

La gestión de la pandemia en México

Salomón Chertorivski
José Ángel Córdova
Julio Frenk
Mercedes Juan
José Narro
Guillermo Soberón

COVID-19

*Análisis preliminar
y recomendaciones
urgentes*

CONSEJO
CONSULTIVO
CIUDADANO

PENSANDO
EN MÉXICO

La gestión de la pandemia en México

La gestión de la pandemia en México:
análisis preliminar y recomendaciones urgentes

Primera edición, 2020

Todos los derechos reservados

D.R. © 2020 Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México

Louisiana núm. 113, esq. Nueva York

Colonia Nápoles, alcaldía Benito Juárez

03810, Ciudad de México.

La gestión de la pandemia en México

Salomón Chertorivski

José Ángel Córdova

Julio Frenk

Mercedes Juan

José Narro

Guillermo Soberón

COVID-19

*Análisis preliminar
y recomendaciones
urgentes*

CONSEJO
CONSULTIVO
CIUDADANO

PENSANDO
EN MÉXICO

Consejo Ciudadano Pensando en México

Clemente Castañeda Hoeflich

Sergio Manuel Alcocer Martínez de Castro

Nicolás Alvarado Vale

Rafael Álvarez Cordero

Jorge Álvarez Máynez

Verónica Baz

Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla

Enrique Cárdenas Sánchez

Jorge Andrés Castañeda Morales

Luis Donald Colosio Riojas

Carlos Cruz Santiago

Dante Delgado Rannauro

Carlos A. Flores Vargas

Manuel Herrera Vega

Juana Jiménez Sánchez

Pablo Kuri-Morales

Humberto Lozano Avilés

Patricia Mercado Castro

Lourdes Morales Canales

María Elena Morera Mitre

Alfonso J. Motta Allen

José Luis Navarro Chinchilla

Raúl Padilla López

Rafael Pérez Gay

Gabriela Pérez Yarahuán

Jacqueline Peschard Mariscal

Enrique Provencio Durazo

Marco Antonio Rascón Córdova

Federico Reyes Heroles

Luis Robles Miaja

Mara N. Robles Villaseñor

Cecilia G. Soto González

Raúl Trejo Delarbre

Teresa Vale

Eduardo Vega López

José Enrique Villa Rivera

Salvador Zamora

In memoriam:

A las víctimas mortales de la pandemia.
En reconocimiento al valor y la entrega
de nuestro personal de salud.

La gestión de la pandemia en México: *Análisis preliminar y recomendaciones urgentes*

**Salomón Chertorivski Woldenberg • José Ángel Córdova Villalobos
Julio Frenk Mora • Mercedes Juan López • José Narro Robles
Guillermo Soberón Acevedo**

Coordinación general

Ricardo Becerra Laguna

Investigación

Lilian Jaimes Arellano
Mónica Rebolledo Olvera

Colaboración especial

Mariano Sánchez Talanquer
Jorge Andrés Castañeda Morales

Coordinación operativa

María del Rocío Camargo García
Ligia Santoyo Aguilera

Este documento está signado por los exsecretarios federales de Salud Salomón Chertorivski Woldenberg, José Ángel Córdova Villalobos, Julio Frenk Mora, Mercedes Juan López, José Narro Robles y Guillermo Soberón Acevedo, ponentes de varias sesiones, discusiones y talleres realizados en el Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México. A partir de sus planteamientos y análisis se creó un equipo de investigación que dio forma y desarrollo al trabajo que aquí se presenta. A su vez, durante otras sesiones del Consejo el documento fue enriquecido por las ideas y aportaciones de las y los integrantes de Pensando en México.

Contenido

Presentación		11
Introducción	¿Por qué un reporte sobre la pandemia?	13
I	Las primeras medidas	15
II	La débil producción jurídica para la gestión de la pandemia	25
III	Política de aislamiento social: México, América Latina y nuestra situación subnacional	31
IV	La experiencia internacional: lecciones ignoradas	45
V	La inexplicable ausencia de pruebas	81
VI	La reconversión sin plan: la atención hospitalaria real en México	87
VII	La ciencia del cubrebocas y su negación	97
VIII	La política económica que no llega	107
IX	Salir del confinamiento: nueva realidad y soluciones mixtas	111
X	Conclusiones	115
XI	Recomendaciones urgentes: hacia un segundo intento de control de la pandemia	123
	Índice de gráficas, figuras y cuadros	129
	Fuentes consultadas	131

Presentación

Este documento es producto de varios meses de trabajo, en los cuales cuatro decenas de ciudadanas y ciudadanos mexicanos han aportado tiempo, inteligencia y experiencia para pensar a México.

Como no podía ser de otro modo, en ese tiempo su agenda dio prioridad a la principal crisis sanitaria y económica que haya vivido nuestro país, y aquí presenta un fruto decisivo: una evaluación amplia y comprehensiva acerca de la actuación gubernamental durante la pandemia.

El Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México fue creado, precisamente, para el estudio de nuestros problemas nacionales y la elaboración de soluciones plausibles. A él acuden personas libres, independientes, profundamente implicadas y comprometidas con la vida de su país. En él se escuchan las voces más autorizadas de cada campo; en este caso, seis exsecretarios de Salud y muchos otros especialistas.

Este Consejo es promovido y auspiciado por Movimiento Ciudadano, y aunque sus integrantes no forman parte de nuestro partido, hemos sabido construir un vínculo mediante el diálogo, el respeto mutuo y las ganas de participar.

Estamos ante un documento crítico pero siempre respetuoso, atento a la evidencia y que propone con claridad varios cambios específicos en la política contra el nuevo coronavirus. De esa manera, demuestra que nuestro país sí tiene opciones, alternativas científicamente fundadas, para enfrentar lo que es ya –y seguirá siendo– una pandemia larga, la misma que sigue causando un enorme daño y un inmenso dolor a nuestra población.

La aportación que brinda *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes* debe ser escuchada por la sociedad y por el gobierno, por los medios de comunicación, los expertos, el personal médico, la academia y la sociedad civil.

Es un llamado a cambiar urgentemente para detener la cauda de enfermedad y de muerte. Es una contribución de buena política, de la que tanto necesita nuestro país.

Clemente Castañeda Hoeflich
Coordinador Nacional de Movimiento Ciudadano

Introducción

¿Por qué un reporte sobre la pandemia?

En ningún otro momento en la historia del mundo la humanidad había atravesado por una experiencia social tan incierta y ajena a todo precedente. La globalización del virus SARS-CoV-2, su contagio vertiginoso y su letalidad han distorsionado las condiciones de vida y de la sociedad en casi todo el planeta. El desconocimiento de sus ciclos y de la forma en que la enfermedad agrede a la biología humana (y cómo altera la vida social) son los factores que reclaman nuestra máxima atención, los mayores cuidados y los que no permiten vislumbrar una salida pronta y amplia.

Por eso –porque aún conocemos muy poco del virus– necesitamos a la ciencia, a la técnica médica y clínica, a la epidemiología, al conocimiento de expertos y al aprendizaje rápido de la experiencia en otras partes del mundo.

La ciencia es una rigurosa y amplia conversación de carácter universal basada en evidencia. Por eso se discute y se revisa permanentemente de manera pública y sincera. Esta condición es más necesaria hoy que nunca.

Este documento quiere contribuir a la comprensión pública del fenómeno desde el punto de vista de las acciones del gobierno mexicano, de los gobiernos locales, del sector salud y, en general, de los responsables de gestionar una situación extremadamente difícil.

Partimos de una constatación: la sociedad mexicana no ha recibido aún el balance riguroso de lo que hasta ahora ha hecho su gobierno, a más de 150 días de la pandemia y luego de 65000 muertes reconocidas y causadas por ella, más una cantidad adicional que posiblemente triplica esas cifras. Contamos con documentos, presentaciones y cifras útiles, pero no con una visión de conjunto que logre retratar, así sea de manera aproximada, la evolución de la epidemia, su expansión real, su ubicación regional, la forma en que se ha movido entre la población mexicana y su trayectoria previsible para finales de 2020.

Llegamos a un escenario catastrófico, definido así –y con razón– por las propias autoridades sanitarias. Pero la situación que enfrentamos es dinámica y su desenlace sigue abierto: puede ser todavía peor o puede encontrar un cauce nuevo si somos capaces de escucharnos, evaluar y corregir.

Las cifras utilizadas a lo largo de esta investigación retratan cuatro momentos:

Un primer corte a mayo, cuando estaban en acto y concluyeron las medidas de confinamiento en México. Al 25 de junio para poder comparar las diferentes experiencias de otros países. Al 31 de julio, pasados los 150 días de la pandemia y, al final, antes de entrar a imprenta, hacia fines de agosto, recabamos algunos datos que nos revelaron la llegada del “escenario catastrófico”.

El propósito de este documento es, pues, ofrecer un primer cuadro de conjunto con base en datos públicos disponibles que ayude a reconocer los avances de la gestión contra la epidemia –si los hubo–, al tiempo que señala las insuficiencias y yerros en esa misma gestión. El documento concluye con una serie de recomendaciones en tono de urgencia para corregir lo que hasta ahora no ha funcionado y para preparar con todo cuidado y rigor la construcción de esa normalidad que nos heredará la epidemia en un tiempo indefinido y cuyos contornos aún no somos capaces de trazar.

Ciudad de México, julio-agosto de 2020



Las primeras medidas

Por definición, durante el curso de una pandemia nunca se cuenta con información suficiente. Es así porque un agente nuevo produce la enfermedad también nueva y nos coloca en una circunstancia de carácter inédito: los seres humanos nunca se han enfrentado con ese mal y no conocen sus características esenciales ni su forma de propagación.

Por ello, en una epidemia es necesario tomar decisiones con información limitada, reconocer patrones sobre la marcha y establecer supuestos lógicos acerca de lo que es posible y probable. En otras palabras: se debe trabajar con hipótesis sobre enfermedades parecidas y conocidas, con previsiones basadas en la evidencia disponible, intentando una amplia captación de datos y un ordenamiento riguroso de ellos, así como la construcción de modelos epidemiológicos técnicamente válidos.

Reconocer que se trabajará con información limitada no quiere decir que las autoridades o los investigadores se resignen a tal restricción. Por el contrario, precisamente porque es limitada se deben hacer todos los esfuerzos para obtener la mayor y mejor información en el menor tiempo posible y de manera constante. Esa resignación a trabajar con información limitada es uno de los problemas fundamentales en la gestión de la pandemia de COVID-19 en México, fuente de otros graves errores que examinaremos más adelante.

Pero vayamos por partes. Durante enero de 2020 el gobierno federal elaboró el Plan de Preparación y Respuesta a través del Comité Nacional para la Seguridad en Salud. El 22 de enero estableció el aviso preventivo de viaje para identificar los casos sospechosos en pasajeros provenientes de China, fuente original del virus.

* Toda la investigación y análisis que se presentan en este documento tienen como base los datos oficiales. Eso no nos hace ignorar los problemas de subestimación y subregistro de varios aspectos y categorías fundamentales para entender la gestión de la pandemia en México, asunto que se discute más adelante.

Dicho plan también consistió en una actualización de protocolos para la actuación pública sanitaria a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (Indre). Los reglamentos se pusieron al día y en línea con el Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El 30 de enero, el propio Comité propuso una serie de acuerdos y compromisos para concluir el Plan Nacional de Preparación, echando mano de “la experiencia de planes probados en administraciones previas”.¹ Como consecuencia, se dispusieron protocolos más cuidadosos para filtrar contagios (triajes), realizar pruebas selectivas, habilitar servicios especiales (paramédicos que acuden a los domicilios para diagnosticar personas), evaluar la posibilidad de realizar reconversiones hospitalarias, entre otras medidas.

Como parte de dicho plan se echó a andar un mecanismo denominado *centinela*, con el que México ya había trabajado desde hace varios años y que consiste en registrar los casos de contagios a partir de los pacientes que acuden a determinados centros de salud, clínicas u hospitales.

A ese mecanismo se añadió una novedad: un “modelo matemático predictivo” que ayudaría a estimar la evolución del virus en la población nacional. Merced a dicho modelo se calculó que el llamado contagio comunitario de la COVID-19 se iniciaría en nuestro país durante los últimos días de marzo de 2020. El hecho es decisivo porque sobre esa primera aproximación se tomaron las decisiones iniciales que, a su vez, determinaron el curso ulterior de la gestión de la epidemia.

Varias acciones siguieron durante la segunda semana de marzo, pero la decisión más importante fue el conjunto de medidas de aislamiento social concentradas en la Jornada Nacional de Sana Distancia, que dio inicio el día 23.

Debe anotarse que la información sobre el avance de la epidemia en países de Asia y Europa había creado un contexto de exigencia y una marcada preocupación en la sociedad mexicana y sus distintos gobiernos y organizaciones. Es importante apuntarlo porque la gran mayoría de los estados de la República reaccionaron a esa información y a la situación del país con medidas de aislamiento social una semana antes que el gobierno federal, especialmente con la instrucción generalizada del cierre de escuelas.

Incluso, grandes instituciones de educación superior con presencia nacional resultaron más proactivas y anunciaron suspensión de clases a partir del 12 de marzo

¹ <<https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es>>; <<https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov>>.

(Tecnológico de Monterrey) y del día 17 (Universidad Nacional Autónoma de México). Les siguieron casi de inmediato la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Iberoamericana, la Universidad Pedagógica y la Universidad de Guadalajara, entre muchas otras.

El Consejo Nacional de Educación² (que agrupa a las secretarías del ramo en todo el país y que encabeza la Secretaría de Educación Pública) determinó oficialmente la suspensión de actividades presenciales desde el viernes 20 de marzo. Sin embargo, una vez más, varios estados prefirieron anticipar sus cierres escolares: Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Para mayor contraste, no fue sino hasta el 25 del mismo mes que el gobierno federal declaró suspendidas sus propias actividades no esenciales.

Este punto es relevante para entender la evolución y la gestión de la pandemia: gobiernos estatales e instituciones educativas fueron los actores que protagonizaron el primer gran confinamiento masivo, pues, como se sabe, la educación es la actividad específica que involucra a la mayor cantidad de mexicanos. De modo que 38.7 millones de personas (docentes, alumnos, trabajadores) iniciaron su aislamiento social antes de lo señalado por las directrices federales.³

Así se inauguró la política nacional de confinamiento social: sin coordinación federal, sin una autoridad clara e inapelable (el Consejo de Salubridad General se reunió por primera vez el 19 de marzo, cuando las medidas a gran escala ya estaban tomadas), fragmentado y con medidas sanitarias disímbolas por su alcance y aplicación en las entidades de la federación. Desde entonces, cada gobierno y cada institución instrumentaron medidas propias, con escasa coordinación.

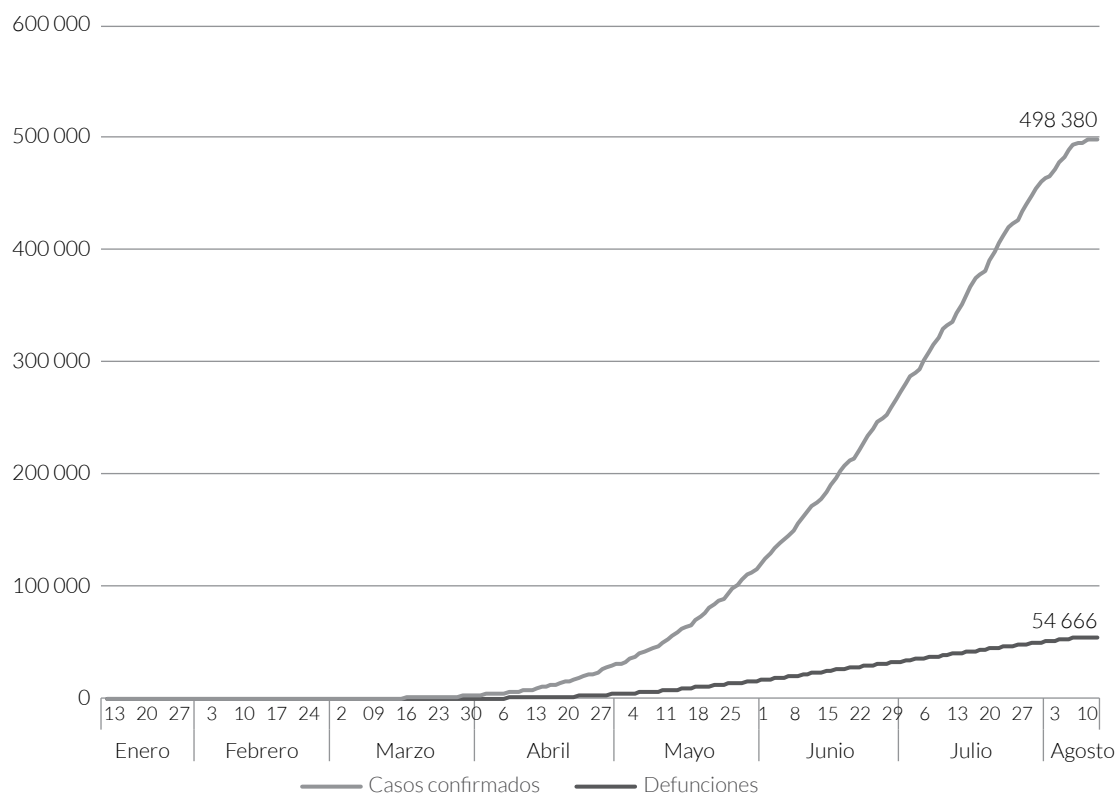
El seguimiento epidemiológico

Vayamos un poco más atrás. El primer caso confirmado en México de contagio por COVID-19 fue reconocido el 28 de febrero de 2020. A partir de entonces y hasta el 31 de julio se registraron 460 111 casos acumulados. Si a este número aplicáramos un factor de corrección de 8.3 (propuesto por las autoridades sanitarias el 8 de abril) cabe inferir que para fines de julio al menos existían 3 818 921 contagios. Esta gran dife-

² Acuerdo publicado el 15 de marzo de 2020.

³ Todo esto explica en buena medida por qué no ocurrieron los contagios que esperaban los mismos modelos predictivos de la Secretaría de Salud (últimos días de marzo). La primera falla en las previsiones ocurrió desde la primera semana de la “sana distancia”. Como quiera que sea, la suma de medidas –dispersas, no coordinadas, precipitadas por la información del contexto mundial– lograron la reducción del ritmo “natural” de la epidemia.

**Gráfica I.1. Casos confirmados de COVID-19 en México
(al 12 de agosto de 2020)**



Fuente: SSA (SPPS/DGE/DIE/Indre/Informe técnico. COVID-19 /México, 12 de agosto, 2020.

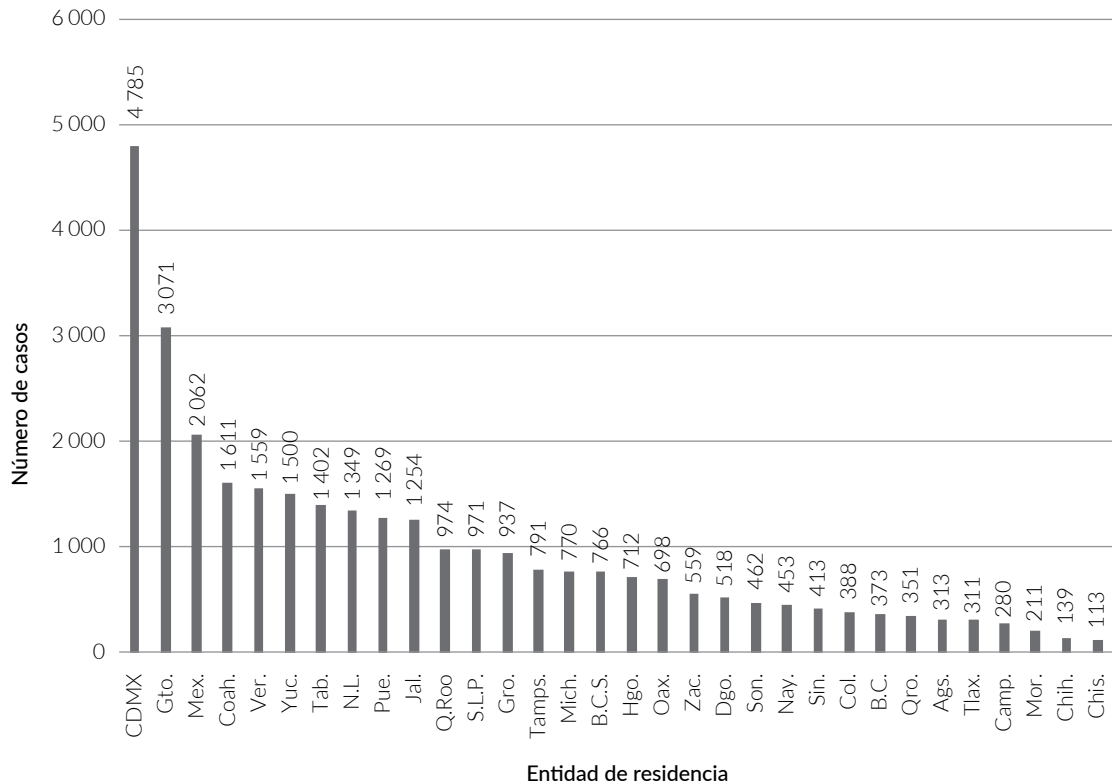
rencia deja claro que el país enfrentó a la epidemia en las primeras semanas con una incertidumbre mayúscula, la cual se expresa en las mismas cifras y cálculos oficiales.

Al 31 de julio se reconocían oficialmente 50 278 defunciones, con una tasa de letalidad cercana al 9.15%, la más alta de América Latina.⁴ Y el número de contagios sigue creciendo a diario, como se ve en la gráfica I.1.

En diversos informes las autoridades reconocen que la epidemia de COVID-19 en México no avanza a la misma velocidad en el territorio; es decir, hay zonas que probablemente ya llegaron a su punto máximo (el acmé) y otras regiones que siguen en pleno ascenso.

⁴ Entendemos por letalidad la razón entre número de contagios y fallecidos, tal y como lo había definido la Secretaría de Salud hasta el 27 de mayo, cuando modificó su criterio.

**Gráfica I.2. Casos activos de COVID-19 a escala estatal
(del 18 al 31 de julio de 2020)**



Fuente: SSA (SPPS/DGE/DIE/Indre/Informe técnico. COVID-19/México-31 de julio)

La gráfica I.2 muestra la tasa de incidencia por entidad federativa. Se puede observar que la presencia de la epidemia en el territorio nacional es muy heterogénea. La gráfica refleja los casos confirmados en el periodo que va del 18 al 31 de julio, es decir, 31 365 casos activos. Existe una gran cantidad de factores que lo explican (reacción del sistema de salud, fecha del primer contagio, densidad poblacional, oportunidad de las medidas de mitigación, movilidad interna, conectividad con otros estados y países, entre otros), pero el seguimiento epidemiológico necesita reconocer el ritmo del avance diferente, estado por estado y región por región.

Por eso, la política sanitaria tendría que estar atenta a las diferencias territoriales, siempre a partir del mayor número de datos y evidencias. Empero, en nuestro caso éstas han sido y siguen siendo escasas.

El modelo centinela: límites, pertinencia, cambios sin explicar

La decisión de no hacer pruebas, hacer pocas o las menos posibles, es incomprensible desde el punto de vista médico y científico, pues la escasa información sobre el comportamiento real de la epidemia se subsana, precisamente, acudiendo a la búsqueda de la población afectada.

En México, sin embargo, la ruta fue otra: tomar decisiones a partir de la información “que llega al sistema”, la de los enfermos atendidos en centros de salud, clínicas y hospitales, la de los datos captados por el modelo centinela y que nutren a los modelos predictivos.

