus datos y, justamente el 11 de mayo, su capacidad hospitalaria se encontraba al 85 por ciento.

Sumado a lo anterior, el territorio andino comparte una problemática con México: su número de trabajadores informales es alto, determinante e incontrolable por el poder gubernamental. En este sentido, regular los establecimientos informales, que dan sustento a miles de personas, es sumamente complejo.

#### **4.2.12. Reino Unido**

Este es un caso inaudito porque se trata de un gobierno del primer mundo. Su acción correcta radicó en proteger con pruebas, indumentaria y equipo a los médicos, de modo que todos ellos se sintieron seguros para ir “a la guerra”. Particularmente en Inglaterra, el personal

sanitario acudió confiado a luchar contra el coronavirus. Posteriormente, la política se extendió a bomberos, policías y otros funcionarios que tienen alto contacto con la población. Su error consistió en tomar decisiones tardíamente, sobre todo por la actitud displicente del primer ministro Boris Johnson.

Se realizaron pruebas masivas tardías a los ciudadanos de dicho país, aunque fue un ejemplo de corrección dramática a la política porque en 3 días se cambió completamente la idea respecto estas herramientas. Por el estatus de la pandemia en México, considero que eso podría pasarnos: de la negación trasladarnos a un ámbito donde se hagan miles de pruebas bien hechas.

En Reino Unido la reconversión de hospitales también llegó tarde y, una cosa imperdonable, fueron los retrasos críticos en los reportes de información. La primera muerte se notificó una semana después, esto no pasó ni en Bangladesh y resulta inexplicable para el sistema de salud y el gobierno democrático de esa nación.

El confinamiento llegó 60 días después del primer caso de coronavirus (COVID-19) y hubo precipitación en la reapertura porque se fijó cuando había 250 muertos al día; el país se abrió a las actividades en un momento donde los reportes indicaban que ese territorio tenía la mayor cantidad de muertes registradas en toda Europa.

#### **4.2.13. Suecia**

Suecia era el ejemplo para casi todo; sin embargo, con las políticas frente al coronavirus no fue así. Hay dos virtudes para ese gobierno: si alguien afirmaba tener COVID-19 se le pagaba para que pudiera confinarse sin preocupaciones por el sustento. Esto demostró el nivel de confianza de ese Estado hacia sus ciudadanos, porque además no era obligatorio someterse a una revisión profesional para obtener el apoyo económico. Por otra parte, fue más portentosa que Alemania y duplicó las camas hospitalarias en un mes.

El error recayó en que confinaron por sectores y no suspendieron las clases de nivel básico. Salvo los niños menores de 12 años, todos los habitantes de esa región del mundo pudieron salir bajo la premisa del autocuidado. En ningún momento se previó el riesgo de la convivencia de los profesores con los alumnos y de ellos con otros adultos, por lo que la tasa de contagios se elevó.

Como en Estados Unidos, Suecia descuidó los asilos de ancianos: el 80 por ciento de los casi 5 mil muertos provienen de esos recintos. Esto es imperdonable para el pensamiento estratégico, el gobierno sabía que los adultos mayores son un sector vulnerable y aun así fallaron.

Otra situación inexplicable para ese país, si se toma en cuenta que es la tierra donde nació el derecho a la información y la transparencia, son sus reportes tardíos, incompletos, poco claros y con ausencia de franqueza. Hace apenas unos días el ministro de salud de Suecia, Anders Tegnell, reconoció su equivocación durante la implementación de la política de confinamiento por sectores. Lo hizo durante una ceremonia solemne, donde abordó todos los errores cometidos por las autoridades.

Como este ejercicio se trata de una comparación internacional no me gustaría abordar el caso de México. En este sentido, dejaré a consideración del público el balance sobre el estado de las cosas en la República Mexicana.

### **4.3. Una visión transversal**

Para enfrentar la pandemia se requiere, como se citó al inicio de la ponencia, de una política específica para enfrentar al coronavirus, así como de la capacidad de reconversión hospitalaria.

De acuerdo con el análisis efectuado, el país que actuó más rápido para emprender el confinamiento fue Perú, seguido de Colombia y Brasil, con un medidas mixtas y poco radicales.