El centinela es un sistema reconocido por la OMS y que típicamente se pone en práctica para monitorear enfermedades transmisibles *conocidas*, como la influenza, y para captar, si fuera el caso, un nuevo patógeno en el ambiente. A través de cientos de unidades de salud en toda la República se recibe a las personas contagiadas o con sospechas de estar contagiadas, comienza el seguimiento de sus casos y la información se incorpora a un sistema de vigilancia nacional. Las unidades centinela fueron seleccionadas para la observación intensiva, captación y control de los casos de la enfermedad del coronavirus.

Este sistema no pretende recopilar y conocer el mayor número de casos posibles, sino únicamente los que acuden a las unidades centinela. Este solo hecho deja fuera un número indeterminado de personas realmente contagiadas que no desarrollaron síntomas o que simplemente no acudieron al sistema de salud.

Por eso ha sido tan difícil estimar la magnitud del problema, documentar su distribución, su propagación regional, su razón de contagio y letalidad real. Y por eso no ha sido posible elaborar planes ni estrategias precisas, más allá de anuncios generales en forma de cuadros, gráficos, mapas y semáforos.⁵

De tal suerte que en México se ha modificado al menos tres veces la forma de ejecutar la vigilancia epidemiológica. Durante la Fase 1 se tomaron en cuenta los antecedentes de viaje de una persona con síntomas de COVID-19 proveniente de un país afectado.

A partir del 24 de marzo ocurrió un cambio (Fase 2) en el que se adoptó el método centinela. El Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Conave) comunicó nuevas definiciones de caso y las instrucciones para la vigilancia: sólo se tomaría

⁵ La inexistencia o ausencia de documentos técnicos y de planes que guíen las decisiones más importantes constituye un problema para la discusión científica y técnica, para el conocimiento público de la información y, en general, para las condiciones de transparencia

muestra al 10% de casos sospechosos ambulatorios, al 100% de casos sospechosos con dificultad respiratoria grave y al 100% de pacientes que cumplieran con la definición de infección respiratoria aguda grave (IRAG).

El Conave señaló que la vigilancia epidemiológica adoptaría el modelo centinela en las 475 unidades activas. Dispuso también que las unidades denominadas ahora USMER (Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria) podrán muestrear el 100% de los casos sospechosos de COVID-19, así como los casos graves, y que las pruebas se realizarán en el laboratorio asignado a nivel local y validado por el Indre.

Ahora bien, México cuenta con más de 25 000 unidades de salud. Es decir, las unidades habilitadas como centinela representan 1.9% del total. Y lo que es más grave: esas 475 unidades no fueron seleccionadas de manera aleatoria, como corresponde a una estrategia de monitoreo estadístico válido. De modo que la vigilancia centinela puesta a andar no tuvo el alcance, la precisión regional ni la validez para conocer un número de casos suficiente que permita la mejor estimación de los casos totales.

Dicho de otro modo, con la distribución tan marcadamente heterogénea de las unidades centinela (como muestra el mapa) difícilmente se pueden esperar estimaciones confiables del número real y de la distribución territorial de casos.

Finalmente, sobrevino un tercer cambio, en el cual la autoridad sanitaria afirmó que la vigilancia centinela ya no era relevante (3 de mayo) pues el enfoque que calcula los casos leves y ambulatorios debía cambiar a favor de “la atención centrada en los hospitalizados” (Fase 3).

Frente a estos cambios y el limitado uso de pruebas para la detección de la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, es decir, las pruebas PCR,⁶ surgen las siguientes preguntas:

¿México tuvo en algún momento de la epidemia un acervo de información suficiente y de la calidad necesaria sobre el avance de la enfermedad? A cinco meses de presencia de la epidemia en nuestro territorio, ¿a qué población representa la información capturada?, ¿cómo se ha construido y quiénes son los responsables de cada tramo de información?, ¿son homogéneos los procedimientos estatales?, ¿cuál es la metodología utilizada para reconocer la situación a nivel municipal? Y lo más importante: ¿la información recopilada hasta hoy es suficiente para sustituir la información que obtendríamos mediante un programa masivo de pruebas?

No es nuestro papel juzgar intenciones (el supuesto propósito gubernamental para subestimar deliberadamente el tamaño de la crisis sanitaria que vive México).

⁶ *Polymerase chain reaction*: reacción en cadena de la polimerasa.

Lo que estamos señalando es que la epidemia continuará entre nosotros durante un largo periodo, y que se están –y por lo visto se seguirán– tomando decisiones sobre la base de información insuficiente, captada sin aleatoriedad, equivocada y, por consiguiente, sustentada en un modelo que no pudo ni podrá prever los siguientes momentos críticos de la epidemia. Todo esto se está pagando con vidas humanas, pérdidas en el personal de salud, semanas adicionales de enfermedad, extenuación del personal y del sistema sanitario, cuyos efectos, además, profundizarán una depresión económica sin precedentes.

Falla crónica en la comunicación

A los datos escasos y deficientes se agrega una comunicación que progresivamente ha perdido su credibilidad dadas sus previsiones fallidas, los pronósticos incumplidos, las frecuentes contradicciones y la falta de transparencia. Por lo mismo, se ha convertido en una de las críticas más frecuentes a la política de gestión de la pandemia en nuestro país.

No obstante, debe llamar la atención que “la comunicación forma parte de la crisis misma [...] en tanto amplifica o inhibe, orienta o confunde, provoca calma o pánico” en las conductas de millones de personas, especialmente en situaciones como las que genera una pandemia.⁷ En tales contextos, la estrategia de comunicación exigiría claridad, concisión, consistencia y credibilidad.⁸

Al principio, los mensajes gubernamentales minimizaron el riesgo (el nuevo coronavirus era menos letal que la influenza, se dijo). Las recomendaciones sanitarias iban por un lado, las conductas presidenciales por otro. En abril, el vocero de Salud declaró que “la epidemia es ocho veces más grande de lo que se ve” y de modo incomprensible agregó “es un error metodológico suponer que sólo lo que se ve existe y al revés”. Mas tarde desecharía ese número sin dar mayores razones.

Se informó que las autoridades sanitarias disponían de un “modelo matemático” distinto al Centinela, elaborado “de la mano” del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), que permitiría saber “en qué fechas aproximadamente en Cancún, Tijuana, Villahermosa o Ciudad de México se van a presentar los picos epidémi-

⁷ Tess Wilkinson-Ryan, Our Minds Aren't Equipped for This Kind of Reopening, *The Atlantic*, 6 de julio de 2020. En: <<https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/07/reopening-psychological-morass/613858/>>.

⁸ Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, Lecciones de la pandemia, *Nexos*, mayo 2020 <<https://www.nexos.com.mx/?p=47867>>.

cos, se va a incrementar la demanda de hospitalización y la demanda de recursos”. Cuando se exigió el conocimiento público de tal modelo, la Secretaría respondió “es propiedad intelectual del Conacyt” y lo declaró reservado.⁹

Se dibujó la hipótesis de ciertos municipios llamados “de la esperanza” liberados del nuevo coronavirus y luego, sin mediar explicación, el concepto se abandonó por completo. A finales de mayo, el mapa del país permanecía en alerta máxima (en rojo) y al mismo tiempo se anunciaba el inicio de la reapertura: los datos por un lado, las decisiones por otro. La información de la vocería federal ha contradicho la información aportada por las autoridades locales y ante la inconsistencia federal los gobiernos subnacionales adoptaron sus propios criterios, como la Ciudad de México, que el 12 de mayo introdujo una “fase de transición” entre el rojo y el naranja, cuya existencia no se preveía en el esquema de semáforos federal. Varias veces se anunció la llegada del pico de la curva de contagios sin que jamás se haya cumplido (hasta el cierre de esta edición), sin hablar del largo y ambiguo historial en torno a la recomendación del uso de los cubrebocas.

Esta situación mereció un serio llamado de atención de parte de la autoridad sanitaria mundial y pidió “coherencia” a México. “Los ciudadanos se sienten confundidos si escuchan diferentes mensajes y hay que garantizar que tengan la mejor información posible para protegerse a sí mismos, a sus seres queridos y a las comunidades”, señaló Mike Ryan, director Ejecutivo de la oms para Emergencias Sanitarias (12 de junio de 2020).¹⁰

⁹ <<https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/gobierno-federal-oculta-muertes-en-cdmx-por-covid-19-the-new-york-times-5203019.html>>.

¹⁰ <<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/12/oms-alerto-que-la-situacion-en-mexico-por-covid-19-es-desafiante/>>.



La débil producción jurídica para la gestión de la pandemia

La acción del gobierno durante la epidemia exige la emisión de normas y reglas que le permitan atender una situación extraordinaria y, sobre todo, claridad en la ejecución de las políticas de emergencia, flexibilidad y coordinación entre todas las instituciones del Estado.

En primer lugar, es innegable que padecemos un grave retraso en la actuación de la autoridad sanitaria nacional que, como se sabe, en emergencias como la presente y por mandato constitucional está conformada por el Consejo de Salubridad General y por la Secretaría de Salud.

El Consejo de Salubridad sesionó por primera vez el 19 de marzo para reconocer que COVID-19 es una enfermedad de atención prioritaria. La decisión fue tardía porque esa declaración resultaba absolutamente necesaria para amparar y coordinar los actos del propio Consejo y de la Secretaría de Salud. En otras palabras: esta declaración se realizó ocho días después de que la OMS había declarado la pandemia de COVID-19, y su publicación apareció en el *Diario Oficial de la Federación* apenas el 23 de marzo,¹ 12 días después de la declaratoria mundial. Para entonces grandes instituciones públicas y privadas (de educación superior, por ejemplo) y estados de la República completos ya habían implementado sus propias medidas de aislamiento social. Por esa inacción de origen el gobierno federal actuó en desventaja, sin capacidad para la coordinación general.

El retraso de la autoridad sanitaria tuvo repercusiones en muchas otras áreas, especialmente en las relaciones laborales contractuales, pues en un primer momen-

¹ DOF: 23/03/2020, ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020>.

to los trabajadores se quedaron sin defensa frente a eventuales despidos, sin garantías de la obligación patronal para restablecer las relaciones de trabajo y los derechos adquiridos una vez que esta contingencia sanitaria se levante (artículo 32-Bis de la Ley Federal del Trabajo).

No fue sino hasta el 30 de marzo que se declaró que la COVID-19 daba lugar a una emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor.² Al declarar esto, las situaciones laborales en el país podrían haber transitado sin sobresaltos, pero se generó un efecto que vamos a padecer en los próximos meses porque la enfermedad de COVID-19 y todas sus condiciones han sido y serán utilizadas para esgrimir excepciones al cumplimiento de los contratos civiles y mercantiles.

Otros decretos fueron publicados por la Secretaría de Salud pero adolecieron de poca precisión, debilidad en sus bases jurídicas y falta de claridad. El 31 de marzo, la Secretaría de Salud emitió un acuerdo sobre acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria.³ En este documento se definió a la población en riesgo y a las actividades consideradas esenciales. La forma y la generalidad con la cual se trataron estos temas abrió un espacio para dudas, interpretaciones y confusiones. Por ejemplo: las personas que trabajan en la minería y que producen o extraen insumos necesarios para el sector salud ¿calificaban como actividad vinculada con el sector salud o sólo como actividad minera? Si eran del primer tipo podían seguir laborando, pero si calificaban en el segundo, no. La economía y sus sectores vivieron momentos de parálisis y conflicto, aunque poco analizados, muy generalizados.

El 6 de abril se dictó otro decreto con medidas adicionales y lineamientos técnicos que volvió a provocar confusiones por su mala técnica jurídica.⁴ Esta vez incluyeron como actividades esenciales las vinculadas con los proyectos que el presidente de la República considera prioritarios. De inmediato se produjeron conflictos y segmentaciones de mercado, pues si una empresa produce acero, vidrio o cemento destinado a la construcción del Tren Maya, adquiere una condición privilegiada respecto a otras empresas que producen el mismo bien pero que no están vinculadas a

² DOF: 30/03/2020, ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/acuerdo-covid19-csg.pdf>.

³ DOF: 31/03/2020, ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020>.

⁴ DOF: 06/04/2020, ACUERDO por el que se establecen los Lineamientos técnicos relacionados con las actividades descritas en los incisos c) y e) de la fracción II del Artículo Primero del Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, publicado el 31 de marzo del 2020. <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591234&fecha=06/04/2020>.

dicha obra. Lo que tenemos es, pues, un problema de competencia económica muy serio, sujeto a litigios ulteriores.

Pero los problemas jurídicos, los conflictos artificialmente provocados y la falta de claridad no se corrigieron. De modo que el 21 de abril fue emitido un acuerdo que modificó al publicado el 31 de marzo.⁵ Su mayor fallo reside en generar confusión en el tema crítico de la reconversión hospitalaria en todo el país. Ese decreto no define nada, sino que señala –simplemente anuncia– que en un futuro la Secretaría emitirá los lineamientos de colaboración institucional hospitalaria para el confinamiento social, para las formas de registro de casos, entre otras. Un decreto crucial convertido en mero anuncio es, quizá, el error jurídico más grave durante la atención de la epidemia.

Otro ejemplo se registró el 13 de mayo fue publicado en el *Diario Oficial* un nuevo acuerdo en el cual se determinó la forma del retorno escalonado a clases, a la sazón, una determinación de la mayor importancia.

Nuevo desorden, pues esa mañana, en la versión electrónica del *Diario Oficial* el acuerdo apareció signado por el Consejo de Salubridad General, pero unas pocas horas después se retiró, se cambió su índice, se modificó y al día siguiente se presentó el mismo acuerdo, esta vez firmado por la Secretaría de Salud.⁶ ¿Qué significa esto? Más que desorden, ausencia de mando y una disputa de atribuciones inadmisibles en una situación de emergencia como la que seguimos viviendo.⁷

Un último ejemplo. El 29 de mayo se publicaron en el *Diario Oficial* los lineamientos técnicos expedidos por las secretarías de Salud, de Economía, de Trabajo y Previsión Social, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante los cuales establecen las condiciones de regreso a partir del 1 de junio en materia económica.⁸

El acuerdo asume el “sistema de semáforo” de la Secretaría de Salud, toma en

⁵ DOF: 21/04/2020, ACUERDO por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, publicado el 31 de marzo de 2020, <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592067&fecha=21/04/2020>.

⁶ DOF: 14/05/2020, ACUERDO por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias. <https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020>.

⁷ José Ramón Cossío Díaz, El caldo y las albóndigas, *El Universal*, 4 de abril de 2020, disponible en: <<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/jose-ramon-cossio-diaz/el-caldo-y-las-albondigas>>; La reapertura de la economía, *El Universal*, 2 de junio de 2020, disponible en: <<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/jose-ramon-cossio-diaz/la-reapertura-de-la-economia>>.

⁸ Hasta esa misma fecha siguen pendientes los lineamientos técnicos en materia educativa. La Secretaría de Educación Pública sólo ha emitido las reglas de calificación del ciclo escolar 2019-2020, pero no así las condiciones técnicas del regreso.

cuenta las actividades esenciales y no esenciales, y adicionalmente lo conjuga con el tamaño de las empresas y el tipo de actividad que realizan. Se trata de un acuerdo lógico y comprensible, presenta ya algunos elementos de orden, jerarquía y operación.

No obstante, el documento vuelve a incurrir en los mismos errores que ha presentado toda la producción legislativa frente a la pandemia. En primer lugar, no queda claro cuál es su carácter estricto y obligatorio. En momentos se habla de exhortaciones y en otros de obligaciones. Por otro lado, vuelven a quedar pendientes algunos lineamientos técnicos importantes respecto de ciertas actividades económicas. Y lo más grave: todo el sistema de reapertura económica está planteado como una “autoevaluación”, es decir, será cada empresa la que determine su propia condición y los términos que le son aplicables (y los que no). Una fuente de problemas, omisiones y abusos muy previsible.

El hecho de que su publicación no haya ocurrido sino hasta el 29 de mayo dejó

Cuadro II.1. Sesiones del Consejo de Salubridad General durante la pandemia

Primera sesión extraordinaria 19 de marzo de 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se reconoce a la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID) como grave de atención prioritaria. • El Consejo de Salubridad General se constituye en sesión permanente hasta nuevo aviso.
Primera reunión 30 de marzo de 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). • Se acuerda la suspensión inmediata, del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de actividades no esenciales en los sectores público, privado y social.
Segunda reunión 20 de abril de 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Se determinan medidas extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)
Tercera reunión 12 de mayo de 2020	<p>Se aprueban cuatro acuerdos para el levantamiento progresivo de las medidas de contención frente a la COVID-19:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporar como actividades esenciales la construcción, la minería y la fabricación de equipo de transporte. 2. Liberar las restricciones escolares y laborales en municipios sin contagio. 3. Disponer que todas las empresas y establecimientos aplicaran medidas sanitarias de manera obligatoria en el entorno laboral. 4. Que a partir del 1 de junio de 2020 la Secretaría de Salud definiría un semáforo semanal para cada entidad federativa.

Fuentes: <<https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>>. <<https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>>. <<https://coronavirus.gob.mx/2020/04/20/consejo-de-salubridad-general-lleva-a-cabo-segunda-reunion-de-la-sesion-permanente-2/#:~:text=Este%2020%20de%20abril%2C%20el,presidente%20de%20este%20%C3%B3rgano%20colegiado>>. <<https://twitter.com/DeSalubridad/status/1260353988249243648>>.

muy poco espacio para su entendimiento, asimilación y aplicación entre miles de empresas, y para la adaptación y entrenamiento de sus empleados: tan sólo dos días, lo que de suyo resulta peligroso porque las personas deben salir, exponerse y laborar en una aparente situación de normalidad sin que su establecimiento esté debidamente preparado, y ellas, informadas y capacitadas.

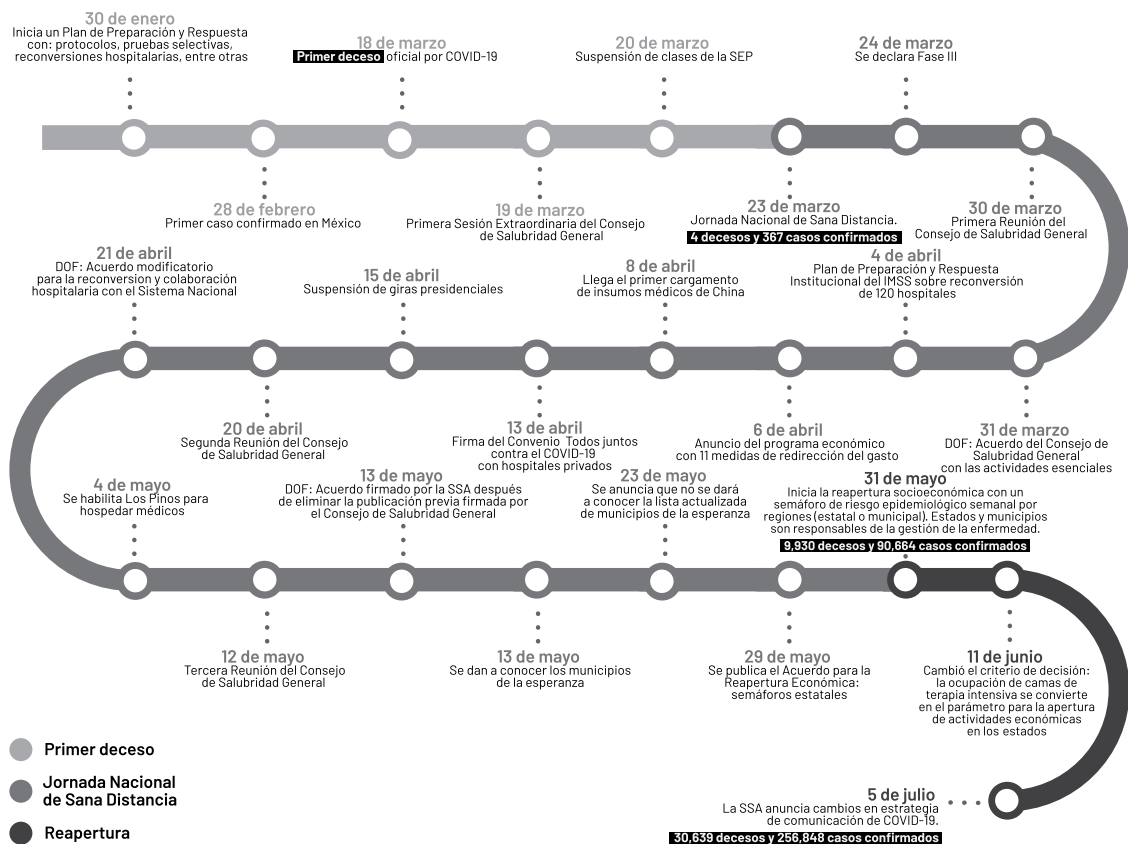
En resumen, el Consejo de Salubridad General apareció tarde y de manera errática (cuadro II.1) . Con ostensibles diferencias frente a la Secretaría de Salud y con graves problemas de definición, perspectiva y técnica jurídica.

Los acuerdos cruciales, incluso los más recientes, carecen de precisión y no resuelven los asuntos que dicen atender. El resultado neto es que México no ha tenido una acción unificada en materia de salubridad general y por eso cada uno los gobiernos de las entidades federativas, incluso gobiernos municipales, sector privado, instituciones públicas autónomas, han actuado con criterios propios, disímiles, yuxtapuestos y no pocas veces contradictorios.

La herramienta más importante que prevé la constitución para la acción sanitaria (el Consejo de Salubridad General) ha sido subutilizada, en razón de su aparición tardía, lenta, por la poca profundidad y escasa claridad de sus decisiones.

En la figura II.1 se presenta el cronograma de las decisiones más importantes desplegadas por el gobierno mexicano desde el inicio de la pandemia y hasta el primer mes de la “nueva normalidad”. Es particularmente preocupante la inacción estatal durante el periodo de la reapertura, decretado sin que hubiésemos controlado la pandemia.

Figura II.1. Acciones del gobierno con respecto a la pandemia (del 30 de enero al 5 de julio de 2020)





Política de aislamiento social: México, América Latina y nuestra situación subnacional

El aislamiento social o política de confinamiento se convirtió en el antídoto por excelencia para evitar el contagio y la consiguiente propagación del coronavirus en todo el mundo. Es la gran política sanitaria de este tiempo y en ella se juega gran parte de la batalla contra la enfermedad, la saturación hospitalaria y la muerte.

No pocos gobiernos alrededor del mundo –Gran Bretaña, Brasil, entre otros– se mostraron escépticos con respecto a la pertinencia y aplicación masiva y social de estas medidas. Pero la agresividad del virus, su alto potencial de contagio y la experiencia del mundo mostró claramente que la humanidad no tiene hasta hoy otra alternativa que el distanciamiento social para evitar una catástrofe mucho mayor.

Así que la ejecución de las medidas de aislamiento social (la política económica que la sostenga), junto a la preparación sanitaria y hospitalaria se convierten en factores determinantes de la lucha contra la COVID-19. De ahí la importancia de hacer un balance, de contar con una métrica de su implementación, localizar las fallas y los aspectos que todavía podemos corregir, ante el descontrol de la pandemia y los rebrotes previsible.

Herramientas como el Observatorio para la Contención de COVID-19 en América Latina permiten advertir cómo el ritmo y el rigor en la implementación de medidas preventivas y de control de la pandemia ha sido muy distinto en nuestro país, en comparación con otras naciones latinoamericanas. El Observatorio se basa en un *índice de adopción de política pública* que resume la actuación de los gobiernos es-

¹ Este capítulo emplea información producida por el Observatorio para la Contención del COVID-19 en América Latina, proyecto académico dirigido por la doctora Felicia Knaul, de la Universidad de Miami, en colaboración con académicos de la misma universidad, el Centro de Investigación y Docencia Económicas y la asociación civil Tómatelo a Pecho, entre otras instituciones. Agradecemos a los integrantes del Observatorio, en especial al doctor Mariano Sánchez Talanquer, su autorización para incluir en este documento aspectos de su balance preliminar. <<http://observcovid.miami.edu/?lang=es>>.

tatales en la contención del contagio desde el inicio de la pandemia. Y a partir del agregado de los estados, se establece un comportamiento-país.