En cuanto a Alemania, desde el primer fallecimiento se tardó 46 días en decretar normas de aislamiento social, En este punto cabe destacar que se trató de uno muy serio, de tajo y profundo; no fue un toque de queda, pero casi. Se aplicó un estado de alerta para que toda la población se quedara en casa. Para analizar mejor este punto valdría la pena hacer la correlación entre rapidez y profundidad de las medidas de confinamiento.

Las mayores bajas de personal médico, no necesariamente por muerte, sino también por infección, las registraron España, México y Estados Unidos.

En cuando a tasa de letalidad, Reino Unido tiene la más grande seguido por México. Considero importante este punto porque en ambos países se subestima la cantidad real de contagios. En los demás, como Corea del Sur, Colombia y Perú, la tasa de letalidad es bastante más confiable y aproximada a la realidad: 2.3 por ciento, 3.3 por ciento y 2.7 por ciento, respectivamente.

## **Conclusiones**

Para que se cuente con una perspectiva general del mundo emitiré algunas conclusiones sobre los gobiernos democráticos sometidos a análisis. Todos los datos vertidos en esta conferencia procuraron ser recientes; algunos son del 4 o 6 de junio de 2020. Muy pocos corresponden al 31 de mayo.

China fue el origen de la pandemia de coronavirus (COVID-19), el primer sitio donde murió alguien a causa de esta enfermedad, así como el primer lugar en iniciar medidas de confinamiento; Perú fue el país más rápido en decretar cuarentena; Corea del Sur fue el de menor porcentaje de muertes, respecto al total del mundo. El caso de Estados Unidos es preocupante; hasta el momento, tiene el mayor número de casos acumulados de contagios, de muertes acumuladas en el mundo y de casos registrados en un solo día.

Sobre esta revisión hay diez lecciones finales:

1. Deben aplicarse pruebas para detección de COVID-19 en la población.
2. La primera medida de política sanitaria debe ser el reforzamiento de la infraestructura, el equipamiento hospitalario y el personal médico.
3. La estrategia de acción económica no debe pensarse aparte, sino como acompañante de las medidas sanitarias. Puede haber un gran programa de créditos, pero pocos querrán endeudarse porque el futuro es incierto. Cosa aparte será la estrategia que permita a los ciudadanos quedarse en casa.
4. La trazabilidad es importante, tanto para el curso de la pandemia como para la reapertura. Las pruebas y el seguimiento de los casos de México tendrán que hacerse, guste o no para emprender el retorno a la “nueva normalidad”.
5. El cubrebocas es toda una ciencia y hay que usarlo obligatoriamente.

6. La claridad y la transparencia de la información del gobierno es esencial en todo momento.
7. No se deben apresurar los planes para la reapertura, ésta tiene que depender de datos reales y no de una fecha predeterminada. Su establecimiento debe tomarse con base en el desenvolvimiento de la realidad en los últimos 14 días.
8. Se deben suspender los eventos masivos por un buen tiempo
9. Es necesario aplicar un control fronterizo, especialmente aéreo.
10. Se debe comunicar no sólo lo conocido, sino también lo ignorado, así como lo que no ha podido acertarse. Esta modestia o humildad servirá para generar confianza pública y una buena comunicación entre el gobierno democrático y sus ciudadanos. Si bien no se puede imponer una conducta masiva, sí se puede persuadir la misma a partir de claridad y congruencia.

Los gobiernos democráticos están sujetos a un contexto de exigencia mundial por organismos internacionales y por otros gobiernos. Ayer la OMS se refirió a los siete países con las tendencias de contagio más preocupantes, por lo que deben ser el foco absoluto de la atención mundial.

India, Brasil, Sudáfrica, Irán, México, Rusia y Estados Unidos son el centro de la preocupación por la falta de contención, alta escala de ascenso, potencial explosión del coronavirus y ausencia de control de la enfermedad en sus territorios. Ante esto y como forma de cierre, considero indispensable generar incentivos para que México tome más en serio las experiencias propias y de otros países.