También analiza la evolución de la movilidad poblacional en las distintas entidades. Ambos factores—medidas de control y distanciamiento dictadas por los gobiernos, así como la movilidad de la población— tienen implicaciones importantes en el ritmo e intensidad de propagación de la enfermedad.¹

La lista de medidas consideradas en el índice de política pública del Observatorio está basado en una herramienta desarrollada por la Universidad de Oxford, el Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT) 5.0. Éste compara la respuesta de los países a la pandemia a nivel nacional, agregando medidas de distinta naturaleza (sanitarias, económicas, entre otras).

El Observatorio selecciona exclusivamente medidas sanitarias que están al alcance de los gobiernos nacionales y subnacionales y codifica su aplicación.² Las medidas son:

- Cierre de escuelas.
- Suspensión en áreas laborales.
- Cancelación de eventos públicos.
- Suspensiones en transporte público.
- Desarrollo de campañas informativas.
- Restricción de viajes dentro del estado.
- Control de viajes internacionales.
- La directiva de quedarse en casa.
- Las restricciones al tamaño de reuniones de personas.
- El uso obligatorio de cubrebocas.

¹ El “índice de adopción de política pública” se calcula con base en tres factores: 1) la cantidad de medidas sanitarias adoptadas por cada gobierno, de una lista de 10 medidas recomendables; 2) el rigor de cada una de las medidas adoptadas; 3) el número de días entre la fecha del primer caso de COVID-19 detectado en el país y la fecha de adopción de cada medida.

² Para el cálculo del índice se codifica si cada medida se encuentra vigente para cada día, desde la fecha del primer caso detectado en el país o estado. Si lo está, se codifica si su aplicación es parcial o total, para considerar el rigor. Los valores posibles para cada medida son “0” (no vigente), “0.5” (implementación parcial/no obligatoria) y “1” (implementación total/obligatoria). De tal manera, cada estado recibe una calificación diaria entre 0 y 10, que resulta de la suma de las distintas dimensiones. El siguiente paso consiste en ajustar el valor del índice por la fecha de adopción de cada política. Dado que actuar a tiempo es indispensable para evitar un aumento exponencial en el número de casos, esta ponderación permite tomar en cuenta el ritmo de implementación preventivas entre diferentes estados. Una adopción más temprana a partir de la fecha del primer caso de COVID-19 se traduce en valores más altos en el índice. En sentido contrario, mayor retraso traduce en valores más bajos en el índice. A partir de esta metodología, el rango posible de valores en el índice de política pública es de 0 a 100. Valores más altos indican que se han adoptado más medidas, con mayor rigor y de manera más temprana. Valores más bajos indican una menor cantidad de medidas sanitarias de contención del COVID-19, de menor rigor y de adopción más tardía. Cabe señalar que el máximo de 100 es un valor teórico, pues implicaría una adopción total de las 10 medidas desde el primer día de la pandemia en el país.

En resumen, el índice de política pública del Observatorio es un retrato ajustado y actualizado cada día, de la respuesta de cada gobierno estatal para contener el contagio de COVID-19.

El Observatorio reporta también el grado en el que la movilidad poblacional se ha reducido en los diferentes estados de cada país, en comparación con el periodo previo a la pandemia.³ La movilidad poblacional nos acerca al nivel de cumplimiento con las recomendaciones de distanciamiento físico entre las personas.

El Observatorio utiliza la medición de movilidad por país y para cada estado y día. A partir de ello, se calcula la media de los últimos siete días. Este indicador refleja el éxito de las directivas de mantenerse en casa, independientemente de pequeñas fluctuaciones diarias.

Lo que se expone a continuación es el balance de lo ocurrido durante la primera fase de la pandemia, en México y América Latina, durante los meses que van de febrero a mayo, es decir, la primera respuesta del continente y de los gobiernos de los estados en nuestro país.

Principales hallazgos

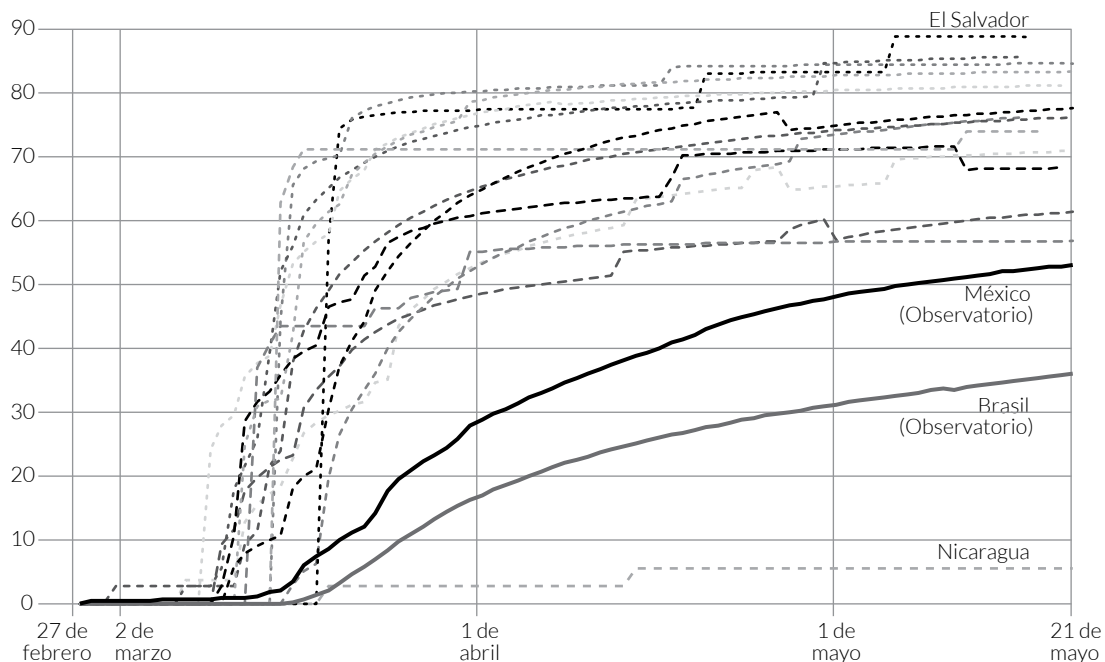
1. El primer hallazgo notable se deriva de la comparación de México con el resto de América Latina. Según el índice de adopción de política pública, México adoptó las medidas recomendadas de contención y control más tarde que la gran mayoría de los países de la región, además de que en general lo hizo con menor rigor. La gráfica III.1 muestra el índice de adopción de políticas públicas desde la fecha del primer caso oficial de COVID-19 en cada país.

Es importante señalar también que las líneas de Brasil y México corresponden al promedio nacional calculado a partir del índice de cada entidad federativa, ajustado por su población. Para el resto de los países, para los que no se cuenta con una codificación subnacional, el índice refleja el valor del índice para todo el país, según la Universidad de Oxford. Dada esta variación metodológica, este componente de los hallazgos debe interpretarse con cautela.

³ La movilidad está basada en datos proporcionados por Google sobre desplazamientos hacia centros de trabajo, supermercados y farmacias, parques y plazas, estaciones de transporte público y comercios y lugares de recreación. Se excluye la categoría residencial de Google. El índice del Observatorio refleja el promedio móvil de siete días. Se puede encontrar una descripción en: <<https://www.google.com/covid19/mobility>>.

Aun así, la gráfica indica que después de Nicaragua y Brasil, México es el país con el peor desempeño en la implementación de políticas de salud pública internacionalmente recomendadas, por el retraso en la adopción y el menor a nivel nacional.

Gráfica III.1. Índice de adopción de políticas públicas de contención de COVID-19 en América Latina



Los datos de Brasil y México provienen del Observatorio y reflejan el promedio de las entidades federativas ponderando por la población de cada estado. Los datos del resto de los países provienen del Oxford Government Response Tracker y están codificados en varios niveles.

- El patrón observado para el índice es consistente con los datos de movilidad poblacional en la región, provenientes de Google. También en este indicador, México se encuentra en los últimos lugares a nivel regional. La gráfica III.2 muestra la evolución de la movilidad durante la pandemia en los diferentes países de América Latina. Los países están ordenados de mayor a menor reducción de movilidad en todo el periodo desde el 15 de febrero (sumando sus reducciones diarias, hasta el 29 de mayo).

En la gráfica se observa que, salvo Nicaragua (donde el régimen de Daniel Ortega ignoró la pandemia, organizó eventos multitudinarios y se resistió a instaurar medidas sanitarias), México fue el país que más tardó en alcanzar reduc-

ciones significativas de la movilidad. Para la segunda mitad de marzo, todos los países tenían ya reducciones de al menos 50% de la movilidad, con México rezagado con apenas un 30% de reducción. El país no alcanzó el 50% en ese objetivo sino hasta finales de abril.

Además, como se aprecia en la gráfica, la gran mayoría de los países consiguió reducir la movilidad a niveles mucho más bajos que México, de nuevo con Nicaragua y Brasil como excepciones. Países como Bolivia, Perú, Ecuador, Panamá, Argentina o Colombia llegaron a reducciones de 60% y, en algunos casos, hasta más de 70% de la movilidad convencional durante los meses críticos del confinamiento.

Si se suma la “movilidad evitada” en todo el periodo de la pandemia, sumando cada día del periodo en la gráfica para cada país, México es de hecho el segundo país con la menor reducción en movilidad en América Latina, después de Nicaragua.

México: hallazgos subnacionales

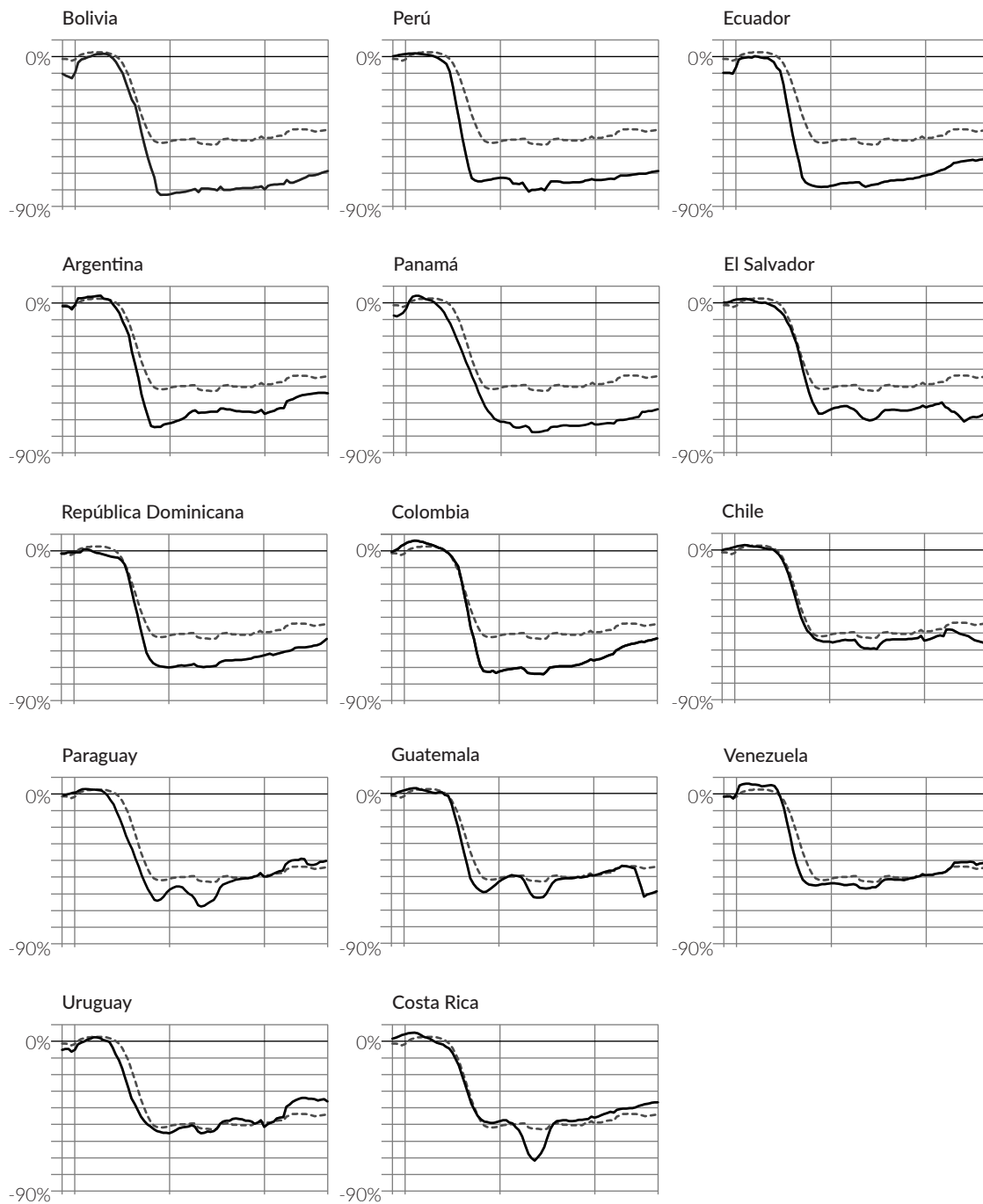
El mal desempeño de México en comparación con el resto de América Latina tanto en el índice de adopción de políticas públicas de contención del COVID-19, como en movilidad poblacional, es un reflejo de la falta de una respuesta nacional, coherente, temprana, coordinada y proporcional al desafío, desde el gobierno federal.

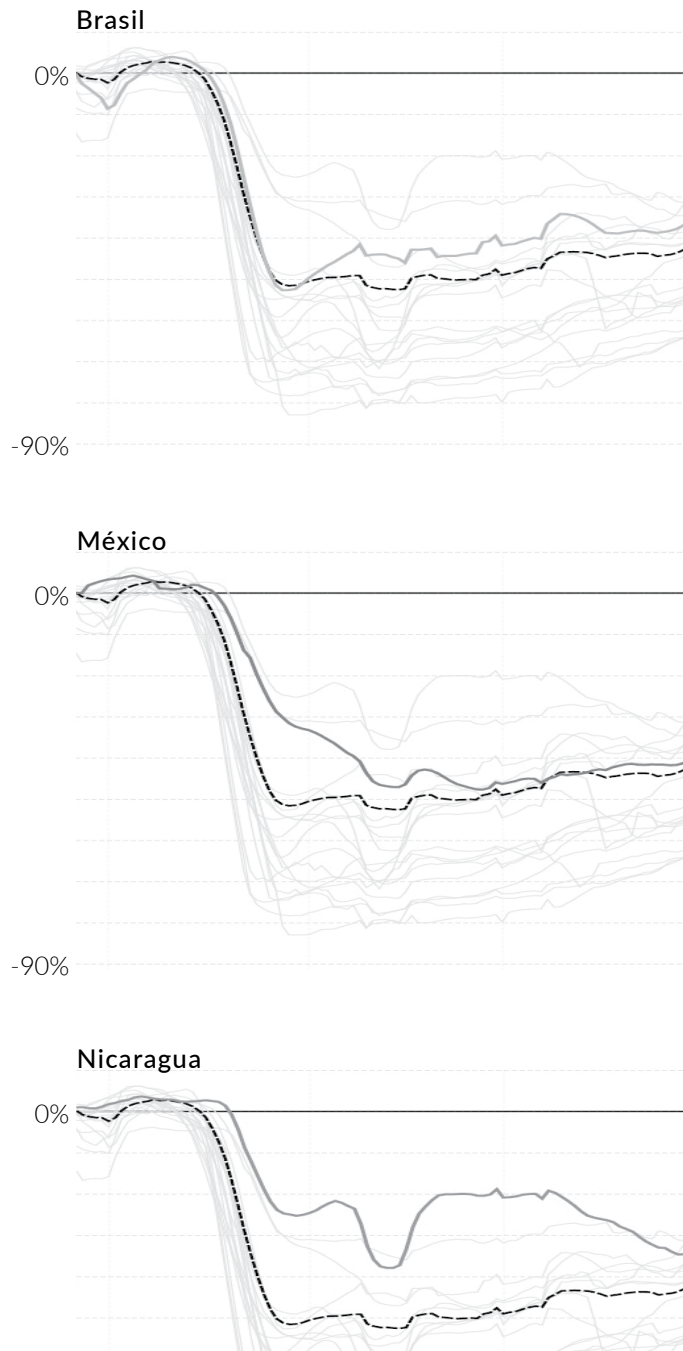
La lentitud e inconsistencia en la respuesta del gobierno federal provocó, como hemos visto, que la sociedad civil y los gobiernos estatales y locales quedaran en la primera línea de actuación frente a la pandemia. Producto del vacío nacional, el distanciamiento se convirtió en una política estrictamente local.

Dejados en el papel protagónico en la respuesta a la pandemia, los gobiernos subnacionales actuaron en distintos momentos y con muy distintos grados de efectividad. Así, otra gran conclusión de nuestra experiencia como país, es la gran heterogeneidad subnacional en el alcance y ritmo de adopción de medidas de control y contención de la COVID-19.

El cuadro III.1 presenta el desempeño global de las entidades federativas durante la pandemia en México, en la adopción de políticas públicas de contención como las suspensiones en áreas laborales, el control de viajeros, las campañas informativas, el uso de cubrebocas, entre otras. Se reporta la suma diaria del índice y su valor promedio, entre el 27 de febrero y el 29 de mayo. Los estados se encuentran agru-

Gráfica III.2. Cambio en la movilidad poblacional en América Latina durante la pandemia (Movilidad promedio en los últimos siete días comparada a la habitual pre-COVID, del 26 de febrero al 30 de mayo de 2020)





Nota: Cambio en la movilidad de la población en cada país en comparación con la movilidad habitual en el mismo periodo (identificado como la línea de base 0). Una disminución en la movilidad también podría disminuir la probabilidad de propagación comunitaria. Estimaciones basadas en datos de Google. La línea punteada corresponde al promedio ponderado por población de los cambios en la movilidad en los países de América Latina. Fuente: Observatorio para la Contención de COVID-19 en América Latina. En: <<http://observcovid.miami.edu/?lang=es>>.

padidos por cuartiles ponderados por población (cada cuartil contiene, aproximadamente, el mismo porcentaje de población). Valores más altos en el índice de políticas públicas indican más medidas adoptadas, con mayor rigor y/o más tempranamente, es decir, un mejor desempeño gubernamental.

Según el cuadro, estados como Jalisco, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Morelos, Nayarit y Yucatán adoptaron medidas recomendadas de forma más efectiva y oportuna que el resto del país. Las diferencias son además muy significativas entre estados. El índice promedio diario para Jalisco, por ejemplo, es casi 40% más alto que el de Zacatecas, el estado con el peor desempeño global en cuanto a la adopción de medidas sanitarias.

De este modo, la gran variabilidad en el índice revela que la respuesta de política pública en México fue muy poco uniforme y sincronizada. Cuando se analiza la evolución de cada entidad federativa a lo largo del tiempo, se observa que estados como Jalisco, Nuevo León, Sonora, Yucatán y Tamaulipas se mantuvieron consistentemente en los primeros lugares, por la cantidad de medidas que adoptaron y su implementación temprana.

Destacan sobre todo los dos primeros estados mencionados, por incluir a las dos principales zonas metropolitanas del país después de la Ciudad de México. Tanto Monterrey como Guadalajara tuvieron casos documentados de COVID-19 en la misma temporalidad que la capital. En ambos casos, los gobiernos instauraron políticas de distanciamiento, como la cancelación de clases y eventos masivos, antes de que se dictaran medidas nacionales.

Otros estados iniciaron de manera tardía la adopción de medidas sanitarias en comparación con el resto, pero tuvieron una mejoría en el índice hacia la segunda y tercera semana de abril. Chihuahua pasó, así, a colocarse un poco por arriba del promedio nacional a fines de mayo. En Durango, la corrección de la política fue tal, que el estado llegó a ubicarse en los primeros lugares en el índice antes de concluir mayo.

Un siguiente grupo de estados lo forman aquellos que se han mantenido durante todo el periodo alrededor del promedio nacional, con una implementación regular y, como ya se vio, más tímida y tardía que en el resto de América Latina. Estos incluyen al Estado de México, la Ciudad de México, Guanajuato, Aguascalientes, Michoacán, entre otros.

Finalmente, algunos estados han tenido un desempeño consistentemente bajo en el índice de políticas de control de la pandemia durante todo el periodo. Si bien la exposición al virus es también desigual en el país, la falta de información precisa

Cuadro III.1. Índice de adopción de políticas públicas de contención de COVID-19 en México (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)

Entidad	Suma índice en el periodo	Índice promedio diario	Cuartil de desempeño*	Porcentaje de la población nacional
Jalisco	3 845	41.3	4	6.58
Nuevo León	3 823	41.1	4	4.39
Sonora	3 568	38.4	4	2.41
Tamaulipas	3 473	37.3	4	2.86
Morelos	3 382	36.4	4	1.6
Nayarit	3 381	36.4	4	1.01
Yucatán	3 331	35.8	4	1.77
Oaxaca	3 241	34.8	4	3.24
Durango	3 091	33.2	3	1.46
Estado de México	2 995	32.2	3	13.64
Colima	2 959	31.8	3	0.61
Guanajuato	2 932	31.5	3	4.87
Michoacán	2 927	31.5	3	3.78
Querétaro	2 911	31.3	2	1.78
Ciudad de México	2 793	30.0	2	7.06
Aguascalientes	2 791	30.0	2	1.12
Campeche	2 774	29.8	2	0.78
Quintana Roo	2 771	29.8	2	1.35
Baja California Sur	2 768	29.8	2	0.63
Puebla	2 729	29.3	2	5.17
Guerrero	2 724	29.3	2	2.86
Veracruz	2 710	29.1	1	6.68
Hidalgo	2 702	29.0	1	2.42
Tlaxcala	2 700	29.0	1	1.08
Chihuahua	2 693	29.0	1	2.97
Tabasco	2 668	28.7	1	2.01
Sinaloa	2 603	28.0	1	2.47
Baja California	2 580	27.7	1	2.84
Coahuila	2 576	27.7	1	2.52
Chiapas	2 511	27.0	1	4.48
San Luis Potosí	2 384	25.6	1	2.24
Zacatecas	2 375	25.5	1	1.3

*Cuartiles ponderados por población

sobre los focos de contagio y la propagación del virus hacía necesaria una respuesta pública que, especialmente en estos estados, ha sido poco satisfactoria: Zacatecas, San Luis Potosí, Chiapas, Coahuila, Baja California, Sinaloa y Tabasco.

El análisis de los patrones de movilidad poblacional entre los estados arroja también una gran variación en el país. Como retrato global, el cuadro III.2 muestra la reducción agregada de la movilidad desde el 27 de febrero hasta el 29 de mayo, así como el promedio diario por entidad en ese periodo.

Nuevamente, las disparidades son acentuadas. Entidades como Quintana Roo, Yucatán, Baja California Sur y la Ciudad de México consiguieron reducir la movilidad de forma importante, en comparación con el movimiento regular previo a la emergencia. En Quintana Roo, la reducción ha alcanzado hasta un 70%, mientras que para la Ciudad de México la movilidad evitada se ubicó en alrededor de 60% en los mejores días. En este caso, dicha disminución en la movilidad es menor a la de otras ciudades latinoamericanas y, cabe notar, se observó a pesar de que el gobierno de la capital tuvo un desempeño incluso menor al desempeño nacional en el índice de adopción de políticas públicas, como se ve en el cuadro III.1.

Otras entidades, como Michoacán, Tlaxcala, Veracruz y el Estado de México han tenido reducciones mucho menos notables en la movilidad poblacional. Estos estados, aun en los días de menor movimiento, tienen apenas un 30% menos movilidad que en el periodo previo a la pandemia. Esto sugiere que, en esos casos, la población se ha apegado con menos disciplina a las recomendaciones de quedarse en casa. Lo anterior puede deberse a varios factores, entre los que se incluye la política pública de distanciamiento adoptada por el gobierno, pero también la naturaleza de la actividad económica y las condiciones socioeconómicas de la población.

Una forma de analizar el comportamiento de las entidades federativas en ambas dimensiones “la política pública y la movilidad” de forma simultánea es sumar el cuartil de desempeño en cada una. El cuadro III.3 ordena los estados conforme a este criterio. Para los casos en los que la suma de cuartiles de desempeño arroja el mismo valor, el orden en el cuadro obedece al desempeño en el índice de política pública, que refleja la actuación de los gobiernos estatales.

De manera global es posible decir que las entidades federativas en posiciones más altas en el cuadro III.3 han tenido una mejor respuesta política y social para la contención de la pandemia en los tres meses siguientes a la detección del primer caso.

Finalmente, la gráfica III.3 muestra la ubicación de las entidades en ambas dimensiones. En el eje horizontal se observa el valor promedio del índice de adopción de po-

Cuadro III.2. Reducción en la movilidad poblacional durante las primeras medidas de confinamiento (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)

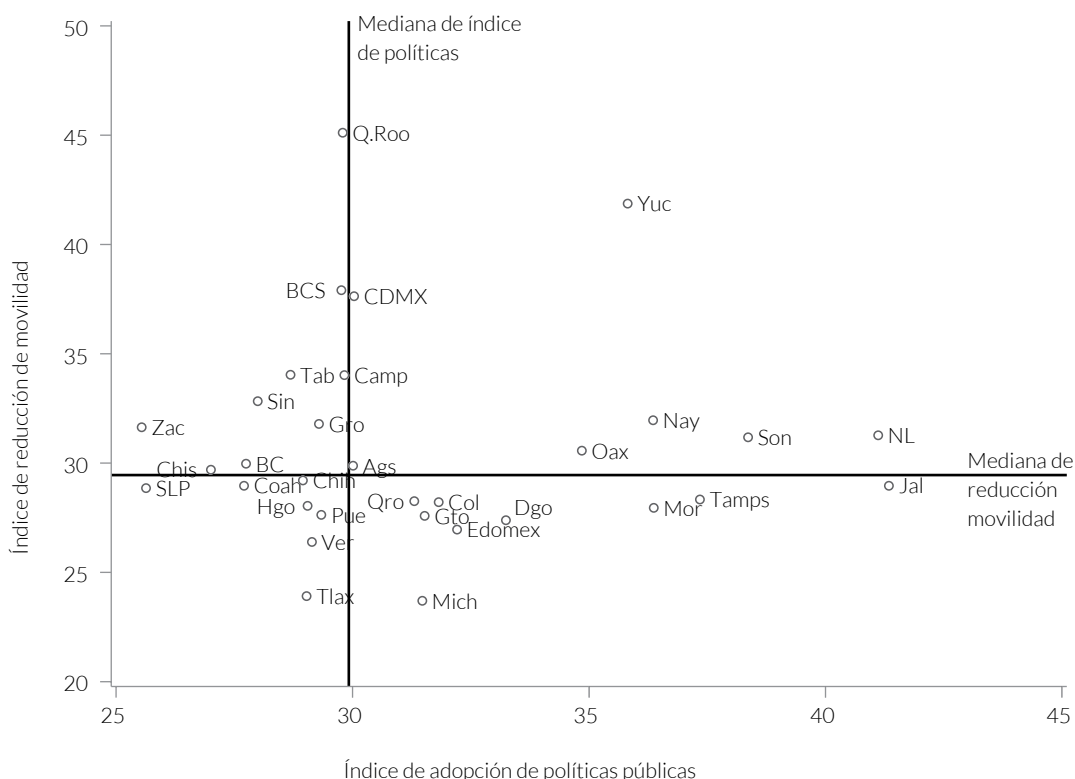
Entidad	Suma movilidad evitada en el periodo	Promedio movilidad evitada diaria	Cuartil de desempeño ponderados por población	Porcentaje de la población nacional
Quintana Roo	-4 195	-45.1	4	1.35
Yucatán	-3 895	-41.9	4	1.77
Baja California Sur	-3 525	-37.9	4	0.63
Ciudad de México	-3 500	-37.6	4	7.06
Tabasco	-3 166	-34.0	4	2.01
Campeche	-3 164	-34.0	4	0.78
Sinaloa	-3 053	-32.8	4	2.47
Nayarit	-2 972	-32.0	4	1.01
Guerrero	-2 956	-31.8	4	2.86
Zacatecas	-2 942	-31.6	4	1.3
Nuevo León	-2 909	-31.3	3	4.39
Sonora	-2 900	-31.2	3	2.41
Oaxaca	-2 842	-30.6	3	3.24
Baja California	-2 787	-30.0	3	2.84
Aguascalientes	-2 778	-29.9	3	1.12
Chiapas	-2 762	-29.7	3	4.48
Chihuahua	-2 716	-29.2	3	2.97
Coahuila	-2 694	-29.0	3	2.52
Jalisco	-2 694	-29.0	2	6.58
San Luis Potosí	-2 684	-28.9	2	2.24
Tamaulipas	-2 635	-28.3	2	2.86
Querétaro	-2 628	-28.3	2	1.78
Colima	-2 623	-28.2	2	0.61
Hidalgo	-2 608	-28.0	2	2.42
Morelos	-2 599	-27.9	2	1.6
Puebla	-2 570	-27.6	2	5.17
Guanajuato	-2 566	-27.6	2	4.87
Durango	-2 547	-27.4	2	1.46
Estado de México	-2 507	-27.0	1	13.64
Veracruz	-2 454	-26.4	1	6.68
Tlaxcala	-2 224	-23.9	1	1.08
Michoacán	-2 204	-23.7	1	3.78

líticas públicas de contención cuando estas iniciaron, el 27 de febrero, y hasta un día antes de terminar la Jornada Nacional de Sana Distancia, el 29 de mayo. En el vertical, se muestra la reducción promedio en la movilidad poblacional en el mismo periodo.

Como puede verse tanto en el cuadro III.3 como en la gráfica III.3, un primer grupo de estados está rezagado en comparación con la mayoría tanto en la reducción de la movilidad poblacional como en el índice de políticas públicas, incluyendo Tlaxcala, Veracruz, Puebla, Hidalgo y San Luis Potosí.

Un segundo grupo tiene un índice de adopción de políticas de control de la pandemia más alto que el grueso de las entidades, pero se encuentra peor que la mayoría en la reducción de la movilidad. En este grupo destacan Jalisco, Tamaulipas y Morelos.

Gráfica III.3. Índice de adopción de políticas públicas y reducción de movilidad (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)



Un tercer grupo muestra el patrón inverso. Si bien sus gobiernos reaccionaron tarde en la adopción de medidas y/o las han implementado con menor rigor y amplitud, la población se ha mantenido en casa a mayores tasas que en la mayoría de los

Cuadro III.3. Desempeño en el índice de adopción de políticas públicas y en la reducción en movilidad poblacional (del 27 de febrero al 29 de mayo)

Entidad	Cuartil en índice de adopción de políticas*	Cuartil en movilidad*	Suma cuartiles de desempeño
Nayarit	4	4	8
Yucatán	4	4	8
Nuevo León	4	3	7
Sonora	4	3	7
Oaxaca	4	3	7
Jalisco	4	2	6
Tamaulipas	4	2	6
Morelos	4	2	6
Ciudad de México	2	4	6
Campeche	2	4	6
Quintana Roo	2	4	6
Baja California Sur	2	4	6
Guerrero	2	4	6
Durango	3	2	5
Colima	3	2	5
Guanajuato	3	2	5
Aguascalientes	2	3	5
Tabasco	1	4	5
Sinaloa	1	4	5
Zacatecas	1	4	5
Estado de México	3	1	4
Michoacán	3	1	4
Querétaro	2	2	4
Puebla	2	2	4
Chihuahua	1	3	4
Baja California	1	3	4
Coahuila	1	3	4
Chiapas	1	3	4
Hidalgo	1	2	3
San Luis Potosí	1	2	3
Veracruz	1	1	2
Tlaxcala	1	1	2

*Cuartiles ponderados por población

estados. En este grupo se encuentran Baja California Sur, Tabasco y Sinaloa, entre otros.

Finalmente, un grupo de estados tiene un buen desempeño relativo en ambos factores. El caso más notable es Yucatán. Esos estados, en el cuadrante superior derecho de la gráfica, incluyen también a Nuevo León, Sonora, Nayarit y Oaxaca, entre otros.

En conjunto, presenciamos una respuesta gubernamental muy diferenciada en el país frente a la pandemia en el aspecto toral “el distanciamiento interpersonal”, aunada a una actuación federal titubeante e incapaz de ordenar la respuesta nacional.

IV

La experiencia internacional: lecciones ignoradas

“México tuvo tiempo para prepararse” es una frase que se repite en nuestra discusión pública. Del primer caso reconocido en el planeta (17 de noviembre de 2019); del primer caso fuera de China (en Tailandia, el 13 de enero de 2020); del gran confinamiento social en Wuhan, China (23 de enero) y de la simultánea propagación del SARS-CoV-2 por otros países asiáticos, cursaron al menos ocho semanas. Y otras cuatro más, que completaron tres meses, al momento en que se confirmó el primer caso de COVID-19 en México (el 28 de febrero de 2020).

Es difícil saber qué tanto podíamos aprender en ese tiempo, inmersos como estamos en una secuencia de acontecimientos que transcurren a velocidad vertiginosa y a gran escala. No obstante, podemos afirmar que nuestro país se rezagó y se sigue rezagando en la tarea de aprender la experiencia del mundo.

A continuación exponemos dos aspectos de esta cuestión. Por un lado, en forma de fichas sintéticas, una recopilación que expone la actuación gubernamental (especialmente la sanitaria) de diversos países. Qué han hecho bien y qué se reconoce como error, con fecha de corte al 25 de junio.

En segundo lugar, con base en la abundante literatura internacional producida hasta hoy, un recuento de las lecciones indispensables que deberían ser parte ya de la de la discusión y de la política pública en México.





Mundial

Primer caso oficial	17 de noviembre de 2019
Primer deceso	9 de enero de 2020
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 221
Personal médico infectado a nivel mundial¹ (aproximado al 3 de junio)	450 000

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados²	9 473 214	+31 876
Decesos³	484 249	+1 148
Personas recuperadas⁴	5 254 956	+85 189

Mayores afectaciones al 25 de junio

Mayor cantidad de casos confirmados	Estados Unidos	2 367 064
Mayor cantidad de decesos	Estados Unidos	121 645
Mayor cantidad de nuevos casos	Brasil (21 junio)	+54 771
Mayor tasa de letalidad⁵	Yemen	26.8%

México respecto al mundo al 25 de junio

	Mundo	México
Casos confirmados acumulados	9 473 214	2.1%
Decesos acumulados	484 249	5.1%
Recuperados acumulados	5 254 956	2.2%

¹ Reuters. (2020). COVID-19 death toll among nurses doubled in past month, says nurses group. <<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-nurses/covid-19-death-toll-among-nurses-doubled-in-past-month-says-nurses-group-idUSKBN23A1KY>>.

² WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/>.

³ *Ibidem*.

⁴ Worldometer. COVID-19 Coronavirus pandemic. En: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>>

⁵ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses. <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>>.



México

Primer caso oficial	28 de febrero de 2020
Primer deceso	19 de marzo de 2020 20 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	23 de marzo de 2020 24 días desde el primer caso confirmado Se tomaron medidas previas por parte de algunas entidades federativas
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 118
Fecha prevista para la reapertura	1 de junio de 2020 94 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	5.2%
Tasa de letalidad⁶	12.3%
Pruebas realizadas por cada mil habitantes⁷	3.46, es el país de la OCDE con menor cantidad de pruebas por cada millón de habitantes ⁸
Personal médico infectado (al 21 de junio)⁹	39 032 contagios y alrededor de 500 decesos Aprox. 19.4% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	202 951	+6 104
Decesos	25 060	+736
Personas recuperadas	116 862	+4 870
Pruebas realizadas¹⁰	515 658	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo¹¹	Sí, con un valor aproximado de 0.9% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por semaforización, por sectores, por estados

⁶ *Ibidem.*

⁷ Our World in Data. Are countries testing enough to monitor their outbreak? <<https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>>.

⁸ <<https://twitter.com/Reforma/status/1275586687469486081/photo/1>>.

⁹ OCDE. Testing for COVID-19. A way to lift confinement restrictions. <https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-l62d7lr66u&title=Testing-for-covid-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions>.

¹⁰ Our World in Data. Total COVID-19 tests. <<https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-04-20.&country=-MEX>>.

¹¹ Fondo Monetario Internacional. Policy Responses to COVID-19. <<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#top>>.



Alemania

Primer caso oficial	27 de enero de 2020
Primer deceso	9 de marzo de 2020 42 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	13 de marzo de 2020 46 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 150
Fecha prevista para reapertura	6 de mayo de 2020 100 días desde el primer caso confirmado Comenzaron a relajar las medidas de confinamiento tras un acuerdo realizado por los 16 estados del país.
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	1.8%
Tasa de letalidad¹²	4.6%
Pruebas realizadas¹³ por cada mil habitantes	64.6
Personal médico infectado	s/d

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	192 556	+477
Decesos	8 948	+21
Personas recuperadas	177 100	+300
Pruebas realizadas¹⁴	5 412 655	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo¹⁵	Sí, con un valor aproximado de 24% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Escalonado, por sectores
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

¹² Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

¹³ Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>

¹⁴ Worldometer, *op. cit.*

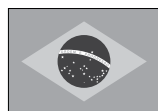
¹⁵ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- La epidemia se encontró con un sistema sanitario en buenas condiciones. Prácticamente el 100% de la población ha tenido acceso a la atención médica.
- Cuenta con una extensa red de médicos de cabecera para atender los casos de COVID-19 menos graves, lo que permitió el desahogo de los hospitales para concentrarse en los enfermos más graves.
- Las autoridades alemanas reconocen la “ventaja del tiempo”. Al no ser el primer país afectado por el virus, tuvieron un espacio para prepararse. Las medidas más amplias comenzaron cuando se notificaron los primeros casos ubicados de China a Italia.
- Aumentó la capacidad de las salas de cuidado intensivo: de 12 000 camas a 40 000 en poco tiempo.
- Cuenta con una vasta red de laboratorios capaces de hacer testeos del virus y de una investigación de punta en la materia (por eso la primera prueba rápida de COVID-19 se desarrolló en ese país). Alemania puede hacer hasta un millón de pruebas diagnósticas por día (pronto tendrá la capacidad para hacer cinco millones de pruebas serológicas al mes).
- Colocó a la trazabilidad en el centro de su estrategia: pruebas masivas para la localización y seguimiento de todos los casos posibles.
- En abril iniciaron un proceso de reclutamiento entre aquellos ciudadanos que habían perdido su empleo para iniciar su “ejército de rastreadores” (*Kontakmanager*). Estas personas buscan a aquellos que hayan sido detectados como positivos a COVID-19 para proveerlos de la información necesaria y encauzarlos en el sistema médico.
- Contratación de personal extraordinario de medicina intensiva capacitado en el uso de ventiladores y técnicas de incubación. Los hospitales nunca se vieron saturados ni estresados.
- Ofrecieron a todos los hospitales, incentivos fiscales diversos. 50 000 euros para que las instituciones sanitarias habilitaran camas de cuidados intensivos. Y el Estado aportó hasta 560 euros por día-cama disponible para recibir potenciales pacientes de COVID-19.

¿Qué no hacer?

- Una carencia crítica al iniciar la epidemia: la baja cantidad de mascarillas de protección especializadas.
- A juicio de la crítica interna, desarrollaron con demasiada lentitud la aplicación digital para rastrear y dar seguimiento a los casos, así como lanzar alertas oportunas a la población.
- Al arranque del proceso todos los estados adoptaron medidas coordinadas y similares en todo el territorio alemán. No obstante, al iniciar la reapertura cada uno ha emprendido sus propias medidas, lo que ha disminuido la efectividad de su política.



Brasil

Primer caso oficial	25 de febrero de 2020 Primer caso confirmado de América Latina
Primer deceso	17 de marzo de 2020 21 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	21 de marzo de 2020 25 días desde el primer caso confirmado El aislamiento fue escalonado según cada estado
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 121
Fecha prevista para reapertura	1 de junio de 2020 Algunos estados iniciaron un proceso gradual de reapertura comercial
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	11.1%
Tasa de letalidad¹⁶	4.5%
Pruebas realizadas¹⁷ al 29 de mayo por cada mil habitantes	2.28
Personal médico infectado al 21 de mayo¹⁸	15 000 personas del equipo de enfermería (no se cuenta con el dato de personal médico en general) Aprox. 1.3% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	1 188 631	+39 346
Decesos	53 830	+1 374
Personas recuperadas	673 729	+23 821
Pruebas realizadas¹⁹ al 25 de junio	2 859 064	s/d

¹⁶ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

¹⁷ Our World in Data. Daily Covid-19 tests per thousand people. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>

¹⁸ Bloomberg. Covid-19 Is Killing Nurses in Brazil More than anywhere else. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-21/covid-19-is-killing-nurses-in-brazil-more-than-anywhere-else>

¹⁹ Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-04-20.&country=~BRA>

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo²⁰	Sí, con valor cercano al 10% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Plan gradual
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

¿Qué hacer?

- Se instrumentaron extensos programas y medidas de ayuda económica y fiscales de protección para la población por un valor hasta de 10% del PIB (Ingreso Básico Universal).
- Brasil anticipó la firma de un acuerdo con la farmacéutica Astra Zéneca (uno de los desarrollos de vacunas más prometedoras, según la OMS), asumiendo los riesgos que implica.
- Por resolución judicial el presidente de la república ha sido obligado a usar cubrebocas en el distrito de Brasilia.

¿Qué no hacer?

- Brasil es una de las naciones con mayores problemas registrales. Presenta uno de los subreportes de casos confirmados más grandes del mundo.
- Una escasa realización de pruebas hasta junio, fuertemente cuestionadas, además, por su calidad.
- El presidente de la República consideró a la epidemia como cosa “no seria”. En respuesta, muchos gobernadores decidieron tomar acciones diferentes y por su cuenta.
- Durante la epidemia se han presentado dos renunciaciones en el principal mando del Ministerio de Salud.
- Reapertura de eventos de amplia asistencia como partidos de fútbol con público, playas, etcétera, mientras las cifras de contagios continuaban al alza.

²⁰ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*



Canadá

Primer caso oficial	27 de enero de 2020
Primer deceso	9 de marzo de 2020 42 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	23 de marzo de 2020 56 días desde el primer caso confirmado Ontario comenzó con algunas medidas previas
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 150
Fecha prevista para reapertura	28 de abril de 2020 92 días desde el primer caso confirmado Escalonado, dependiendo de la situación de cada estado
% de decesos respecto al mundo (25 de junio)	1.8%
Tasa de letalidad²¹	8.2%
Pruebas realizadas²² (por cada mil habitantes)	50.26
Personal médico infectado	5 000 tan sólo en Ontario Aprox. el 5% del total de casos confirmados, pero 17% del total de casos confirmados tan sólo en Ontario

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	99 467	+326
Decesos	8 213	+18
Personas recuperadas	65 651	+226
Pruebas realizadas²³	2 558 363	s/d

²¹ Johns Hopkins, University & Medicine, *op. cit.*

²² Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>

²³ Sitio Oficial para Coronavirus de Canadá. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html?topic=tilelink>

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo ²⁴	Sí, con valor aproximado de 9.8% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, por estados
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

¿Qué hacer?

- Desde el inicio hubo claridad de que cada estado era responsable de las medidas sanitarias.
- Se realizó un control estricto de aquellos residentes que regresaran al país solicitando un periodo forzoso de auto confinamiento por 14 días. Esto se formalizó mediante la publicación de la Quarantine Act (Ley de Cuarentena).
- Exenciones fiscales a aquellos que hubieran perdido sus trabajos o apoyos a estudiantes, subsidios a negocios, entre otros.
- El plan consideró aplicar de 60 000 a 120 000 pruebas diarias para tener una reapertura.
- La política canadiense incrementó las seguridades de protección a personal sanitario.

¿Qué no hacer?

- Al inicio de la epidemia en Canadá expertos dijeron que no había evidencia que indicara que la enfermedad era altamente contagiosa y que no se habían reportado casos entre el personal médico. Dar información precipitada sobre una enfermedad que conocemos poco constituye un riesgo.
- La información que proporcionó el gobierno para la reapertura fue insuficiente y poco clara.²⁵
- Como en el caso de Reino Unido, España y más gravemente en Estados Unidos y Suecia, Canadá reporta que casi la mitad de los decesos ocurridos han sucedido en los asilos que de por sí ya presentaban problemas previos a la epidemia, como falta de personal o personal mal pagado, mal estado de la infraestructura, etcétera.

²⁴ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

²⁵ CBC. Canada is reopening without knowing where Canadians are getting COVID-19. <https://www.cbc.ca/news/health/cases-high-testing-low-as-canada-reopens-1.5578973>



China

Primer caso oficial	17 de noviembre de 2019
Primer deceso	11 de enero de 2020 55 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	23 de enero de 2020 67 días desde el primer caso confirmado Inició en Hubei y sus provincias como Wuhan
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 221
Fecha prevista para reapertura	19 de marzo de 2020 Apertura parcial 123 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	1.0%
Tasa de letalidad²⁵	5.5%
Pruebas realizadas por cada mil habitantes	s/d
Personal médico infectado²⁶ (al 24 de febrero)	3 387

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	85 148	+21
Decesos	4 648	0
Personas recuperadas	78 439	+6
Pruebas realizadas	s/d	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo²⁸	Sí, con valor aproximado de 4.1% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, escalonado, por sectores
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

²⁶ Johns Hopkins, University & Medicine, *op. cit.*

²⁷ *The New England Journal of Medicine*. Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2005696>

²⁸ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- Como parte de la cooperación internacional, China publicó desde el 11 de enero la información sobre la secuencia del ADN del virus SARS-CoV-2 para consulta mundial, aunque fue necesaria la intervención de la OMS para que ocurriera.
- Mostró una fuerte coordinación estatal desde el 17 de noviembre. Una vez que se confirmó que se trataba de un nuevo virus, se desplegó una fuerza de investigadores nacionales para identificar las causas de esta “neumonía atípica”.
- El gobierno implementó una estrategia de pruebas masivas en los lugares donde había mayor cantidad de contagios identificados, es decir, en la provincia de Hubei, específicamente en la ciudad de Wuhan, donde se originó el brote de COVID-19. Es el primer caso de realización de pruebas a todos los ciudadanos, que se suma a su programa de trazabilidad puntual en el que mantendrá un mapeo de los contactos.
- Al iniciar los rebrotes, pudieron contenerlos de manera rápida y eficaz.
- Las labores de rastreo permitieron que se identificara el foco de la infección en el principal mercado de la ciudad, Xinfadi, y se impusieron medidas de confinamiento en los barrios aledaños para contener el contagio. El confinamiento de esas residencias fue muy estricto y las autoridades se hicieron cargo de llevar hasta sus puertas todo lo necesario para que no tuvieran que salir de sus casas.

¿Qué no hacer?

- Al interior del país el gobierno censuró datos, documentos, investigaciones y discusiones sobre la propagación del virus.
- Al inicio de la epidemia, un médico informó sobre lo que estaba ocurriendo en los hospitales. El gobierno le llamó la atención y lo censuró, al igual que a algunos blogueros, quienes incluso fueron puestos en custodia de las autoridades por crear videos para dar a conocer lo que se sufría en Wuhan.
- Entre los más de 3000 integrantes del personal médico infectado se reportaron 24 decesos, que en su mayoría fueron de doctores o asistentes que habían sido recontratados para atender específicamente esta crisis. Se trataba de médicos jubilados que, por tanto, constituían población de riesgo.