---

<sup>i</sup> Videoconferencia del 09 de junio de 2020 – Primer Ciclo de Webinars: “Democracia y Derechos Humanos”

Consulta en: <https://www.youtube.com/watch?v=7GyGkCOLIow>

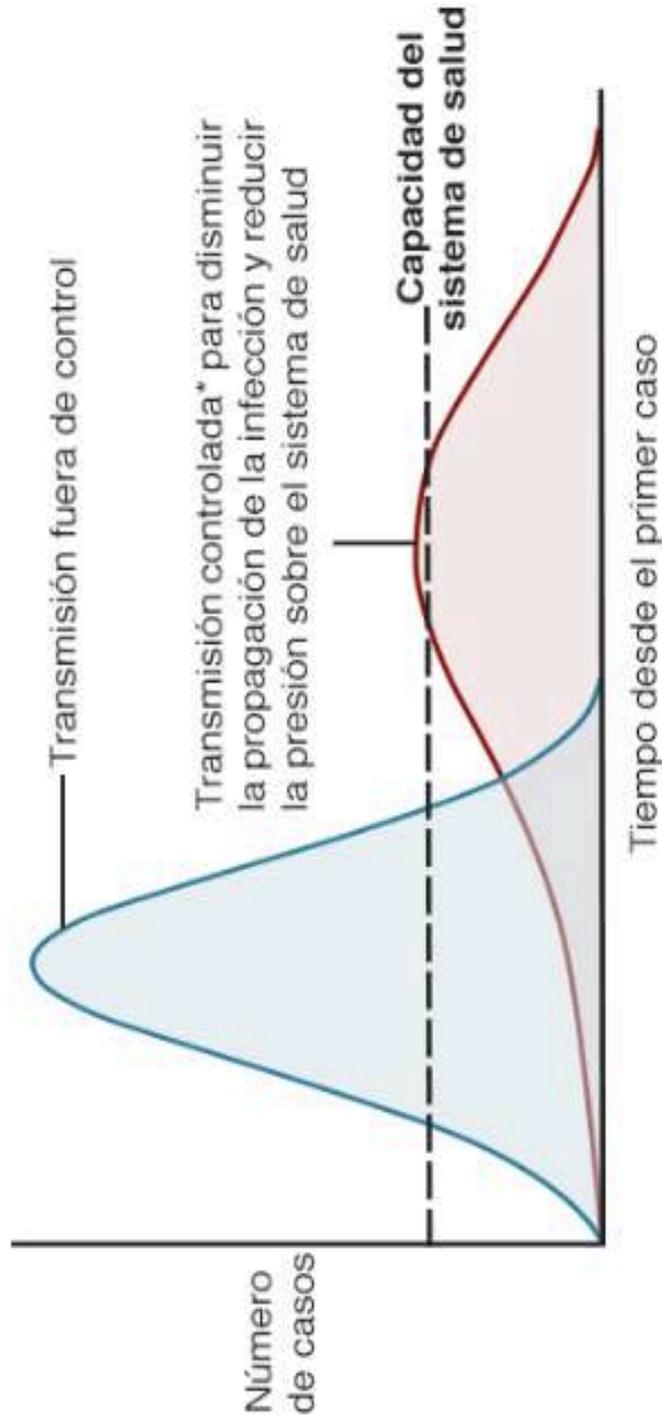
<https://www.facebook.com/118205142918183/videos/1371001479767995>

Los datos presentados en esta ponencia son un el conjunto de la investigación realizada por el Lic. Ricardo Becerra y la Mtra. Mónica Rebolledo