Colombia

Primer caso oficial	6 de marzo de 2020
Primer deceso	23 de marzo de 2020 17 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	25 de marzo de 2020 19 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 111
Fecha prevista para reapertura	25 de mayo de 2020 80 días desde el primer caso confirmado Este periodo se extendió varias veces; la fecha anterior era el 11 de mayo
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	0.5%
Tasa de letalidad²⁹	3.4%
Pruebas realizadas por cada mil habitantes	12.81
Personal médico infectado³⁰ (al 27 de mayo)	998 Aprox. 1.3% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	77 113	+2 389
Decesos	2 491	+94
Personas recuperadas	33 349	s/d
Pruebas realizadas³¹ (procesadas)	670 093	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo³²	Sí, con valor aproximado del 1.5% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, progresivo, por sectores
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

²⁹ Johns Hopkins, University & Medicine, *op. cit.*

³⁰ Semana. Personal de salud en Colombia completa casi mil contagios de coronavirus. <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-en-colombia-personal-de-salud-completa-casi-mil-contagios/674173>

³¹ Página oficial sobre COVID-19 del Gobierno de Colombia: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>

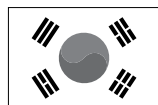
³² Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- El sitio oficial gubernamental para el tema de COVID-19 es uno de los más claros y con más datos disponibles para conocer el curso de la epidemia en su país.
- Tienen planes y acciones específicamente planeadas para cada tipo de afectación (sanitaria, regional, económica, etcétera).
- La comunicación gubernamental es clara, consistente y suficiente.
- Estrategia de reapertura de pruebas, rastreo, aislamiento selectivo y sostenible (PRASS).
- Programa de salvamento a las empresas más perjudicadas y en riesgo de bancarrota, como segundo esfuerzo económico de mitigación a la crisis.

¿Qué no hacer?

- Dudas sobre la calidad de las pruebas, lo que provocó un subreporte de casos confirmados. El cuestionamiento más recurrente es que se sacrificó la calidad en aras de menores costos de las pruebas. Muchas de ellas quedaron inconclusas por esa razón.
- Precipitación en la reapertura con medidas como “tres días sin IVA”, que provocó aglomeraciones y uno de los momentos de mayor contagio en el país.



Corea del Sur

Primer caso oficial	20 de enero de 2020
Primer deceso	20 de febrero de 2020 31 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	20 de febrero de 2020 31 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 157
Fecha prevista para reapertura	18 de abril de 2020 89 días desde el primer caso confirmado Se reabrió todo pero después de un incidente que detonó nuevos contagios se decidió cerrar algunos establecimientos por más tiempo
% de decesos respecto al mundo al 31 de mayo	0.1%
Tasa de letalidad³³	2.2%
Pruebas realizadas³⁴ por cada mil habitantes	23.41
Personal médico infectado	s/d

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	12 602	+28
Decesos	282	+1
Personas recuperadas	11 172	+198
Pruebas realizadas³⁵	1 232 315	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo³⁶	Sí, con valor aproximado a 6.6% del PIB
Esquema del plan de reactivación	No
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Empezaron sin una estrategia escalonada y tuvieron que cerrar algunas cosas después de que se dio un nuevo brote.

³³ Johns Hopkins, University & Medicine., *op. cit.*

³⁴ Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing-how-many-tests-are-performed-each-day>

³⁵ Our World in Data. Total Covid-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~KOR>

³⁶ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- La principal lección adquirida de epidemias anteriores (SARS y MERS) es que las pruebas forman parte vital de la estrategia. En Corea no hubo discusión, fue su punto de partida y por eso fueron aprobados rápidamente los protocolos y estrategias para su realización.
- En Seúl incluso se instalaron centenas de estaciones de pruebas *drive-through* (en el automóvil), donde se realizaron miles de pruebas rápidas.
- Una de las prioridades iniciales fue el equipamiento de todo el personal médico que atendería la epidemia. Fue asegurado el equipo de protección completa para quienes estarían en la primera línea.
- El uso temprano y masivo de la tecnología para rastrear a las personas identificadas y contagiadas. Lo mismo casos graves que leves. Corea es capaz de rastrear sus movimientos mediante los datos de sus celulares y tarjetas, con lo que diseñó mapas eficientes de atención y seguimiento (lo que plantea un serio problema de intromisión estatal a la privacidad).
- Los pacientes hospitalizados sólo son dados de alta después de que sus pruebas ofrezcan resultado negativo dos veces.
- En los casos de personas que resultaron con pruebas positivas, automáticamente el Estado otorgaba la incapacidad laboral totalmente pagada. En caso de ser desempleado se le proveía de una cuota especial. El objetivo era proporcionar certidumbre financiera para que nadie se viera en la necesidad de ocultar su enfermedad o salir a la calle en busca de sustento.
- El Ministerio de Salud formuló una serie de consideraciones acerca de los errores de su propia gestión para preparar nuevas estrategias contra el coronavirus.

¿Qué no hacer?

- Terminadas las medidas de aislamiento y distanciamiento social, el 22 de febrero en Daegu se llevó a cabo un evento religioso multitudinario al interior de un templo. En ese encuentro se contagió más del 60% de los habitantes de esa localidad.
- El 18 de abril, con el descenso de casos activos y nuevos, se decidió iniciar una reapertura de la actividad, pero no de forma escalonada, de modo que un solo infectado acudió indistintamente a varios establecimientos y expuso así a centenas de personas que fueron contagiadas por él.



España

Primer caso oficial	31 de enero de 2020
Primer deceso	4 de marzo de 2020 33 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	15 de marzo de 2020 44 días desde el primer caso confirmado Aislamiento estricto
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 146
Fecha prevista para reapertura	11 de mayo de 2020 101 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	5.9%
Tasa de letalidad³⁷	11.4%
Pruebas realizadas³⁸ por cada mil habitantes	70.38
Personal médico infectado³⁹ al 30 de mayo	51 482 contagios y 63 decesos Aprox. 21.5% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	247 486	+334
Decesos	28 330	+2
Personas recuperadas	s/d	s/d
Pruebas realizadas⁴⁰	5 162 909	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁴¹	Sí, con valor aproximado del 3% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, escalonado, por sectores
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

³⁷ Johns Hopkins, University & Medicine, *op. cit.*

³⁸ Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>

³⁹ RTVE. Los profesionales sanitarios contagiados de covid-19 superan los 51000. <<https://www.rtve.es/noticias/20200605/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml>>.

⁴⁰ Gobierno de España. Pruebas Diagnósticas. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID-19_pruebas_diagnosticas_28_05_2020.pdf

⁴¹ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- Aunque de modo tardío, España emprendió un agresivo programa de pruebas masivas hasta aplicar más de cuatro millones (el 8.5% de su población). Una medida decisiva para detener la propagación del virus, salido de control en las primeras fases.
- Se hizo un plan de reapertura en cuatro fases. La alerta continúa.
- La reapertura se ha hecho de manera escalonada y admitiendo menos aforo del normal en sus establecimientos, con nuevas medidas de distanciamiento social.
- Inicia una campaña de vacunación contra la influenza estacional para que sus brotes no se añadan a los del coronavirus.

¿Qué no hacer?

- No tomó las medidas de confinamiento a tiempo, lo que explica, al menos en parte, el desarrollo exponencial de casos.
- No rastreó los casos de ciudadanos que habían viajado (especialmente a Italia, que fue el foco europeo de la pandemia).
- Implementó tardíamente su plan de trazabilidad.
- Su reapertura ha sido reconsiderada varias veces, emitiendo mensajes equívocos y desconcierto de la población.



Estados Unidos

Primer caso oficial	20 de enero de 2020 Se han hecho nuevas confirmaciones que indican que los contagios podrían haber iniciado antes
Primer deceso	6 de febrero de 2020 17 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	20 de marzo de 2020 60 días desde el primer caso confirmado California fue el primer estado en iniciar confinamiento Las medidas fueron tomadas por cada estado
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 157
Fecha prevista para reapertura	24 de abril de 2020 95 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo (25 de junio)	25.1%
Tasa de letalidad⁴²	5.1%
Pruebas realizadas⁴³ por cada mil habitantes	86.31
Personal médico infectado⁴⁴ (al 5 de junio)	69 761 contagiados y 368 decesos Aprox. 4% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	2 367 064	+34 191
Decesos	121 645	+784
Personas recuperadas	1 053 525	+1 232
Pruebas realizadas	30 965 654	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁴⁵	Sí, con valor aproximado de 11% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, por estados
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

⁴² Johns Hopkins, University & Medicine, *op. cit.*

⁴³ Our World in Data. How many tests are performed each day, *op. cit.*

⁴⁴ CDC. Cases in the U.S. <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>>.

⁴⁵ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- En las primeras semanas de enero, el gobierno estadounidense envió varios especialistas a China para tratar de conocer el virus y ayudar en la contención de la enfermedad. Una muestra esperanzadora de cooperación internacional.
- Estados Unidos respondió positivamente hacia la recomendación de la OMS para la realización de pruebas y desde el 28 de enero hizo público su protocolo. El Centro de Enfermedades y Prevención de Estados Unidos inició con una producción de 160 000 pruebas diarias y reportaba, a finales de junio, 70 millones de pruebas realizadas.

¿Qué no hacer?

- Tras la epidemia de ébola de 2014 se estableció el grupo especializado de respuesta ante problemas de seguridad por salud y para defensa biológica. La actual administración minimizó a ese organismo, que resultaba absolutamente necesario para atender la epidemia provocada por el SARS-Cov-2.⁴⁶
- La falta de equipo de protección especializado. Desde 2006 el gobierno estadounidense pospuso el suministro que permitiría asegurar el abasto de mascarillas N-95 en caso de epidemias.
- Ha comenzado un trabajo de trazabilidad con meses de demora. Este hecho propició que Estados Unidos no registrara un posible alto número de contagios de personas que probablemente llegaron a ese territorio desde noviembre de 2019.⁴⁷
- La falta de estrategia y previsión provocó que el contagio de residentes y personal de cuidado especializado en los asilos fuera extremadamente elevado: representa un tercio de los decesos en Estados Unidos, que en ese rubro se ubica sólo después de Suecia.⁴⁸
- Falta de unidad nacional en torno a la política sanitaria. Son innumerables los ejemplos de descoordinación y de fricción entre el gobierno federal y los estados de la Unión Americana.

⁴⁶ White House. Remarks by President Trump after tour of the Centers for Disease Control and Prevention. <<https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-tour-centers-disease-control-prevention-atlanta-ga/>>.

⁴⁷ Pei, S., Kandula, S. *et al.* Differential Effects of Intervention Timing on COVID-19 Spread in the United States. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.15.20103655v2>

⁴⁸ *The New York Times*. One-Third of all U.S. Coronavirus Deaths Are Nursing Home Residents of Workers. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/05/09/us/coronavirus-cases-nursing-homes-us.html>



India

Primer caso oficial	30 de enero de 2020
Primer deceso	13 de marzo de 2020 43 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	22 de marzo de 2020 52 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 147
Fecha prevista para reapertura	20 de mayo de 2020 123 días desde el primer caso confirmado Empezaron a relajarse las medidas a pesar de seguir en una curva ascendente de casos
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	3.2%
Tasa de letalidad⁴⁹	3.1%
Pruebas realizadas⁵⁰ por cada mil habitantes	5.48
Personal médico infectado⁵¹ (al 11 de junio)	1 028 contagios y 34 decesos Aprox. 0.2% del total de decesos

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	490 401	+16 922
Decesos	15 301	+418
Personas recuperadas	294 988	+9 317
Pruebas realizadas⁵² (aprox.)	7 776 228	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁵³	Sí, con valor aproximado del 5.9% del PIB
Esquema del plan de reactivación	No, sólo se decidió comenzar a relajar las medidas poco a poco y la mayoría de la economía reabrió
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	No

⁴⁹ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

⁵⁰ Our World in Data. How many tests are performed each day *op. cit.*

⁵¹ AA. Asia Pacific health workers hit hard by COVID-19. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/asia-pacific-health-workers-hit-hard-by-covid-19/1873247>

⁵² Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=IND~India%2C%20people%20tested>

⁵³ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- India es catalogada como un “caso nacional de respuesta rápida y estricta”, según el Rastreador de Respuesta Gubernamental ante el COVID-19 de Oxford (OXCGRT, por sus siglas en inglés).
- Al inicio fue muy notable la inversión financiera en India para atender la emergencia, políticas sanitarias, medidas fiscales e inversión en la investigación científica.
- La India desarrolló un tipo nuevo de pruebas rápidas a bajo costo, gracias al trabajo de su Instituto de Biología Genómica e Integral.
- India hizo un importante esfuerzo de coordinación nacional e interestatal y el gobierno central dio un apoyo muy importante a los gobiernos locales.
- India implementó un programa amplio de pruebas de manera progresiva y sostenida: desde las pruebas a personas que hubieran viajado a un país de contagios, a personas vulnerables, hasta la realización de pruebas sistemáticas (primera y segunda vez, a las mismas personas).

¿Qué no hacer?

- India estableció una fecha fija para decretar el fin del aislamiento (sólo duraría 20 días). En la realidad, ese país ha tenido que extender el periodo de confinamiento seis veces hasta ahora.
- No fue sino hasta marzo cuando se autorizó a los laboratorios privados a realizar las pruebas para detección de COVID-19, lo que provocó atrasos importantes conforme los contagios se aceleraron.
- Lo anterior ocasionó improvisaciones y falta de rigor en la certificación de las pruebas, de modo que se aplicaron otras de mala calidad, poco eficientes y que produjeron cientos de miles de resultados inconclusos.
- Han decidido comenzar la reapertura a pesar de que aún se registra un crecimiento importante de casos y decesos. La reapertura precipitada mantiene a la India en una curva de contagios y de muerte al alza.
- El gobierno federal y los estados tomaron rumbos contradictorios en la reapertura.



Japón

Primer caso oficial	Primera ola: 16 de enero de 2020 (hasta principios de marzo) Segunda ola: 26 de marzo de 2020
Primer deceso	13 de febrero de 2020 28 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	Primera ola: 28 de febrero de 2020 Segunda ola: 26 de marzo de 2020 43 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia al 25 de junio	136 días
Fecha prevista para reapertura	25 de mayo de 2020 130 días desde el primer caso confirmado A mediados de marzo de comenzó la primera reapertura, pero se volvió a cerrar por la 2da ola.
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	0.2%
Tasa de letalidad⁵⁴	5.4%
Pruebas realizadas⁵⁵ por millón de habitantes	3.4
Personal médico infectado	s/d

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	18 197	+86
Decesos	969	+5
Personas recuperadas	16 320	s/d
Pruebas realizadas⁵⁶	435 495	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁵⁷	Sí, con valor aproximado de 21.1% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Las ciudades más afectadas y pobladas se mantienen con restricciones, significa 54% de la población total

⁵⁴ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

⁵⁵ Statista. Cumulative number of people underwent PCR tests for coronavirus in Japan. <https://www.statista.com/statistics/1100135/japan-number-of-conducted-coronavirus-examinations-by-type-of-patients/>

⁵⁶ Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~Japan%2C%20tests%20performed>

⁵⁷ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- A pesar de su condición demográfica (con una proporción muy alta de adultos mayores entre la población total), que hacía previsible un cuadro muy preocupante, Japón exhibe uno de los mejores resultados de Asia y del mundo, por su bajo número de fallecidos.
- El menor roce, contacto interpersonal y los estrictos hábitos de higiene –rasgos de la vida japonesa actual– constituyeron una ventaja inicial de distancia social.
- Existe un aprendizaje colectivo, la memoria de otras epidemias en este siglo (SARS) que propician una disciplina social más alerta y sólida.
- El uso normal, aceptado, masivo y consuetudinario de la mascarilla para diversas circunstancias (protegerse de la contaminación atmosférica, del polen estacional, etcétera) ayudó a detener la propagación del virus.
- Por circunstancias como las descritas, Japón se ha considerado un caso excepcional, pues sus buenos resultados ocurrieron a pesar de que no ejecutó medidas de confinamiento estricto. Casi todas recurrieron a la voluntad de los ciudadanos.
- En línea con los protocolos internacionales, levantaron el estado de emergencia sólo cuando se comprobó un descenso sostenido de contagios y decesos.

¿Qué no hacer?

- Cuando dio por concluido el pico de la epidemia, Japón relajó demasiado rápido las restricciones de viajes y turismo local. Fue entonces cuando connacionales que regresaban de Europa protagonizaron un nuevo brote de contagios.
- Según *Foreign Policy*, Japón había realizado pruebas solamente al 0.185% de su población.⁵⁸ La calidad de las pruebas rápidas también fue materia de cuestionamiento.
- El personal médico es el principal crítico de la estrategia del gobierno por la “falta de previsión” y la “laxitud” de las medidas, además de que se reportó carencia de equipo de protección adecuado en algunos hospitales públicos.

⁵⁸ Foreign Policy. Japan's Halfhearted Coronavirus Measures are working anyway. https://foreignpolicy.com/2020/05/14/japan-coronavirus-pandemic-lockdown-testing/?_ga=2.218249689.15333580.1589580822-764842568.1589580822



Perú

Primer caso oficial	6 de marzo de 2020
Primer deceso	19 de marzo de 2020 13 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	16 de marzo de 2020 9 días desde el primer caso confirmado Inicialmente se preveía que sólo durara 15 días
Día de la epidemia al 25 de junio	Día 111
Fecha prevista para reapertura	11 de mayo de 2020 66 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo al 25 de junio	1.8%
Tasa de letalidad⁵⁹	3.3%
Pruebas realizadas⁶⁰ por cada mil habitantes	6.74
Personal médico infectado⁶¹ (al 17 de junio)	2 125 contagios y 59 decesos Aprox. 0.8% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	264 689	+3 363
Decesos	8 585	+181
Personas recuperadas	156 074	s/d
Pruebas realizadas⁶²	1 583 605	s/d

⁵⁹ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

⁶⁰ Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing-how-many-tests-are-performed-each-day>

⁶¹ Milenio. En Perú, personal de salud protesta para pedir mejores condiciones ante covid-19. <https://www.milenio.com/internacional/peru-medicos-enfermeras-piden-mejores-condiciones-covid-19>

⁶² Sala Situacional. COVID-19 Perú. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo ⁶³	Sí, con valor aproximado a 7% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, escalonado, por sectores
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

¿Qué hacer?

- A finales de mayo, Perú fue reconocido como el país de América Latina que mejor conocía el desarrollo de la epidemia en su territorio por su agresiva estrategia de pruebas a domicilio.
- Perú inició medidas de confinamiento más rápidamente que cualquier otro país de la región, tras la primera confirmación de un caso de COVID-19 en su territorio.
- El estricto control de fronteras redujo rápidamente al inicio el ritmo de contagios.
- Desarrollaron una amplia campaña de vacunación contra otras enfermedades de modo que no se añadan a la crisis del coronavirus (influenza y otras enfermedades contagiosas).

¿Qué no hacer?

- Reapertura de manera precipitada. Perú no había presentado un descenso continuo de casos confirmados, decesos u hospitalizaciones. La ocupación hospitalaria se mantiene en niveles de 80% o más, de las camas de unidades de cuidados intensivos.⁶⁴
- Los apoyos no parecen haber sido suficientes. Las medidas de confinamiento han sido difíciles de sostener en el tiempo dadas sus altas tasas de informalidad laboral.
- Las verificaciones de regreso escalonado en cada establecimiento, han sido extremadamente estrictas, difíciles de cumplir por el sector formal.
- A pesar de su programa masivo de pruebas, la revista *The Lancet* considera que Perú no ha conseguido realizarlas a todas las personas que han presentado síntomas, como preveía el plan. No se alcanzó la precisión territorial necesaria.

⁶³ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

⁶⁴ CNN. Peru seemed to do everything right. So how did it become a COVID-19 hotspot? <https://edition.cnn.com/2020/05/25/americas/peru-covid-hotspot-why-intl/index.html>



Reino Unido

Primer caso oficial	30 de enero de 2020
Primer deceso	28 de febrero de 2020 29 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	20 de marzo de 2020 60 días desde el primer caso confirmado
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 147
Fecha prevista para reapertura	13 de mayo de 2020 104 días desde el primer caso confirmado
% de decesos respecto al mundo (25 de junio)	8.9%
Tasa de letalidad⁶⁵	14.0%
Pruebas realizadas⁶⁶ (por cada mil habitantes)	66.83
Personal médico infectado⁶⁷ (al 9 de junio)	900 contagios Aprox. 0.3% del total de casos confirmados

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	307 984	+652
Decesos	43 230	+154
Personas recuperadas	s/d	s/d
Pruebas realizadas	8 911 226	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁶⁸	Sí, con valor aproximado a 15% del PIB
Esquema del plan de reactivación	Por fases, escalonado
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	Sí

⁶⁵ Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses, *op. cit.*

⁶⁶ Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing-how-many-tests-are-performed-each-day>

⁶⁷ BBC. Coronavirus: Nearly 900 hospital staff may have got virus at work. <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-52984819>

⁶⁸ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- Se realizaron pruebas masivas al personal del sistema de salud público. Aunque tuvieron problemas de abastecimiento, el problema se subsanó con rapidez.
- En una siguiente etapa también se les hicieron pruebas masivas a servidores públicos, policías, bomberos y personal de centros de detención y penitenciarías.
- Aunque tarde, (dos meses después de iniciada la epidemia), el Ministro de Salud tomó la determinación de hacer pruebas masivas a los ciudadanos.

¿Qué no hacer?

- Según *The Economist*, Reino Unido era, hasta junio, uno de los cuatro países europeos con peor evaluación en la gestión de la pandemia: número de pruebas, provisión de servicios de salud y fallecimientos.
- Gestionaron reconversiones hospitalarias en centros deportivos o en hospitales temporales sólo cuando comenzó el crecimiento exponencial de contagios.
- Se tuvo un retraso decisivo en el reporte de información: el primer deceso por COVID-19 se notificó una semana después de ocurrido.
- Se adoptaron de manera tardía las medidas de confinamiento y aislamiento, cuando se registraban ya más de 250 muertes al día.
- Hubo precipitación gubernamental. A principios de mayo se reportó que habían pasado el pico máximo de la epidemia. Sin embargo, tres días después, el 5 de mayo, la cantidad de decesos en este país fue la más alta en toda Europa y la segunda más alta del mundo. El confinamiento regresó y tuvo que extenderse en el tiempo.



Suecia

Primer caso oficial	31 de enero de 2020
Primer deceso	11 de marzo de 2020 40 días desde el primer caso confirmado
Inicio de medidas de aislamiento	No se hizo confinamiento solo se emitieron recomendaciones y se disminuyeron algunas actividades y capacidad de espacios.
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 146
Fecha prevista para reapertura	n/a
% de decesos respecto al mundo (25 de junio)	1.1%
Tasa de letalidad⁶⁹	8.2%
Pruebas realizadas⁷⁰ (por cada mil habitantes)	37.9
Personal médico infectado	s/d

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados	63 890	+1 487
Decesos	5 230	+48
Personas recuperadas	s/d	s/d
Pruebas realizadas⁷¹	444 607	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁷²	Sí, con valor aproximado de 10-16% del PIB
Esquema del plan de reactivación	n/a
Protocolos para reinicio de actividades en empresas	n/a
Sectores identificados para iniciar la reactivación	n/a

⁶⁹ Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~SWE>

⁷⁰ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- Sin importar plazos o fases, mantiene el pago por enfermedad laboral para asegurarse de que aquellas personas que estén contagiadas o presenten síntomas se queden en su casa.
- La reconversión hospitalaria logró la duplicación de las camas disponibles para atender pacientes de COVID-19. A pesar de su mortandad, Suecia nunca presentó problemas en su capacidad hospitalaria.

¿Qué no hacer?

- Suecia diseñó un plan basado en localización de “sectores” y puntos críticos de aislamiento, en contraste con las medidas universales de confinamiento a toda la población.
- Decidió suspender clases del nivel medio, medio superior y superior, pero no del nivel básico, para asegurarse de que el personal médico y otros considerados esenciales no se vieran obligados a quedarse al cuidado de los niños. El contagio ocurrió en las escuelas.
- Los asilos de adultos mayores se convirtieron en grandes focos de infección. Representan más del 80% de los decesos, en buena medida por simple falta de atención.⁷¹
- Muestra diversas fallas en información oficial sobre la epidemia. Los reportes tardan varios días en verse reflejados en su portal oficial y carecen de algunos datos fundamentales.

⁷¹ “No hemos logrado proteger a los más vulnerables, los más viejos, a pesar de nuestras mejores intenciones.” (Primer Ministro sueco Stefan Löfven) BBC. Coronavirus: What’s going wrong in Sweden’s care homes? <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836>



Vietnam

Primer caso oficial	23 de enero de 2020
Primer deceso	n/a
Inicio de medidas de aislamiento	1 de abril de 2020 69 días desde el primer caso confirmado Confinamiento en todo el país, ya se habían impuesto medidas similares en distritos específicos
Día de la epidemia (al 25 de junio)	Día 154
Fecha prevista para reapertura	23 de abril de 2020 91 días desde el primer caso confirmado Se reiniciaron vuelos locales y se abrieron todas las actividades no esenciales y las clases.
% de decesos respecto al mundo (25 de junio)	n/a
Tasa de letalidad	n/a
Pruebas realizadas (por cada mil habitantes)	s/d
Personal médico infectado (al 21 de junio)	s/d

Situación al 25 de junio

	Acumulados	Aumento o disminución respecto del día anterior
Casos confirmados⁷⁴	352	+3
Decesos⁷⁵	0	0
Personas recuperadas	329	s/d
Pruebas realizadas⁷⁶ (al 13 de mayo)	275 000	s/d

Reactivación económica

Medidas fiscales y monetarias de apoyo⁷⁷	Sí, con un valor aproximado de 3.7% del PIB
Esquema del plan de reactivación	No

⁷² Ministerio de Salud de Vietnam. Sitio de Situación de Enfermedades de Fuerza de Emergencia de COVID-19. <https://ncov.moh.gov.vn/web/guest/trang-chu>

⁷³ A partir del primero de agosto, Vietnam reportó sus primeros dos fallecimientos.

⁷⁴ The Socialist Republic of Vietnam. Online Newspaper of the Government. <http://news.chinhphu.vn/Home/Viet-Nam-has-conducted-275000-COVID19-tests-health-official-says/20205/40083.vgp>

⁷⁵ Fondo Monetario Internacional, *op. cit.*

¿Qué hacer?

- La experiencia previa con la epidemia del SARS en 2003 motivó una respuesta inmediata, masiva y tajante. Un día después del primer caso confirmado, el ministro de Salud activó el Centro Epidemiológico de Emergencia para la Prevención. La rapidez en la respuesta constituye la característica central del caso vietnamita.
- Desde ese día se lanzó una alerta a los ciudadanos con toda la información científica disponible hasta ese momento acerca del nuevo coronavirus
- La directriz fue acudir a los centros de salud (*no quedarse en casa*) en caso de presentar cualquier síntoma.
- Una semana después se instalaron 40 equipos de respuesta de emergencia para asistir a los centros donde se localizaban los afectados para instaurar protocolos de cuarentena, desinfección y transporte de pacientes infectados.
- Al localizar varios casos provenientes del mismo vuelo, Vietnam decidió suspender la entrada de extranjeros desde el 22 de marzo para impedir la propagación del contagio comunitario proveniente del exterior (excepciones: expertos, trabajadores especializados, diplomáticos, representantes oficiales, inversionistas extranjeros).
- Todos los ciudadanos vietnamitas provenientes del exterior fueron aislados durante 14 días.
- Las restricciones de vuelo se levantaron cuidadosamente en mayo, cuando se permitió de nuevo el primer vuelo desde el exterior proveniente de Japón.
- Vietnam desarrolló varios tipos de pruebas y hoy produce sus propios *kits* con éxito. Ahora las exporta a Malasia, Irán, Finlandia y Ucrania.
- El plan económico de recuperación incluyó apoyos por 2.6 billones de dólares para apoyar directamente a las personas que vieron sus actividades frenadas por la crisis: trabajadores, empleados de medio tiempo aquellos que quedaron desempleados y ayuda a las empresas a pagar los sueldos de sus trabajadores.
- Todos los pacientes de COVID-19 son atendidos en los hospitales de Vietnam sin importar que los síntomas sean leves o más graves. Hasta la fecha 200 000 pacientes han sido atendidos.
- Tras la experiencia fallida en 2003-2004 con el SARS, Vietnam emprendió un plan de fortalecimiento e inversión en el sistema hospitalario, en infraestructura de salud, equipo de protección para el personal médico y entrenamiento especializado para el control de las epidemias.

¿Qué no hacer?

- El aislamiento generalizado de un distrito de Hanoi, debido a 200 personas que tuvieron contacto con una sola contagiada, propagó una primera ola de pánico en toda la Ciudad.
- El gobierno emitió un decreto para multar y arrestar a personas que usaran las redes sociales para compartir información distinta a la oficial.

Lecciones posibles y obligadas

Los resúmenes anteriores nos ayudan a visualizar de manera rápida y cualitativa el manejo de la epidemia en varios países y nos informan del tipo de situaciones, problemas y soluciones que el mundo ha aplicado en los últimos seis meses. Algunas de las lecciones que vale la pena subrayar son:

1. Pruebas, pruebas y más pruebas

La realización masiva de pruebas ha sido un eslabón débil en la mayoría de los países, pero, en definitiva, es un instrumento central de atención y control de la epidemia. Las otras epidemias de este siglo, (causadas por virus como MERS o SARS, ya habían mostrado su relevancia, la cual fue asumida inmediatamente por Corea del Sur. La discusión siguiente es la correcta aplicación del testeo masivo para lograr su representatividad, es decir, una aproximación más exacta de la expansión de la enfermedad por regiones, puntos neurálgicos en ciudades, grandes nodos de concentración, etcétera. Asimismo, la instrumentación práctica del testeo; por ejemplo, los módulos especiales para realizar pruebas rápidas en el transporte público o desde los automóviles de los ciudadanos.

Ahora bien, no se trata sólo de realizar pruebas, sino de garantizar su calidad. Uno de los problemas recurrentes es que millones de pruebas en el mundo tuvieron una efectividad cuestionada, pues al final arrojan resultados “inconclusos”.

Las pruebas se han convertido en parte del plan sanitario para contener la enfermedad, pero también para propiciar una reactivación económica sin contratiempos (Reino Unido, Corea del Sur, España y el inmenso caso chino que despliega la aplicación de pruebas a toda la población de Wuhan, es decir, a 12 millones de personas).

A finales de junio, Alemania había realizado 120 000 pruebas diarias; Reino Unido llevaba más de cinco millones; España más de cuatro millones y Perú más de un millón, con la segunda tasa más alta por millón de habitantes de toda América Latina. La importancia de las pruebas es tan determinante que las investigadoras Danielle Allen y Sharon Block, de la Universidad de Harvard, estimaron que Estados Unidos necesitaría comenzar un programa de 500 000 pruebas al día para que su economía pudiera reabrir de modo seguro y sostenido.⁷⁶

⁷⁶ Allen, D., Block, S. *et al.* Roadmap to Pandemic Resilience. <https://ethics.harvard.edu/files/center-for-ethics/files/roadmaptopandemicresilience_updated_4.20.20_1.pdf>.

2. El personal médico y el reforzamiento de la infraestructura y equipamiento hospitalario son piezas esenciales para el manejo de una epidemia

Debería ser obvio, pero hay que repetirlo: el estado del sistema de salud es crucial. Los países que han podido contener la mortalidad y el contagio son los que de por sí ya poseían un sistema sanitario bien dotado. Pero también resulta crucial el plan de preparación y de reconversión hospitalaria especialmente dispuesta para recibir el impacto de la crisis sanitaria. Vietnam es el ejemplo.

España, país reconocido por su adecuada atención de la salud, no tomó, sin embargo, las medidas para realizar la reconversión a tiempo, lo que provocó un estrés sin precedentes en su historia médica. Por su lado, Japón ha sido objeto de grandes críticas en cuanto al manejo de la enfermedad, sobre todo por parte del propio personal sanitario.

Alemania, por el contrario, al observar el avance de la epidemia comenzó un trabajo muy agresivo y costoso de reconversión hospitalaria, movimientos logísticos con objeto de dejar camas disponibles para potenciales pacientes de COVID-19, sin dejar de atender a sus pacientes crónicos.

3. La estrategia de acción económica debe acompañar y reforzar a las medidas sanitarias

Corea del Sur y Vietnam vuelven a ser casos paradigmáticos. Muestran que las políticas económicas específicas para este tipo de crisis son las que permiten que las personas no tengan que enfrentarse a la necesidad imperiosa de salir de sus casas durante la peor parte de la expansión del contagio.

Se trata de un proceso sumamente delicado y difícil de sostener, sobre todo en países en vías de desarrollo, como India, cuyas medidas económicas se quedaron cortas en proporción a su población, y optó por iniciar la reapertura sin contar con las condiciones necesarias de seguridad sanitaria.

Casi todos los países analizados aquí han anunciado grandes medidas de apoyo económico y social porque el *shock* económico es inevitable y de una magnitud enorme.

4. La imperiosa necesidad de la trazabilidad

Es una lección que proviene de Asia, en cuyos países se echó mano de la tecnología socialmente disponible (aplicaciones para teléfonos celulares) con el propósito de mantener estricto control masivo de los movimientos y ubicación de las personas y los contagios, no sólo de los hospitalizados o intubados, sino de aquellos que se encontra-

ban recuperándose en casa. El control de los infectados para que permanezcan en sus domicilios ha resultado también esencial mediante estos mecanismos.⁷⁷

Algunos otros países demostraron que aun sin tecnología se puede tener una trazabilidad confiable y eficiente, como ocurrió con el despliegue del ejército de rastreadores alemanes, quienes mantuvieron un buen control de los contagios en casa, además de que ayudaron a que los infectados tuvieran una fuente de información confiable y constante a lo largo de la epidemia.

5. El uso y la ciencia del cubrebocas

Se trata de una práctica común en Asia y ha constituido una de las ventajas de aquella región del mundo en esta pandemia. Más allá de eso, en torno a su uso hay ya un consenso médico mundial que ha superado las objeciones iniciales discutidas en la OMS. Un metanálisis publicado en *The Lancet*, que revisó 172 estudios clínicos de 16 países, concluyó que los cubrebocas no sólo son auxiliares, sino *la medida más eficaz contra la infección al alcance de la población*.⁷⁸ Otras publicaciones especializadas de occidente sostienen también la efectividad del uso de cubrebocas, como *Science*, de la American Association for the Advancement of Science.⁷⁹

6. La claridad y transparencia de la información de gobierno resulta esencial

En este aspecto central, Brasil y Colombia marcan un alto contraste. Mientras las decisiones, declaraciones y mensajes del gobierno brasileño han sido erráticos y contradictorios durante toda la pandemia, en Colombia la información se ha comunicado de modo ordenado y claro, especialmente a través de un portal dedicado completamente a la COVID-19: fácilmente accesible, con números sencillos, actualizados, desagregados, manejables, entendibles y que de manera permanente disipan viejas o nuevas dudas de la población. En general, la instalación de una vocería especial, políticamente neutra, ha dado buenos resultados para la comprensión social del fenómeno y de su problemática.

⁷⁷ En contraste, desde el 26 de marzo de 2020, en México el IMSS declaró que empezaba a perder la trazabilidad de contagios: “no podía saber quién había contagiado a quién”. <<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/27/coronavirus-en-mexico-suman-585-casos-y-ocho-muertos/>>.

⁷⁸ Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext)

⁷⁹ AAAS. Prather, K., Wang, C. *et al.* Reducing transmission of SARS-CoV-2. <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/06/02/science.abc6197.1>

7. Los planes para la reapertura no se deben apresurar

Tanto las necesidades de la economía como los efectos acumulados –sociales, psicológicos y personales– de la epidemia provocan fuertes presiones para una reapertura rápida. Pero el virus que causa la enfermedad COVID-19 tiene comportamientos desconocidos y exponenciales, aún por estudiar. España, Colombia, Perú, India y Reino Unido, por mencionar algunos, son ejemplos de países que debieron dar marcha atrás a la apertura hasta en seis ocasiones, dado el comportamiento incierto de la curva de contagio.

8. Predeterminar una fecha para la reapertura es un error

Uno de los desaciertos más frecuentes en muchos gobiernos del globo es el empeño en predefinir el periodo de confinamiento (de tal a tal fecha), incluso desde el inicio de la medida. Esto no tiene sentido y es materialmente imposible porque la expansión de los contagios depende de múltiples variables de muy difícil control, cuyo seguimiento y valoración es parte de la política misma y debe hacerse día tras día.

La reapertura se vuelve una posibilidad practicable cuando las curvas de contagios, hospitalización y fallecimientos han descendido de modo consistente a lo largo de 14 días, tal y como recomienda la OMS.

Estos son los datos que determinan con certidumbre la salida del confinamiento. Incluso en los países más exitosos en el manejo de la epidemia (Nueva Zelanda, por ejemplo), la reapertura se ha replanteado dada la existencia de rebrotes, episodio que se vuelve un capítulo más en la gestión de la epidemia.

9. Suspensión temprana y control riguroso de eventos masivos

La extrema velocidad de propagación y la facilidad de contagio del virus aconseja la posposición de eventos masivos, tanto en el inicio de la fase de contagios, como en la etapa de apertura paulatina. La experiencia mundial muestra que los rebrotes más importantes (Japón, Corea, Singapur) han ocurrido en los momentos de concentración de ciudadanos. Esas congregaciones han exhibido incluso la existencia de la figura de los “supercontagiadores”.⁸⁰

10. Control fronterizo, especialmente aéreo

El virus SARS-CoV-2 colonizó al mundo en un tiempo récord y lo hizo por avión (aunque no únicamente). Por eso, el adecuado control fronterizo por aire, tierra y mar, así

⁸⁰ <<https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-83>>.

como las restricciones sanitarias pertinentes, forman parte de los planes de preparación desde el inicio de la estrategia, y ahora también de los planes de reapertura paulatina. La aeronáutica y su logística (personal en aire y tierra, naves, aeropuertos, unidades de revisión sanitaria, etcétera), son absolutamente cruciales. Casi toda Europa, así como Japón, Corea y otros países asiáticos, han calculado con detalle los momentos de apertura del tráfico por días y por países, partiendo de su propia capacidad de control.

11. Hacia una epidemiología de precisión

Las experiencias canadiense, alemana y coreana pero, sobre todo, la vietnamita, permiten vislumbrar un tipo de gestión y de control epidémico más rápido, por específico. Esto es: aislar poblaciones por *clusters* (barrios, distritos), estrategia que permite una reducción más eficaz del contagio comunitario. Propicia y necesita pruebas y trazabilidad de los casos, de modo que cuando el aislamiento se generaliza ya existe claridad sobre la ubicación de los posibles brotes y rebrotes. El control deviene más rápidamente y la economía puede reanudarse con mayor prontitud.

12. Comunicar lo que ignoramos y aquello en lo que no hemos podido acertar

Los Estados, especialmente los democráticos, deben transmitir a la población no sólo lo que saben; *también lo que no saben*. En todas las experiencias ha sido mucho más provechoso admitir la incertidumbre y prepararse ante ella que improvisar datos que luego se revelan como falsos o extremadamente errados.

La humildad ante un fenómeno completamente nuevo es el único camino para construir confianza y, por lo tanto, para convocar a una acción unida. Implementar una respuesta colectiva coordinada, promover la transparencia y la información precisa, así como reconocer y aceptar los límites de la propia autoridad, son pilares sobre los que se construye el resto de las políticas.



La inexplicable ausencia de pruebas

El 16 de marzo, frente a la rápida transmisión del coronavirus en el mundo, el director general de la OMS envió a todos los países un mensaje que pronto se volvería un emblema: “Pruebas, pruebas, pruebas. Prueben cada caso sospechoso”.¹ En México, exactamente el mismo día, la autoridad responsable señaló otra cosa: “Hay una expectativa pública, que me parece que en cierta manera ha sido alimentada, no creo que sea tan espontánea, de comparar la cantidad de pruebas que se han hecho en otros países, y tratar de relacionarlas con la eficacia, con la efectividad de las intervenciones. Esto carece de sentido técnico y científico”.²

Por eso, al 1 de julio de este año, México seguía ocupando el penúltimo lugar en el número de pruebas aplicadas para identificar COVID-19, entre los 25 países más afectados del mundo (gráfica V.1). Desde la confirmación de los primeros casos de coronavirus en México, la política del gobierno federal ha sido consistente: la aplicación de pruebas no es prioritario.

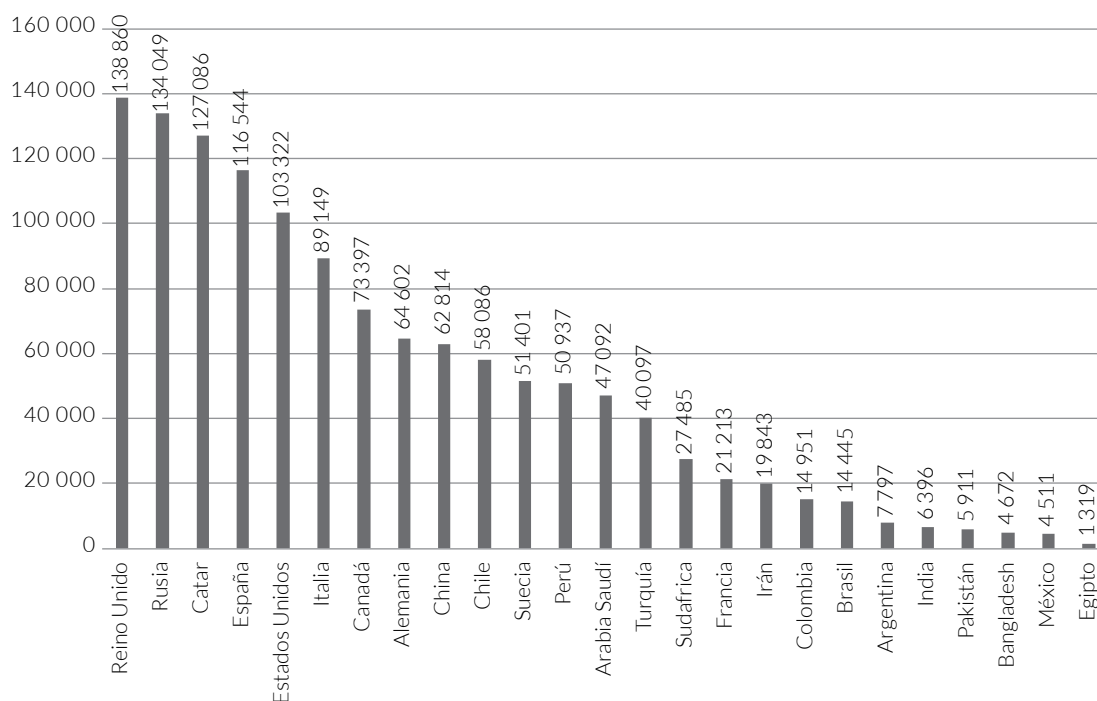
Por ejemplo, el 28 de marzo, ante la noticia de que el gobernador de Hidalgo había dado positivo en la prueba de COVID-19 y había estado en contacto con el presidente Andrés Manuel López Obrador, el subsecretario Hugo López-Gatell indicó que no se le haría la prueba al presidente ya que “hacer la prueba en una persona cualquiera, sea el presidente u otro ser humano, tiene un rendimiento muy bajo en la medida en que la persona sea asintomática.”³ Así, mientras países como Corea

¹ Palabras de apertura del director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, en la conferencia de prensa sobre COVID-19 el 16 de marzo de 2020, OMS, <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>>.

² Declaraciones del subsecretario de Salud Hugo López-Gatell publicadas en el portal *Animal Político*, ¿Por qué no se hacen más pruebas para detectar COVID-19? Esto dice Salud, *Animal Político*, 16 de marzo 2020, Disponible en: <<https://www.animalpolitico.com/elsabueso/pruebas-covid-19-coronavirus-mexico-salud/>>.

³ AMLO se hará prueba de COVID-19 sólo si presenta síntomas: López-Gatell, *El Financiero*, 28 de marzo de 2020. En: <<https://www.elfinanciero.com.mx/salud/amlo-no-se-hara-prueba-para-detectar-si-tiene-nuevo-co>>.

Gráfica V.1. Número de pruebas para detección de COVID-19 realizadas por cada millón de habitantes en los países más afectados del mundo (al 1 de julio de 2020)



Fuente: Statista. Disponible en: <<https://es.statista.com/estadisticas/1107740/covid-19-tasa-de-pruebas-realizadas-en-paises-seleccionados-del-mundo/#statisticContainer>>.

del Sur realizaban una estrategia de pruebas masivas en la población, en México el gobierno argumentaba que no había evidencia clara que relacionara el número de pruebas realizadas y la contención de la enfermedad.⁴ Asimismo, se recomendaba a la población con síntomas que permaneciera en aislamiento en sus hogares hasta recuperarse o presentar un cuadro que requiriese asistencia hospitalaria.

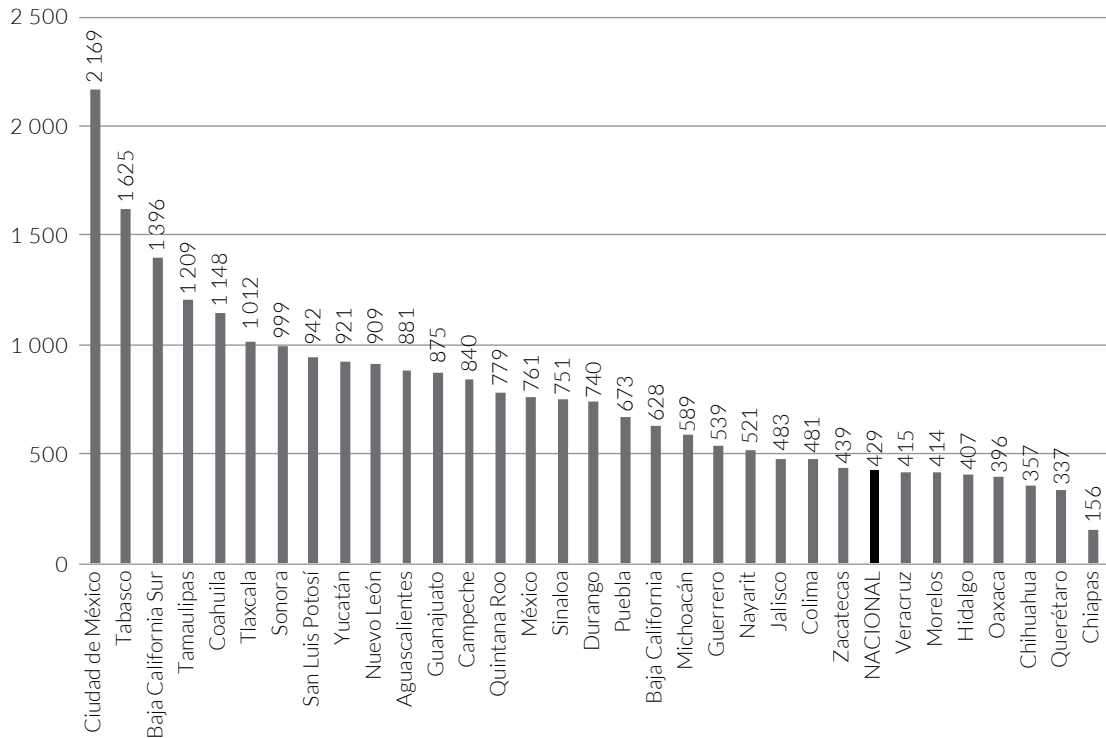
Esta medida puede considerarse un error grave, pues, como se ha descrito en páginas anteriores, en los países donde hubo una mejor gestión epidémica se pidió a la población que acudiera al sistema de salud en cuanto tuviera los primeros síntomas.