# ANEXO

EL GOBIERNO DE LA PANDEMIA:  
DEMOCRACIA Y POLÍTICA  
PÚBLICA EN PERSPECTIVA  
COMPARADA

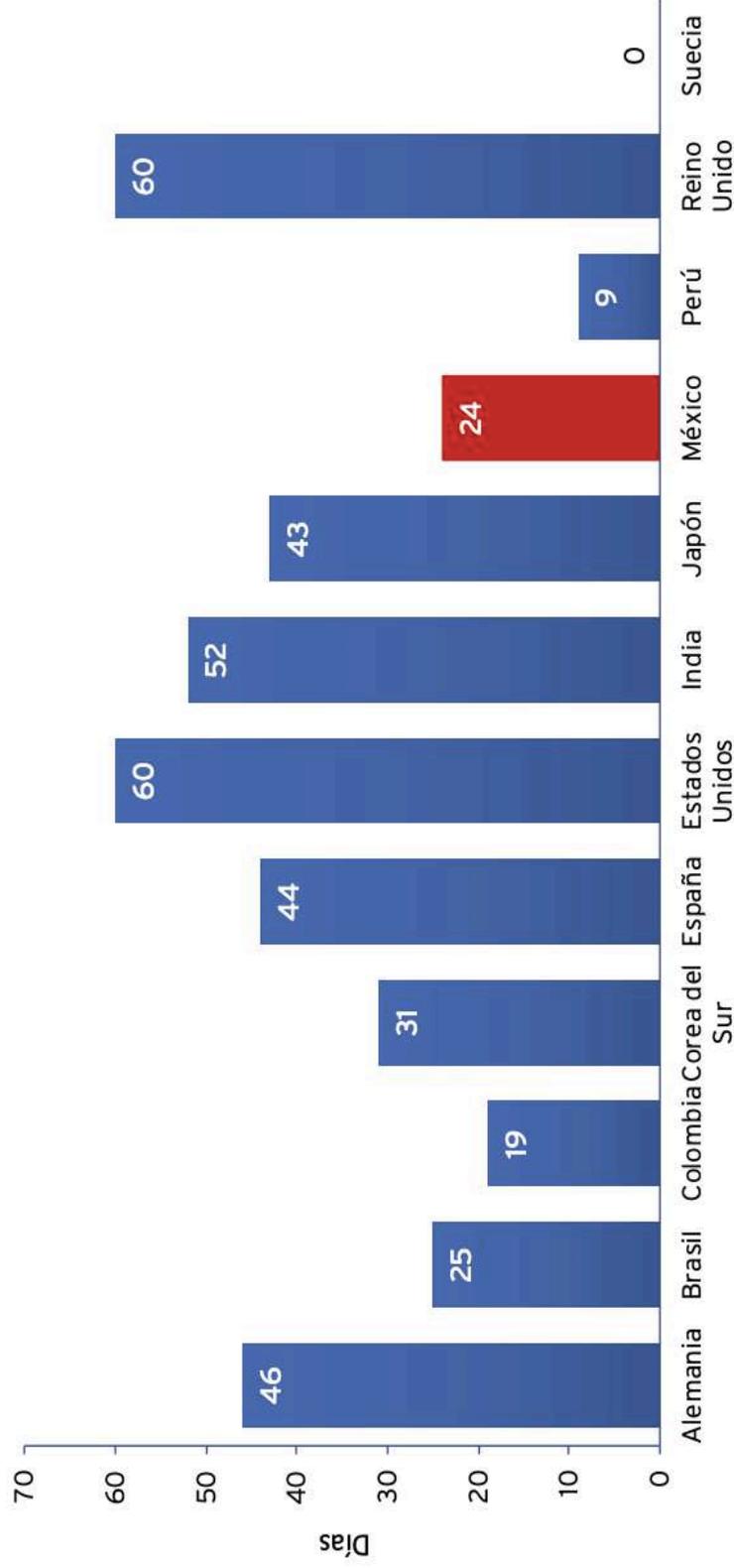
## ¿Cómo se aplanan la curva epidémica?



\*con medidas como fomentar el lavado de manos adecuado, el trabajo a distancia, limitar reuniones grandes o restricciones de viaje

Gráfica 1.

## Días desde el primer caso para iniciar el confinamiento



Gráfica 2.

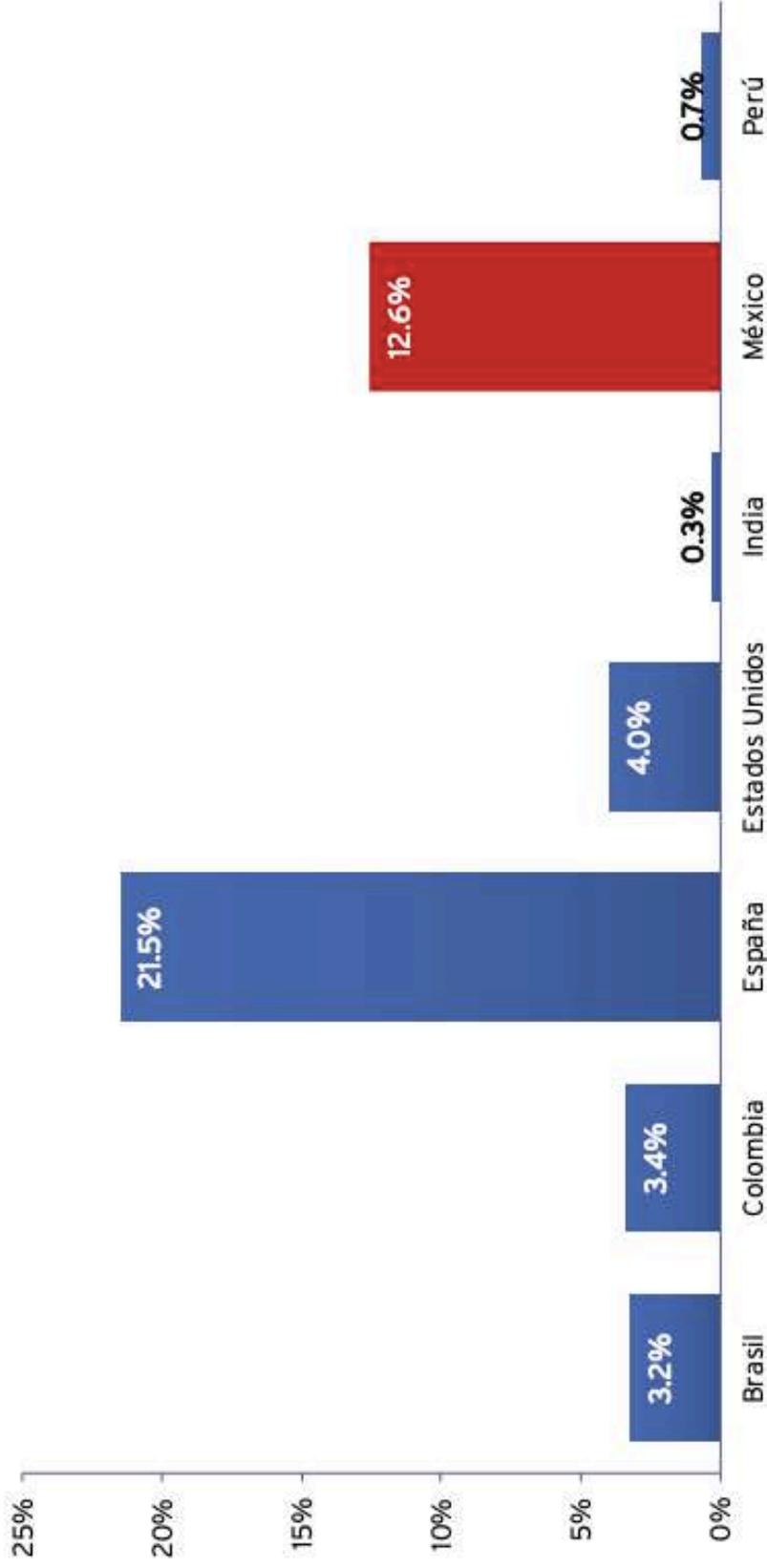
Fuente:

\*Corte al 07 de junio de 2020. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/>

\*\*Corte al 07 de junio de 2020. Worldometers COVID-19 Coronavirus Pandemic <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

\*\*\*Johns Hopkins University & Hospital. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

## Personal médico infectado



Gráfica 3.