El mensaje del gobierno federal de rechazo a la realización de pruebas masivas ha determinado el destino de éstas en los estados del país. El 29 de abril, diver-

ronavirus-lopez-gatell>.

⁴ *El Heraldo de México*, México no hará pruebas masivas de COVID-19: Hugo López-Gatell, 27 de marzo de 2020. <<https://heraldodemexico.com.mx/pais/coronavirus-mexico-pruebas-masivas-covid-19-hugo-lopez-gatell-donde-hacerse-hospitales-laboratorio/>>.

Gráfica V.2. Número de pruebas para detección de COVID-19 en México por cada 100 000 habitantes, por entidad federativa (al 13 de agosto de 2020)



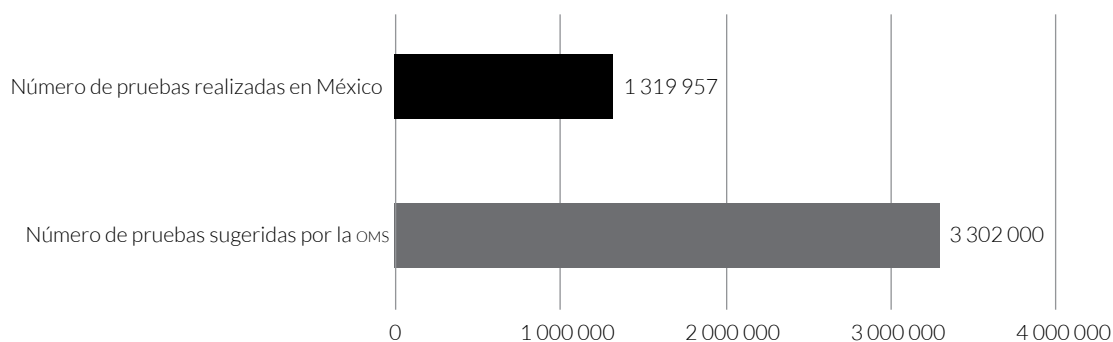
Fuente: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud: <www.coronavirus.gob.mx/datos>, consultado el 13 de agosto de 2020. Casos confirmados, negativos y sospechosos.

Los medios informaron que hospitales en 25 estados no tenían registro de pruebas para detectar coronavirus.⁵ Se publicaron datos del estudio “Las cifras del COVID-19”, auspiciado por el Tecnológico de Monterrey, según los cuales, de las pruebas aplicadas por el gobierno federal, 91% provenían de instalaciones federales, mientras que sólo 1.5% eran reportadas por hospitales estatales. De acuerdo con el estudio, esto indicaba que los gobiernos estatales no estaban realizando pruebas o éstas no se reportaban al gobierno federal.⁶ La gráfica V.2 muestra los datos oficiales sobre pruebas para la detección de COVID-19 en las entidades federativas al 13 de agosto de 2020.

⁵ Martha Martínez, Omiten pruebas en 25 estados, *Reforma*, 29 de abril de 2020, <<https://www.reforma.com/omiten-pruebas-en-25-estados/gr/ar1930733?md5=66d8acf26901db7dd152b5f526bb31e0&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&lcmd5=6b4d7a0b65af0fd78c3f4f1fc4154b4d>>.

⁶ Lorena Becerra, Abrirán municipios sin realizar pruebas, *Reforma*, 16 de mayo de 2020, <<https://www.reforma.com/abriran-municipios-sin-realizar-pruebas/gr/ar1944088?md5=2133813306ca6fd9a0319155dd64c2f9&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&lcmd5=5d77e1be0f9a7b318659bb8deb289ba7>>.

Gráfica V.3. Comparación entre el número de pruebas recomendadas por la oms y las efectuadas en México en seis meses de pandemia



Fuentes: Gobierno de México. Informe técnico diario del 28 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/574812/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.08.28.pdf>. oms (12 de mayo de 2020). Public Health Criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. Disponible en: <<https://www.who.int/publications/i/item/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>>.

A su vez, la gráfica V.3 evidencia el bajo nivel de aplicación de pruebas en México, muy reducido si nos atenemos a la recomendación de la oms, según la cual el rastreo y el seguimiento de la enfermedad se consigue con el testeo de uno por cada mil habitantes cada semana; es decir, México debería haber realizado en estos seis meses de pandemia por lo menos 127 000 pruebas semanales para alcanzar un total de 3 302 000 pruebas al 28 de agosto; sin embargo, para esa fecha sólo había realizado 1 319 957 pruebas.⁷

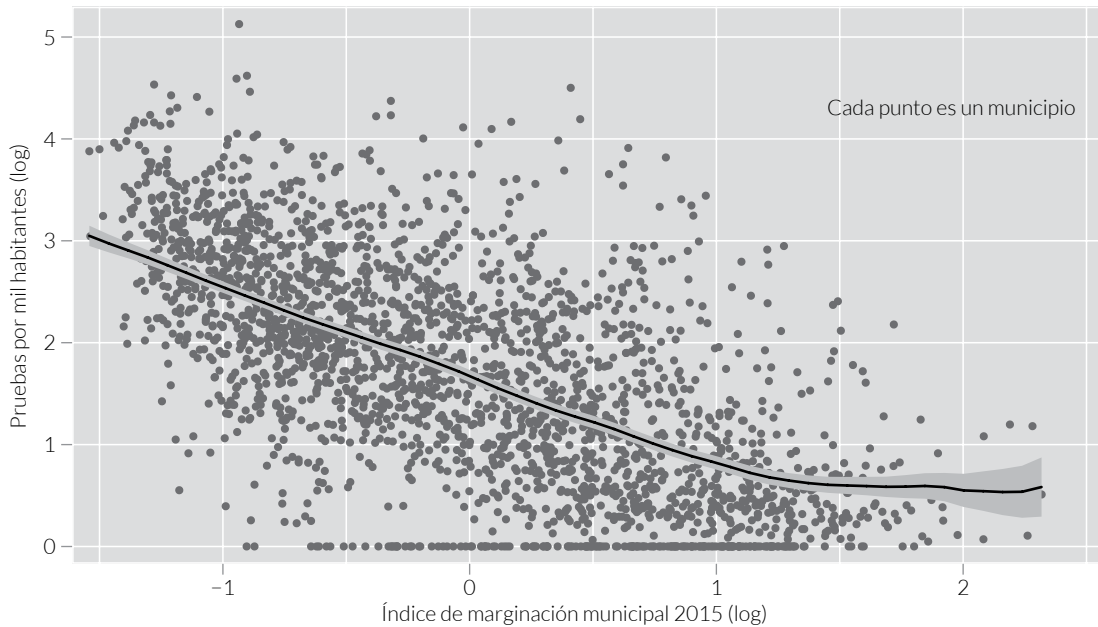
Y no sólo eso: a las bajas tasas de aplicación de pruebas para COVID-19 también se han sumado barreras para que instituciones privadas y estados de la República puedan realizar las suyas de manera independiente. Por ejemplo, el gobierno de Jalisco⁸ se quejó formalmente ante el impedimento para importar pruebas rápidas al estado, decretado por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).⁹

⁷ Gobierno de México. Informe técnico diario del 28 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/574812/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.08.28.pdf>.

⁸ *Expansión Política*, López-Gatell impide el ingreso de pruebas rápidas de COVID-19, acusa Alfaro, *Expansión Política*, 6 de abril de 2020, <<https://politica.expansion.mx/estados/2020/04/06/lopez-gatell-impide-el-ingreso-de-pruebas-rapidas-de-covid-19-acusa-alfaro>>.

⁹ El gobernador señaló que, aunque su gobierno había expresado su interés en llevar a cabo una campaña de realización de pruebas masivas en su entidad, la Cofepris no había autorizado su entrada al país. El subsecretario Hugo López-Gatell indicó que no se tenía reconocida ninguna prueba rápida como prueba útil para la epidemia y por lo tanto no se había otorgado la autorización de uso de este tipo de pruebas. *Ibid.*

Gráfica V.4. Desigualdad en la pandemia: marginación municipal e incidencia de pruebas por mil habitantes (al 28 de agosto de 2020)



Fuente: Mariano Sánchez Talanquer, “Inequality in the pandemic. Evidence from Mexican municipalities”, documento de trabajo.

En el caso de hospitales y laboratorios privados también se ha suspendido la aplicación de ciertas pruebas para COVID-19. El 19 de marzo, dos laboratorios privados informaron en redes sociales que se había cancelado la aplicación de pruebas por disposición de la Secretaría de Salud. En respuesta, la autoridad sanitaria señaló que se habían establecido dos reglas generales para poder realizar el diagnóstico, y aún cuando 16 compañías habían solicitado ser avaladas para realizar las pruebas bajo las nuevas reglas, únicamente el Hospital ABC y el Hospital Ángeles de Interlomas habían cumplido con los requisitos.¹⁰

Por su parte, la Vicepresidencia Médica del Centro Médico ABC dio a conocer al personal que, por indicaciones de la Cofepris, a partir del 12 de mayo de 2020 quedaba suspendida la toma de muestras para realizar la prueba SARS-CoV-2, IgG, hasta nuevo aviso. Dicha prueba permitiría identificar si una persona había estado en contacto con el virus. En un comunicado, el Consejo Mexicano de Empresas de Diagnóstico Médico, integrado por 39 laboratorios en todo el país, aseguró que el

¹⁰ *Milenio*, Prueba de COVID-19, abierta a privados que cumplan estándares: López-Gatell, 19 de marzo de 2020, <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-prueba-abierta-privados-lopez-gatell>

anuncio sobre el Hospital ABC generaba desconcierto pues “no hay certeza jurídica” y resultaba difícil saber cómo hacerlo.¹¹

A pesar de todo esto, la escasez de pruebas y con pronósticos epidemiológicos incumplidos y revisados una y otra vez, se impulsó el retorno a una “nueva normalidad”, el levantamiento progresivo de las medidas de contención frente al virus, comenzando por los municipios “de la esperanza”, en los que no se ha registrado un solo caso de coronavirus, precisamente porque en ellos no se había realizado una sola prueba.

Una revisión realizada a principios de junio mostró, por ejemplo, que entre los 256 “municipios de la esperanza”, 175 se encontraban en Oaxaca y en los cuales solamente se habían hecho 35 pruebas.¹²

La gráfica V.4 muestra la situación por municipio. Una vez más, los más pobres son los que tienen menos o ni siquiera han obtenido el beneficio sanitario de las pruebas.

Como se ve, la gestión de la epidemia apostó casi todo al modelo centinela, y al hacerlo, excluyó la realización de pruebas masivas que hubiesen robustecido el seguimiento de la epidemia y la precisión de las proyecciones. Este es un error grave, que México tendrá que subsanar de cualquier modo, conforme avance la enfermedad en todo el territorio y se imponga la necesidad de reapertura paulatina y probablemente, de nuevos confinamientos durante los siguientes meses.

¹¹ Andrea Vega y Nayeli Roldán, Al ABC no le quitaron el permiso para pruebas de covid-19; privados reclaman a Salud falta de certeza, Animal Político, 14 de mayo de 2020. <<https://www.animalpolitico.com/2020/05/abc-permiso-pruebas-covid-19-salud/>>.

¹² Lorena Becerra, Abrirán municipios sin realizar pruebas, Reforma, 16 de mayo de 2020, <<https://www.reforma.com/abriran-municipios-sin-realizarpruebas/gr/ar1944088?md5=2133813306ca6fd9a0319155dd64c2f9&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&lcmd5=5d77e1be0f9a7b318659bb8deb289ba7>>.



La reconversión sin plan: la atención hospitalaria real en México

La debilidad y los defectos del sistema de salud mexicano eran conocidos y ostensibles antes de la llegada del nuevo coronavirus:

- Basado en la dimensión curativa y no en la prevención.
- Fragmentado: la calidad de la atención es extremadamente heterogénea, de elevada calidad en ciertas agencias o clínicas y deplorable en otras, incluso dentro de la misma ciudad o estado.
- Desarticulado, con diferentes modelos de atención, costos y resultados.
- La mayoría de los mexicanos no saben cuál es la puerta de entrada al sistema y, por lo tanto, desconocen cuál es la ruta institucional para su propia atención. (Este es un rasgo que no debe perderse de vista, pues ha tenido fuertes implicaciones directas con la forma como enfrentamos la pandemia).

El rubro de salud, además, es un sistema que acusa un grave rezago en inversión de infraestructura física, material y con recursos presupuestarios decrecientes. Como apunta el economista Enrique Provencio,¹ a precios de 2020, el gasto del Ramo en Salud ha perdido ya aproximadamente 50 000 millones de pesos. Se ha reducido 21% (;una quinta parte!) entre 2013 y 2018 y, lejos de ser corregida, esta situación fue mantenida en los dos años de la presente administración aun con el conocimiento cierto de una pandemia inminente.²

Por su lado, en el corazón del desafío el problema era –y sigue siendo– mucho

¹ Enrique Provencio, *El Presupuesto de Egresos de la Federación en 2020: análisis de mediano y largo plazo*. Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México. Ponencia presentada en la Cámara de Diputados, 11 de septiembre de 2019.

² *Ibidem*.

peor: el presupuesto para vigilancia epidemiológica en México se redujo 71.2% en la última década (como proporción del presupuesto total anual en salud pública).³ Y tan sólo entre 2019 y 2020 el presupuesto para este rubro volvió a caer en 7.1% como proporción del presupuesto neto para salud. Insistimos: esta precariedad no fue corregida ni siquiera por las sistemáticas noticias y advertencias que nos llegaban de Asia y de Europa.

La falta de preparación, la subestimación de un problema grave aparece más claramente si comparamos estas cifras con el gasto ejercido para otras emergencias sanitarias enfrentadas por México en el siglo XXI. El presupuesto 2020 para vigilancia epidemiológica fue 36% menor al presupuesto ordenado para combatir la influenza H1N1 en 2009, y es 28% menor a lo que en su momento se destinó frente al virus del Zika, en 2016.⁴

A los problemas añejos, en el año 2019 y sobre todo en el 2020, se agregaron otros tantos:⁵ la improvisación, el desconocimiento y el desorden administrativo que profundizaron la deficiente respuesta inicial a la epidemia. Falta de insumos, medicamentos e instrumentos médicos. Las armas primarias indispensables para combatir el virus, graves problemas que vivieron casi todos los países del mundo y que en México han cobrado formas aún peores.

El costo de la descoordinación y del “desaprendizaje” es alto. El sector salud había realizado con éxito licitaciones consolidadas a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la participación de varias instituciones y con estados de la República cuyos resultados fueron claramente positivos, obteniendo siempre, ahorros importantes.

³ México había vivido una importante experiencia previa en la atención a emergencias epidemiológicas desde el surgimiento de la influenza A subtipo H1N1, en 2009. A partir de esta experiencia se desarrollaron protocolos modernos y robustos reconocidos por la OMS, la que entregó un reconocimiento a México como uno de los países con mayor capacidad técnica en materia de brotes epidémicos. Todavía en octubre de 2019, la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins dio a conocer el índice de seguridad sanitaria global que permite reconocer el grado de preparación de los países ante una contingencia sanitaria. México se encontró por encima del promedio de los países analizados en todas las categorías. Y en relación con otros países, México se ubicó en el lugar 28 de 195: “grado de preparación moderado” ante una pandemia. Global Health Security <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

⁴ Efrén Flores, El presupuesto para vigilancia epidemiológica en México se redujo 71.2% en la última década, Sin Embargo, 27 de abril 2020, <<https://julioastillero.com/video-el-presupuesto-para-vigilancia-epidemiologica-en-mexico-se-redujo-71-2-en-la-ultima-decada/>>.

⁵ La desaparición del Seguro Popular, el fin de la descentralización a favor de los sistemas estatales de salud, la creación apresurada y mal sustentada del Instituto de Salud para el Bienestar como responsable de la atención médica en el país, son otros elementos del contexto con el cual se ha atendido la pandemia. De igual manera el IMSS decidió cambiar al conjunto de delegados del Instituto al mismo tiempo, sustituyendo al personal por cuadros sin experiencia directiva. Por no hablar de que la selección de esos cargos fue realizada por insaculación, al azar, con los resultados previsibles: desconocimiento de los estados, de la operación, la atención médica y las particularidades epidémicas regionales.

A pesar de la evidencia, la actual administración modificó este procedimiento y, de golpe, lo trasladó a la Secretaría de Hacienda. La falta de experiencia y el desconocimiento de las condiciones de mercado médico y farmacéutico, propició que se declararan desiertos varios concursos claves que incluyeron cientos de medicamentos e instrumentos para atender a los pacientes afectados por el nuevo coronavirus. De ese modo, improvisando procedimientos con la pandemia en curso, se arriesgó seriamente la adquisición de los suministros necesarios. Las consecuencias están en todas partes, en todas las clínicas y hospitales de la República.

Igualmente visible ha sido la errática adquisición de equipo adecuado y suficiente. A principios de abril, esos materiales todavía fueron comprados por cada hospital o instituto. El ejemplo de la venta y luego la readquisición de cubrebocas N95 y de otros equipos de protección para el personal de enfermería y médico son muestra de la improvisación que dominó aquel momento (como ahora).⁶

La compra de pruebas, equipamiento médico, ventiladores, trajes, mascarillas y guantes se inició 24 días después del primer caso de COVID-19 registrado en el país,⁷ es decir, las compras se realizaron apenas el 23 de marzo, cuando ya habíamos entrado a la Jornada Nacional de Sana Distancia.

Y esta situación de precariedad y falta de previsión continúa: tras más de 150 días de pandemia en México, el sistema de salud acusa una carencia absoluta de un medicamento clave para la atención de los pacientes: la norepinefrina, lo que compromete seriamente el tratamiento médico a cientos de miles de mexicanos. Una situación imperdonable y peligrosa, pues los contagios continúan y la marcha mortal del nuevo coronavirus seguirá expandiéndose, de manera inevitable, por todo el territorio nacional por varios meses más.

La esperanza no es un plan

En este escenario de desconcierto operativo y administrativo, e ignorando la gravedad de las evidencias mundiales y advertencias dirigidas a México durante los meses previos, llegaron nuevas decisiones críticas.

⁶ Dos meses antes, el 28 de febrero de 2020 el Gobierno de México había confirmado los primeros casos de coronavirus. Ese mismo día, el presidente Andrés Manuel López Obrador expresó “tenemos los médicos, los especialistas, los hospitales, la capacidad para hacerle frente a este caso de coronavirus. Estamos preparados.”

⁷ Nayeli Roldán y Francisco Sandoval, “México inició la compra de insumos para coronavirus 24 días después del primer caso; ha gastado 2 309 mdp”, Animal Político, 9 de abril de 2020, <<https://www.animalpolitico.com/2020/04/covid-19-24-dias-despues-primer-caso-iniciaron-compras-insumos/>>.

De modo estelar, la directriz gubernamental “Quédate en casa”, incluso con síntomas de la enfermedad, debió revisarse ante la paradójica situación de hospitales que conservaron una capacidad holgada, frente a números muy elevados de fallecimientos.

El 3 de septiembre, a punto del cierre de esta edición, se reveló que de 65 241 personas que de acuerdo con datos oficiales habían fallecido en México víctimas de la epidemia hasta el primer día de ese mes, 51 924 no habían recibido tratamiento con ventilador ni cuidados intensivos. Es decir, el 79.6% de quienes murieron víctimas del contagio con SARS-CoV-2 careció de la atención debida.⁸

La reconversión hospitalaria se realizó sin una planeación adecuada. Esto no quiere decir que algunos hospitales y centros (como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital Civil de Guadalajara y el Hospital Universitario de Nuevo León) no hayan ejecutado una muy adecuada reconversión, pero ello ocurrió más por el “bien hacer” adquirido durante años de trabajo profesional, más por las buenas prácticas establecidas en esas instituciones a lo largo de los años que por un plan de preparación concebido con rigor y seriedad.

La primera y más grave consecuencia es la desprotección del personal médico, su inadmisiblesobreexposición al contagio por ausencia de los materiales necesarios. Si tuviéramos que utilizar un único indicador sobre la eficacia (o no) de la preparación a la epidemia, tendríamos que colocar ese: no protegimos debidamente a quienes nos protegen. Y son precisamente ellos quienes seguirán haciéndolo durante muchos meses más. Esta era –y sigue siendo– la condición número uno para el éxito de la estrategia.

A mediados de julio, ya con casi cinco meses de pandemia en México, Amnistía Internacional lanzó una alerta por la falta de datos oficiales acerca del contagio y decesos de personal médico en la mayoría de los países.⁹ Acto seguido, recuperó las cifras disponibles que dan cuenta de la gravedad del asunto en México y en otras naciones caracterizadas por su deficiente gestión de la crisis: más de 3 000 traba-

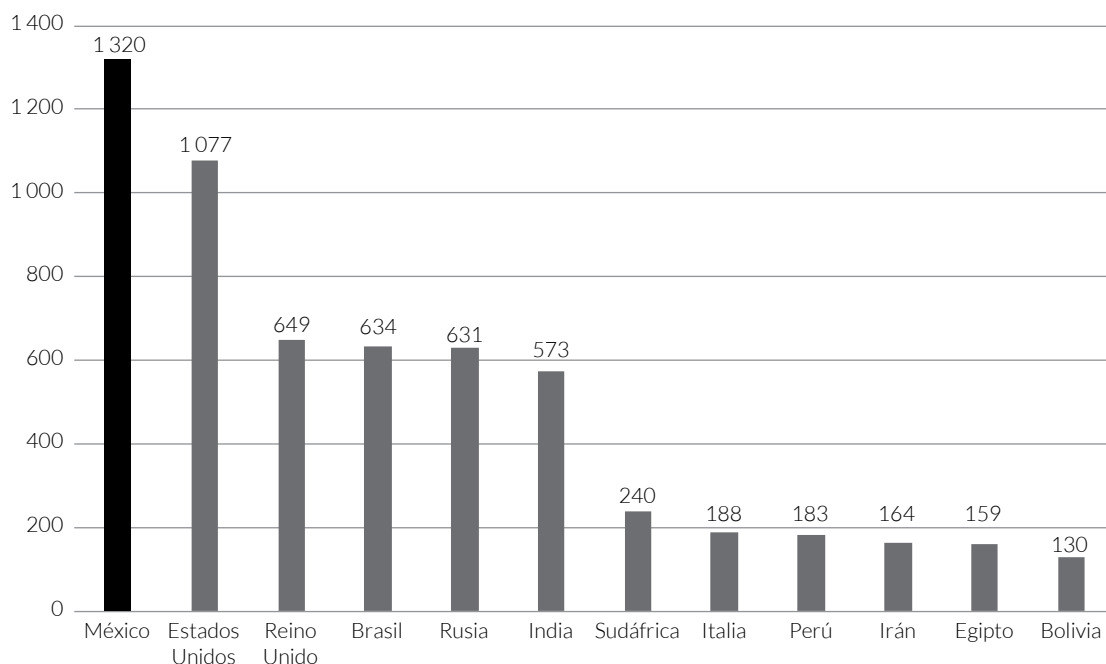
⁸ Nathaniel Parish Flannery, Why Are So Many People Dying Of Covid-19 In Mexico?, *Forbes*, 3 de septiembre, 2020. Disponible en: <<https://www.forbes.com/sites/nathanielparishflannery/2020/09/03/why-are-so-many-people-dying-of-covid-19-in-mexico/#738c890418e7>>; Base de datos del 1 de septiembre de 2020 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-bases-historicas-direccion-general-de-epidemiologia>>.

⁹ Amnistía Internacional. Global: El personal sanitario, silenciado, expuesto y atacado. Disponible en: <<https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/07/health-workers-rights-covid-report/>>.

jadores de la salud habían fallecido a causa del nuevo coronavirus en 79 países que proporcionan cifras. Hay que subrayarlo: de entre las naciones que peor han gobernado la pandemia, México ya se encontraba, hacia la mitad de julio, en el quinto lugar de muertes de personal sanitario.