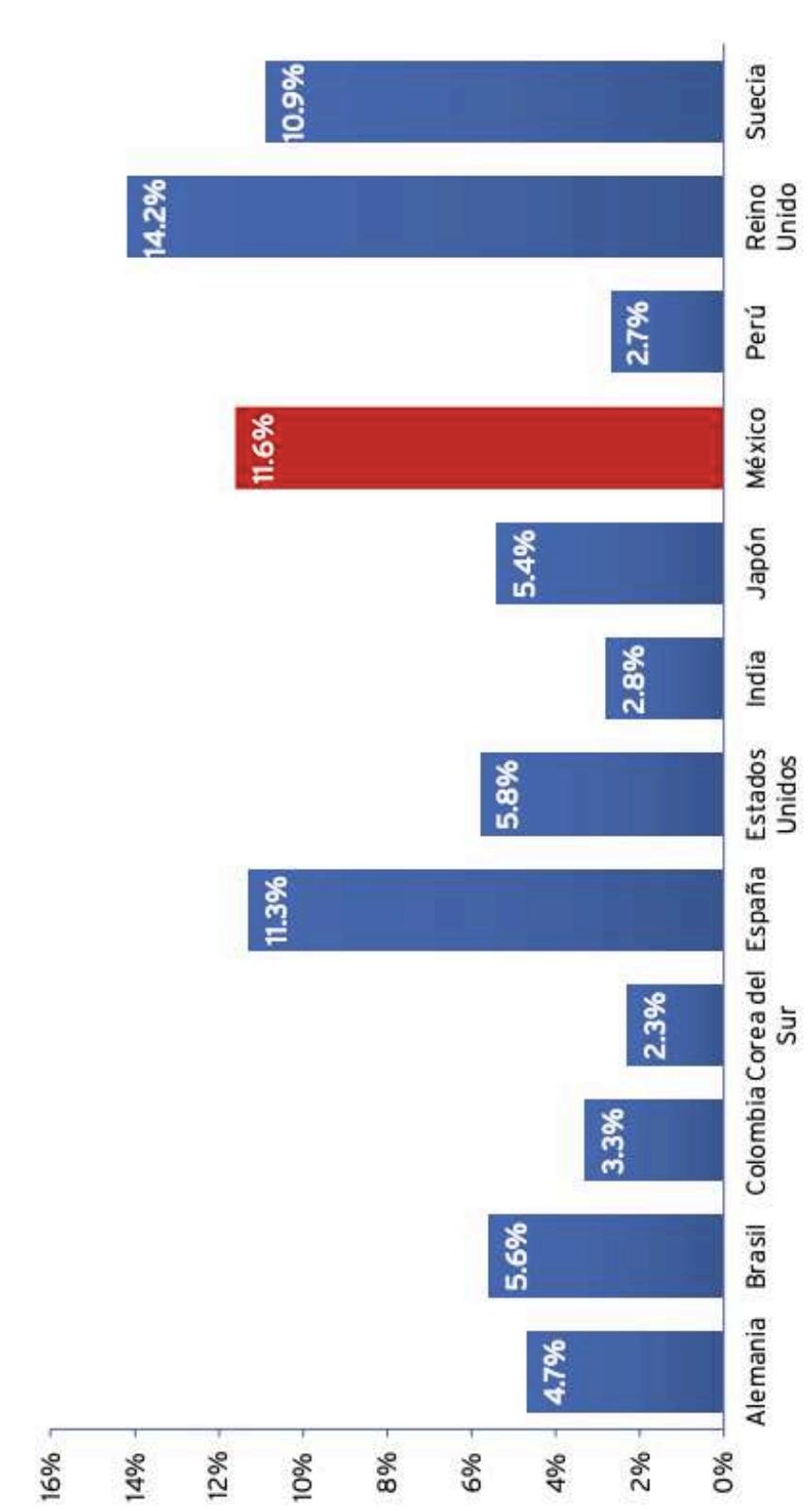
Fuente:

\*Corte al 07 de junio de 2020. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/>

\*\*Corte al 07 de junio de 2020. Worldometers COVID-19 Coronavirus Pandemic <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

\*\*\*Johns Hopkins University & Hospital. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

# Tasa de letalidad



Gráfica 4.

Fuente:

\*Corte al 07 de junio de 2020. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/>

\*\*Corte al 07 de junio de 2020. Worldometers COVID-19 Coronavirus Pandemic <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

\*\*\*Johns Hopkins University & Hospital. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

# Los siete países con las tendencias de contagio más importantes



1. India 🇮🇳

2. Brasil 🇧🇷

3. Sudáfrica 🇿🇦

4. Irán 🇮🇷

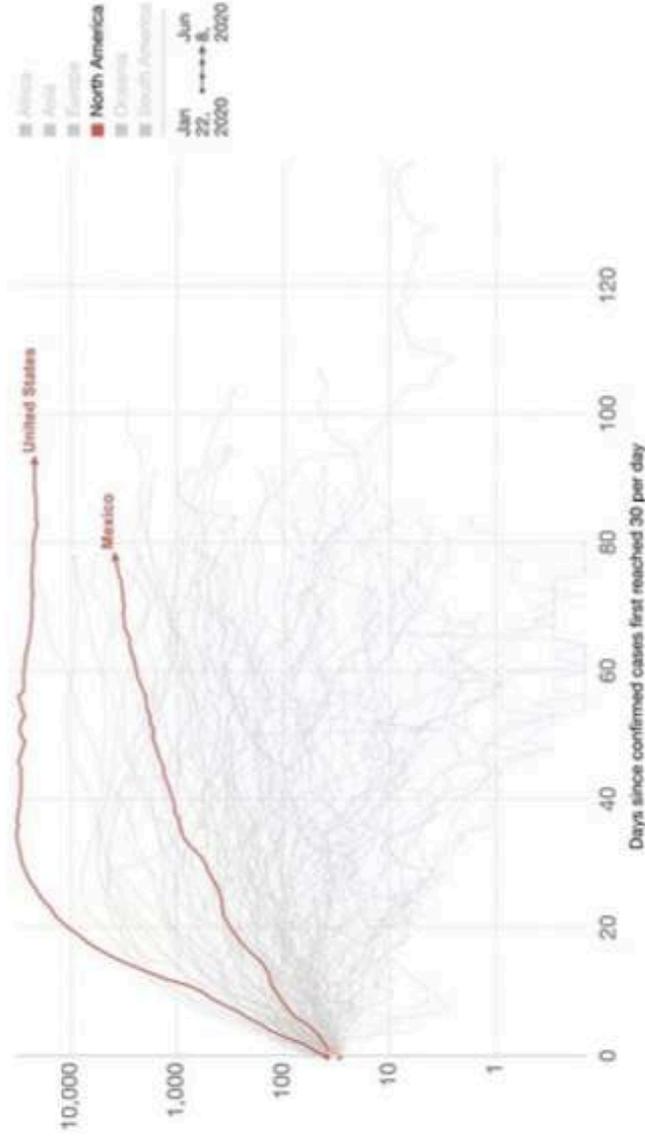
5. México 🇲🇽

6. Rusia 🇷🇺

7. Estados Unidos 🇺🇸

Daily confirmed COVID-19 cases: are we bending the curve?

Because not everyone is tested the total number of cases is not known. Shown is the 7-day rolling average of confirmed cases.



Gráfica 5.

## REFLEXIONES FINALES

A nivel mundial, la democracia transita por momentos difíciles y experimenta una fragilidad que hace apenas 15 o 20 años hubiera parecido poco probable. Como ciudadanos, hemos presenciado los efectos de una paulatina pero constante desafección hacia dicho sistema y sus prácticas, así como el desprestigio de partidos y políticos, la pérdida de credibilidad de instituciones de gobierno y el empobrecimiento de la discusión pública. En suma, un deterioro generalizado.

Nada de esto ocurrió en el vacío. La pobreza, la desigualdad, la inseguridad y la violencia pasaron factura y explican buena parte de la deuda social que la democracia, exigida al límite, no ha podido resolver para millones de personas.

Una de las problemáticas más graves radica en el debilitamiento de los compromisos fundamentales y del respeto a las reglas de la vida democrática desde el poder y los espacios de representación, a quienes la ciudadanía les encargó la protección y promoción de normas y prácticas.

Ante estas circunstancias es preciso recuperar el sentido de urgencia respecto de lo que ocurre con la democracia, así como reflexionar sobre los métodos para enfrentar la crítica situación. Este sentir debe difundirse y contagiarse colectivamente, siempre con información y evidencia rigurosa.

Justo en este sentido destaca el papel de la Cátedra Francisco I. Madero que, como parte de su causa institucional, se dedica a comprender, analizar, problematizar y difundir el estado actual del sistema político que rige a México y otros países del mundo.

Esta iniciativa fue constituida de forma conjunta en el año 2019 por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (FCPyS-UNAM) y el Instituto Nacional Electoral (INE). A lo largo del complejo 2020, su propia materia de origen orientó el despliegue de sus actividades.

La Cátedra Francisco I. Madero ha convocado a investigadores, docentes y estudiantes a involucrarse en un proceso de reflexión colectiva y de elaboración de estudios sobre la democracia en el siglo XXI. Es un esfuerzo para abrir nuevos espacios de discusión y divulgación de ideas, aprendizaje, análisis y generación de conocimiento producto de pesquisas rigurosas, originales y multidisciplinarias.

Los textos incluidos en esta publicación son muestra destacada de la diversidad temática abordada durante 2020 en las diferentes conferencias convocadas por esta iniciativa académica. Todos los encuentros fueron difundidos y realizados a través de medios digitales, para atender las medidas sanitarias derivadas de la pandemia del virus SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad por COVID-19.

La salud y su estado entre la población mexicana; la afectación de grupos vulnerables frente al coronavirus; el papel de las ciencias sociales en esta emergencia, el rol de los gobiernos para enfrentar y controlar el nuevo padecimiento y el futuro del empleo en el contexto social y económico actual son los temas recabados en este libro. Todos fueron abordados de la mano de algunas de las voces más destacadas en cada una de las áreas presentadas.

La Cátedra Francisco I. Madero desplegó sus esfuerzos no solo para mantenerse en marcha en esta difícil época, sino también para seguir vigente como espacio de reflexión colectiva en medio de la inminente crisis.

Los temas discutidos en este espacio se relacionan con la emergencia sanitaria, así como con el contagio real y latente que supone el coronavirus (COVID-19). Esto se logró a partir de perspectivas analíticas sobre las múltiples implicaciones políticas, económicas y sociales en torno a la pandemia.

Por otra parte, el análisis y los planteamientos de los especialistas presentados en esta publicación no sólo giran en torno al nuevo virus SARS-CoV-2, sus alertas globales para la protección de la salud, el mantenimiento de los hábitos de higiene y los protocolos sanitarios, el fortalecimiento de capacidades de atención hospitalaria y el proceso de desarrollo de vacunas, también enfatizan las dimensiones sociales, políticas y económicas de la crisis sanitaria.

Una pandemia supone un problema de salud de primer orden, principalmente arraigado en conocimiento y evidencia científica. No obstante, también es cierto que este tipo de acontecimientos son fenómenos sociales y, como tales, deben explicarse desde perspectivas sociales, políticas y económicas.

La evolución, control y salida de la crisis sanitaria depende no solo de la higiene, el análisis matemático o el desarrollo de vacunas. Es preciso comprender las dinámicas de la comunidad afectada, sus exigencias y preferencias de sustento económico y la relación entre autoridades y ciudadanía.

No es lo mismo enfrentar el surgimiento y evolución de un evento de este tipo en una democracia que en un régimen con resortes autoritarios. En este sentido, los elementos sociales interactúan con la estricta dimensión de la salud para poder explicar el devenir.

En la historia que aún se escribe resulta fundamental la dinámica del virus que enfrentamos como humanidad; su ritmo de contagio e inmunidad; los esfuerzos institucionales por desplegar atención médica y hospitalaria necesaria; el desarrollo de vacunas contra la enfermedad y su aplicación organizada y oportuna entre la población.

Adicionalmente, en este desarrollo de acontecimientos debemos ayudar a comprender e incorporar con mayor visibilidad la respuesta social al padecimiento y las interacciones que éste desencadenó entre la población, la industria y la ciudadanía y los gobiernos.

Ante nuestros ojos se exponen de forma aguda las desigualdades económicas de siempre, así como formas de discriminación hasta ahora impensadas. Un triste ejemplo radica en aquellas a las que han estado expuestos muchos profesionistas de la salud.

Otros eventos preocupantes se reflejan en la permanencia de las violencias de género, del crimen organizado y en las incertidumbres del mundo laboral. Al mismo tiempo, la emergencia sanitaria galvaniza relaciones sociales solidarias y ofrece esperanzas de cambio ancladas en nuevas formas de acción colectiva.

Aún desconocemos de qué forma todos estos procesos sociales habrán de transformar las realidades de la sociedad mexicana y de la comunidad humana a la que pertenecemos. La única certeza es que, sin esfuerzos de comprensión y deliberación pública como los impulsados por la Cátedra Francisco I. Madero y sus participantes, difícilmente podríamos encontrar alternativas para que la sociedad mexicana enfrente la pandemia en democracia y con herramientas para salir de ella con la resiliencia demandada por los tiempos actuales.

**DR. LORENZO CÓRDOVA VIANELLO<sup>1</sup>**  
**Consejero Presidente del Instituto Nacional Electoral (INE)**

---

<sup>1</sup> Lorenzo Córdova Vianello: Doctor de investigación en Teoría Política por la Universidad de Turín, Italia. Investigador Titular B del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (con licencia), es reconocido con el PRIDE D, y es miembro del SNI, nivel III. En 2010 recibió el premio Universidad Nacional para Jóvenes Académicos de la UNAM. Autor de varios textos (libros, capítulos de libros, ensayos y artículos) sobre temas electorales, constitucionales y de teoría política. Entre sus libros destacan Derecho y Poder. Kelsen y Schmitt frente a frente (FCE, 2009); Elecciones, dinero y corrupción. Pemexgate y Amigos de Fox (en coautoría con Ciro Murayama, Cal y Arena, 2006); entre otros.



# ÁTEDRA

## FRANCISCO I. MADERO

---

**PUBLICACIÓN 2020**

---

CÁTEDRA EXTRAORDINARIA  
ENCÍCICA FRANCISCO I. MADERO