Esos datos ya eran muy alarmantes, pero mes y medio después las cifras se elevaron de manera drástica. El 2 de septiembre, a punto de imprimir esta investigación, Amnistía Internacional actualizó su análisis sobre las personas trabajadoras de la salud que han fallecido en el mundo a causa de la COVID-19. Calculó que ya sumaban al menos 7 000 y que 1 320 de ellas han muerto en México, “la cifra más alta conocida para un solo país”.¹⁰ En la gráfica VI.1 se muestran los 12 países en los que se ha registrado mayor cantidad de decesos entre personal de salud luego de contraer COVID-19, de acuerdo con los datos recabados por Amnistía Internacional.

Gráfica VI.1. Decesos de personal médico en 12 países (al 2 de septiembre de 2020)



Fuente: Amnistía Internacional. Global: Análisis de Amnistía Internacional revela que más de 7 mil personas trabajadoras de la salud han muerto a causa de COVID-19. Disponible en: <<https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/global-analisis-de-amnistia-internacional-revela-que-mas-de-7-mil-personas-trabajadoras-de-la-salud-han-muerto-a-causa-de-covid-19/>>.

¹⁰ Amnistía Internacional. Global: Análisis de Amnistía Internacional revela que más de 7 mil personas trabajadoras de la salud han muerto a causa de COVID-19. Disponible en: <<https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/global-analisis-de-amnistia-internacional-revela-que-mas-de-7-mil-personas-trabajadoras-de-la-salud-han-muerto-a-causa-de-covid-19/>>

En el mismo sentido, el 31 de agosto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había emitido una alerta epidemiológica “ante el incremento de casos y defunciones por COVID-19 en personal de salud de los países y territorios de la Región de las Américas” e instado a los Estados Miembros a “fortalecer las capacidades de los servicios de salud en todos sus niveles y mantener a los profesionales de salud dotados de los recursos y capacitación, asegurando una respuesta adecuada y oportuna de los sistemas de salud ante la pandemia”.¹¹

Recordó que en México se registra la tasa de letalidad más alta de la región (10.8%) en esta pandemia y, con respecto al personal de salud, reveló que entre el 28 de febrero y el 23 de agosto de 2020 se notificaron 97 632 casos confirmados de COVID-19 en este sector. Del ese total, 42% corresponde a enfermeros, 27% a médicos, 2% a laboratoristas, 1% a dentistas y el restante 28% a otros profesionales de la salud.

Dos días después, en su rueda de prensa semanal, la directora de la OPS advirtió sobre el riesgo en el que viven estos trabajadores:

La escala de esta pandemia no tiene precedentes, y ningún otro grupo lo ha sentido más agudamente que los mismos hombres y mujeres que componen nuestra fuerza laboral de salud.

Nuestros trabajadores de salud son nuestros héroes. Trabajan más horas que nunca en condiciones más estresantes de lo que cualquiera de nosotros podría imaginar, a menudo haciendo extraordinarios sacrificios personales al arriesgar su propia seguridad para ayudar a los pacientes que lo necesitan.

Si bien nuestros trabajadores de salud, enfermeras, médicos y otros profesionales son sólo una pequeña fracción de nuestra población, son especialmente vulnerables a la COVID-19: nuestros datos muestran que casi 570 000 trabajadores de salud en nuestra región se han enfermado y más de 2 500 han fallecido por el virus.

Según estos datos, hasta la fecha tenemos el mayor número de trabajadores de salud infectados en el mundo.

En Canadá, los trabajadores de salud representan más de una cuarta parte de todos los casos de COVID-19 notificados, mientras que en Estados Unidos y México, que tienen algunos de los recuentos de casos más altos del mundo, los trabajadores de salud representan uno de cada siete casos. De hecho, Estados Unidos y México representan casi el 85% de todas las muertes por COVID en los trabajadores de salud en nuestra región.¹²

¹¹ <<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-personal-salud-31-agosto-2020>>.

¹² <<https://www.paho.org/es/documentos/rueda-prensa-semanal-sobre-covid-19-palabras-apertura-directo>>.

Cuadro VI.1. Algunas muestras de inconformidad del personal médico en México por falta de recursos para la atención de la pandemia

	Ciudad	Hospital o clínica	Demanda	Fecha
1	Ciudad de México	Hospital General de Zona No. 27	Insumos médicos y material de protección	19 de marzo
2	Coahuila	Clínica 16	Insumos médicos	19 de marzo
3	Ciudad de México	Hospital Regional núm.1	Insumos médicos	20 de marzo
4	Tabasco	Hospital Regional de Zona 46	Insumos médicos	22 de marzo
5	Ciudad de México	Hospital Regional núm. 2 Guillermo Fajardo Ortiz	Insumos médicos	23 de marzo
6	Ciudad de México	Clínica 32	Insumos médicos	23 de marzo
7	Ciudad de México	Hospitales General de Zona 2A	Insumos médicos	23 de marzo
8	Ciudad de México	General Regional 2	Insumos médicos	23 de marzo
9	Puebla	Hospital General del Norte	Insumos médicos	23 de marzo
10	Veracruz	Hospital General Zona núm. 11	Insumos médicos	23 de marzo
11	Coahuila	Clínica 89	Insumos médicos y material de protección	24 de marzo
12	Quintana Roo	Hospital General de Chetumal	Equipo de protección	24 de marzo
13	Aguascalientes	Hospital General de Zona núm. 1	Insumos médicos	26 de marzo
14	Colima	Clínica hospital Miguel Trejo Ochoa	Equipo de protección	26 de marzo
15	Zacatecas	Hospital General Zona núm. 1	Equipo de protección	26 de marzo
16	Ciudad de México	Hospital de la Raza	Insumos médicos	27 de marzo
17	Estado de México	Centro Médico Adolfo López Mateos	Insumos médicos	28 de marzo
18	Estado de México	Centro de Salud San Francisco Xonacatlán	Insumos médicos	30 de marzo
19	Estado de México	Hospital Mónica Pretellini	Insumos médicos	30 de marzo
20	Guanajuato	Unidad de Medicina Familiar 58	Insumos médicos	30 de marzo
21	Michoacán	Hospital de Zona núm. 8	Insumos médicos	30 de marzo
22	Morelos	Hospital Morelos	Insumos médicos	30 de marzo
23	Ciudad de México	Hospital General de Zona núm. 27	Equipo de protección	31 de marzo
24	Coahuila	Hospital de Alta Especialidad	Insumos médicos	31 de marzo
25	Coahuila	Clínica 7	Equipo de protección	1 de abril
26	Coahuila	Hospital Rural 51	Insumos médicos	1 de abril
27	Guanajuato	Unidad Médica de Alta Especialidad 48	Insumos médicos	1 de abril
28	Sinaloa	Hospital General Regional núm. 1	Insumos médicos	1 de abril

LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA EN MÉXICO

	Ciudad	Hospital o clínica	Demanda	Fecha
29	Aguascalientes	Hospital General de Zona 3	Insumos médicos	3 de abril
30	Guerrero	Hospital Vicente Guerrero	Insumos médicos	3 de abril
31	Veracruz	Unidad Médica de Alta Especialidad 14	Insumos médicos	3 de abril
32	Estado de México	Hospital General de Zona 76	Insumos médicos	6 de abril
33	Estado de México	Hospital General La Perla	Insumos médicos	9 de abril
34	Quintana Roo	Hospital General de Chetumal	Insumos médicos	10 de abril
35	Ciudad de México	Hospital 1 de Octubre	Insumos médicos y material de protección	13 de abril
36	Baja California Sur	Hospital General de Santa Rosalía	Equipo de protección	14 de abril
37	Chihuahua	Hospital General de Zona núm. 35	Insumos médicos	15 de abril
38	Oaxaca	Hospital General de Tuxtepec	Equipo de protección	20 de abril
39	Baja California Norte	Hospital General de Zona número 6	Equipo de protección	21 de abril
40	Ciudad de México	Hospital Tacuba	Insumos médicos	21 de abril
41	Nuevo León	Clínica 67	Insumos médicos	22 de abril
42	Morelos	Hospital Regional de Alta Especialidad	Insumos médicos	25 de abril
43	Ciudad de México	Hospital de la Raza	Insumos médicos	27 de abril
44	Campeche	Hospital General de Zona núm.1	Insumos médicos	30 de abril
45	Chiapas	Hospital Gilberto Gómez Maza	Insumos médicos	1 de mayo
46	Chihuahua	Hospital 6	Insumos médicos	4 de mayo
47	Chiapas	Hospital Juan C. Corzo	Insumos médicos	6 de mayo
48	Morelos	Hospital General Regional núm. 1	Insumos médicos	11 de mayo
49	Ciudad de México	Hospital de la Raza	Insumos médicos	13 de mayo
50	Estado de México	Hospital General de Zona 197	Equipo de protección	13 de mayo
51	Oaxaca	Hospital Básico Comunitario	Equipo de protección	14 de mayo
52	Oaxaca	Hospital General Zona núm. 2	Insumos médicos	18 de mayo
53	Ciudad de México	Hospital General de Zona 71	Insumos médicos	20 de mayo
54	Chiapas	Hospital del Niño y la Mujer	Insumos médicos	20 de mayo
55	Chiapas	Hospital Gilberto Gómez Maza	Insumos médicos	28 de mayo
56	Estado de México	Centro Médico Adolfo López Mateos	Insumos médicos	27 de mayo
57	Estado de México	Unidad de Medicina Familiar núm. 60	Equipo y capacitación	26 de mayo
58	Estado de México	Centro Médico Adolfo López Mateos	Insumos médicos	3 de junio
59	Ciudad de México	Hospital 20 de Noviembre	Insumos médicos	5 de junio

	Ciudad	Hospital o clínica	Demanda	Fecha
60	Querétaro	Hospital General de Querétaro	Insumos médicos	9 de junio
61	Tlaxcala	Hospital General 01 de La Loma	Equipo de protección	19 de junio
62	Veracruz	Clínica 66	Insumos médicos	19 de junio
63	Yucatán	Hospital Regional	Equipo de protección	25 de junio
64	Sinaloa	Hospital Regional núm. 3	Insumos médicos	26 de junio
65	Yucatán	Hospital General de Zona núm. 24	Equipo de protección	2 de julio
66	Tabasco	Clínica 43 del IMSS	Insumos médicos	8 de julio
67	Veracruz	IMSS	Insumos médicos	9 de julio
68	Oaxaca	Hospital Regional de Tuxtepec	Insumos médicos	9 de julio
69	Yucatán	Hospital Regional del ISSSTE	Equipo de protección	21 de julio
70	Yucatán	Hospital General de Valladolid	Insumos médicos y personal	29 de julio

Fuentes: Melissa Galván, Personal médico del IMSS protesta por falta de insumos ante el COVID-19, Expansión política, 24 de marzo de 2020, <<https://politica.expansion.mx/mexico/2020/03/24/personal-medico-del-imss-protesta-por-falta-de-insumos-ante-el-covid-19>>; Nayeli Roldán y Andrea Vega, No nos dan equipo, lo compramos o lo hacemos nosotras: enfermeras ante riesgo por COVID-19, Animal Político, 6 de abril de 2020, <<https://www.animalpolitico.com/2020/04/enfermeras-equipo-compra-carencia-covid-19/>>.

La segunda consecuencia de la ausencia de plan es la desatención de otros padecimientos crónicos, pues el afán de volcarse a favor de los pacientes que padecen COVID-19 ha desplazado a varios millones de mexicanas y mexicanos con otras enfermedades, incluyendo el cáncer.

Como tercera consecuencia de la falta de plan, el personal médico y de enfermería de distintas especialidades fue obligado a atender padecimientos respiratorios sin contar con el conocimiento técnico-científico y la capacitación requerida.

Por su parte, la incorporación de nuevo personal de salud se congestionó por incompetencia y descoordinación. Cada institución contrató de manera independiente y de manera errática, compitiendo entre sí y con diferencias abismales en sueldos y prestaciones, y sin una visión regional o nacional, en detrimento del sector público.

No es casual que otras áreas de la administración pública federal y la sociedad civil a través de fundaciones, instituciones bancarias, universidades y empresas hayan tomado un camino paralelo y emprendido sus propios procesos de instalación, adquisición y distribución de equipo e insumos para la salud, medicamentos y equipo de protección al personal sanitario, cada una por su parte, sin directri-

ces comunes, creando una espiral de competencia que encarece el conjunto del proceso.

La tardía o precaria llegada del equipo de protección para el personal de salud provocó múltiples protestas desde el principio de la atención hospitalaria. El cuadro VI.1 que se localiza en las páginas previas muestra un recuento documentado –no exhaustivo– del malestar causado entre el personal de salud a lo largo y ancho del país.

Figura VI.1. Sin plan: principales fallas de la reconversión hospitalaria en México (coordinación, organización y recursos)



La debilidad del plan y su ausencia en muchos campos, ha encarecido la operación, pero lo principal es que ha repercutido bajo la forma de muerte, que era evitable, entre el personal médico y su descontento y desmoralización.

VII

La ciencia del cubrebocas y su negación

La pertinencia, eficacia y utilidad del cubrebocas. Ésta ha sido una discusión mundial y temprana, originada casi al mismo tiempo que el salto interespecies del nuevo SARS-CoV-2.

El conocimiento de la biología, de la capacidad de contagio y de las formas de propagación del virus ha ido ensanchándose en todo el mundo y hoy contamos con información nueva, más robusta y con una abrumadora evidencia acerca de la utilidad del uso masivo y cotidiano del cubrebocas: la medida más sencilla, accesible a toda la población, barata y de gran eficacia para controlar a la pandemia.

Este capítulo da cuenta de la evidencia disponible a finales de julio de 2020 y de la necesidad de lanzar una poderosa campaña a favor de su uso masivo y obligatorio en México durante los siguientes meses, y quizá años, mientras no tengamos tratamientos ni vacunas. La propia OMS ha participado y ha sido escenario de este debate mundial, planteado desde enero con particular fuerza desde Asia.

El escaso conocimiento con el que se contaba en las primeras semanas del año hacía aparecer a este virus –pariente del que provoca el resfriado común– como más transmisible que sus primos MERS y SARS, supuestamente menos letal, pero no estaba claro cuál era el vehículo principal de su propagación. Pero si su vía más importante resultaba ser aérea, entonces los cubrebocas se convertirían en herramientas decisivas.

Al cabo de unas semanas de investigación, resultó que una de las diferencias más notables entre el actual coronavirus (SARS-CoV-2) y los que causan otras infecciones respiratorias es el papel de las personas *que no presentan síntomas*. Los virus respiratorios se suelen contagiar a través de gotículas que emiten las personas enfermas al hablar, toser, estornudar, y aislar a los enfermos era, hasta este punto del conocimiento, la medida esencial para frenar su contagio.

Sin embargo, con el nuevo coronavirus –ahora lo sabemos– una gran proporción de los contagios proviene de personas que portan el virus aunque ellas mismas no lo saben. Son los asintomáticos, quienes no tosen ni estornudan y no tienen fiebre ni escalofríos, pero al hablar y respirar exhalan aerosoles que son vehículos del virus. Por eso cobra mucha importancia adoptar, dentro de la política contra la pandemia –lo mismo en su fase temprana que en sus etapas de desescalamiento–, el uso generalizado de cubrebocas: para reducir la transmisión de aerosoles emitidos por todos, precisamente porque con el nuevo coronavirus ignoramos quiénes son los portadores asintomáticos. Y eso lo seguiremos ignorando mientras no hagamos más y más pruebas.¹

De modo que el mecanismo de transmisión de contacto indirecto resultó ser menos importante que el mecanismo de transmisión aéreo. Tocar superficies contaminadas es un riesgo, pero aspirar aire viciado continuamente lo es más.²

La dimensión de la evidencia tuvo un punto cumbre el 6 de julio, cuando 239 especialistas de varios países publicaron una carta abierta a las autoridades sanitarias internacionales, en la que, afirman, “existe evidencia más que suficiente para que se aplique el principio de precaución. Para controlar la pandemia, a la espera de disponer de una vacuna, se deben interrumpir todas las vías de transmisión”. Y argumentaron que debe reconocerse “que esos virus también quedan en suspensión en partículas microscópicas y terminan siendo respirados por alguien cercano pasados unos minutos”.³

La carta obligaba a dar un giro a la perspectiva con la cual vemos a la enfermedad: las condiciones en los interiores, locales cerrados, son decisivas. Los mismos expertos reconocían que no estaban descubriendo “una vía principal o inesperada”, añaden pruebas de que, sobre todo en interiores, “la distancia física sola, no sirve”.

Así, la investigación científica mundial impulsó a la propia OMS para adaptar su postura inicial y promover de modo más decidido el uso extendido, social, del cubrebocas. Ya en la “Guía” publicada el 5 de junio, se había reconocido la importancia del uso de las mascarillas por parte de las personas, infectadas o no.

... teniendo en cuenta los estudios conocidos en que se evalúa la transmisión presintomática y asintomática, la cantidad cada vez mayor de datos de observación sobre el uso de mascarillas por el público general en varios países, los valores y preferen-

¹ Esta explicación se debe al artículo de Javier Sampedro, Si estás sano pónitela, *El País*, 30 de junio de 2020. Disponible en: <<https://elpais.com/ciencia/2020-05-31/si-estas-sano-pontela.html>>.

² Salas, Javier y Mariano Zafra. *El País*, 8 de junio de 2020. <<https://elpais.com/ciencia/2020-06-06/radiografia-de-tres-brotes-asi-se-contagiaron-y-asi-podemos-evitarlo.html>>.

³ Lidia Morawska, Donald K Milton, “It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19”, *Clinical Infectious Diseases*, <<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa939/5867798>>.

cias individuales así como la dificultad para lograr el distanciamiento físico en muchas situaciones, la OMS ha actualizado las orientaciones con miras a aconsejar que, para prevenir la transmisión comunitaria de la COVID-19, los gobiernos deberían alentar al público general a que use mascarilla en situaciones y entornos específicos como parte de un enfoque integral para interrumpir la transmisión del SARS-CoV-2.⁴

Además, la OMS afirma que debería establecerse la obligación de usar mascarillas para todas aquellas personas con síntomas, despliega un manual útil para su “uso no médico” y reconoce las circunstancias (cuándo y dónde) en las cuales es obligatorio el uso de los cubrebocas, especialmente los manufacturados con tela, que son los de más fácil acceso para la población.⁵

La OMS ha insistido en que el uso de los cubrebocas es procedente sobre todo “cuando no pueden implementarse otras medidas de prevención como el distanciamiento social, el rastreo de contactos, la realización de pruebas, lugares con grandes aglomeraciones de personas o donde haya contactos cercanos con otras personas”.

No obstante, una serie de estudios que se cuentan ya por centenas a lo largo y ancho del planeta –algunos experimentales, controlados, clínicos y otros basados en la observación comunitaria y social– han evaluado con extrema precisión la eficiencia del uso de cubrebocas para prevenir contagios y propagación.

Uno de los más relevantes que ubicó la importancia determinante del cubrebocas, y que entró de lleno a la polémica mundial, se publicó en la revista *The Lancet*⁶ y admitía que “si bien la información aún no es suficiente [...] es cierto que se acumulan evidencias acerca de que el factor decisivo para evitar la propagación del virus es la disminución de las gotículas que dispersamos al hablar, toser, estornudar, cantar, etcétera”. El cubrebocas “no debe ser la única medida que usen los ciudadanos y debe sumarse al distanciamiento social y a la higiene continua de manos”. El conjunto de estas medidas preventivas elevará la efectividad del control de la propagación del virus.

Así, el cubrebocas era situado en el instrumental fundamental contra el nuevo coronavirus: a la altura del confinamiento, de la higiene de manos y del distanciamiento social.

⁴ OMS, Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales (5 de junio de 2020). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf>.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Kar Keung Cheng, Tai Hing Lam, Chi Chiu Leung (16 de abril de 2020). Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. *The Lancet*. Disponible en: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30918-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30918-1/fulltext)>.

Figura VII.1. Cómo utilizar un cubrebocas higiénico de tela de forma segura



Fuente: OMS, 5 de junio de 2020. Disponible en: <<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>>.

En los albores de la crisis, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) recomendaron que *todo aquel que tuviera síntomas sospechosos de coronavirus debería usar cubrebocas* durante el transporte a centros médicos y antes de iniciar el aislamiento para prevenir el contagio. Pero conforme se acumuló la información sobre el contagio de la enfermedad a través de personas sin síntomas, la recomendación se expandió a la comunidad en general con un énfasis: los cubrebocas de tela serían mucho más fáciles de hacer, estarían disponibles para todos y no competirían con los de uso médico para quienes tienen una alta exposición a la enfermedad.

Para este estudio, cubrirse la boca y la nariz sirve para dos propósitos: protección personal ante la inhalación de patógenos y partículas dañinas en el aire y dos, prevenir la exposición a otros de las fuentes que uno mismo emite al expulsar gotas y gotículas al hablar, estornudar, toser o con cualquier tipo de exhalación. “Cuando las personas piensan en el uso de cubrebocas se imaginan la protección propia, y tienen razón, pero resulta que lo más importante es evitar la expulsión ante segundos y terceros que reciben nuestras cargas”.

El estudio alude al caso del sistema de salud más robusto de Massachusetts, con 75000 empleados. Se instrumentó el uso universal de cubrebocas, tanto por el personal médico como por los pacientes y esto ayudó a reducir las nuevas infecciones rápidamente, en grandes proporciones diarias. A finales de marzo, antes de instaurar el uso universal de cubrebocas, personal médico en contacto directo o indirecto con pacientes aumentaba exponencialmente: de 0 a 21.3% (un ritmo de 1.16% diario). Luego de extender el uso de cubrebocas para todos, la proporción de personal médico que resultó positivo a COVID-19 disminuyó de 14.7% a 11.5% (un decremento a razón de 0.49% diario). Esta intervención mostró mejoras casi de manera instantánea, aunque es cierto que estuvo acompañada de otras medidas adicionales en centros médicos, como restricciones a visitas y cirugías electivas.⁷

Posteriormente, el metanálisis “Distanciamiento físico, mascarillas y protección ocular para prevenir la transmisión de persona a persona del SARS-CoV-2 y COVID-19”⁸ recabó los hallazgos contenidos en otros 172 estudios realizados en 16 países de los seis continentes para evaluar la eficiencia del uso de cubrebocas según su clase, la

⁷ John T. Brooks, Jay C. Butler, Robert R. Redfield, Universal Masking to Prevent SARS-CoV-2 Transmission—The Time Is Now. JAMA. Publicado el 14 de julio de 2020 en <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768532>>.

⁸ Chu, D; Akl, E; Duda, S. *et al.* (1 de junio de 2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. Disponible en: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>>.

distancia interpersonal y el importante añadido de la protección ocular. En conjunto, el resultado de estas investigaciones apoya contundentemente la cuádruple acción: distanciamiento físico de al menos un metro, lavado frecuente de manos, uso de cubrebocas de tela de varias capas y protección ocular.

Otro estudio sobre este tema, difundido desde el mes de abril, apunta: “Recomendamos que los funcionarios públicos y los gobiernos incentiven enérgicamente el uso generalizado de cubrebocas en público, incluyendo la regulación de su uso apropiado”, pues se trata de la medida más efectiva y eficiente para detener las cadenas de contagio. Esto adquiere especial relevancia en las reaperturas económicas si tomamos en cuenta que “los modelos sugieren que el uso de cubrebocas en público es más efectivo para reducir la propagación del virus cuando su cumplimiento es elevado” entre la población. Este beneficio es mayor si se usa en espacios como el transporte público, tiendas de autoservicio y en el espacio público.⁹ La verificación de los materiales y de la manufactura de los cubrebocas es otro factor crítico.

Por su parte, el doctor Mario Molina, premio Nobel de Química, publicó en mayo, junto con varios colegas de la Universidad de Texas, el artículo “Identificar la transmisión aérea como la ruta dominante para la propagación de COVID-19” en el que demuestran que “la transmisión aérea es altamente infecciosa y representa la ruta dominante del COVID-19”, por lo que el uso obligatorio de cubrebocas deviene en la medida determinante para detener o no la intensidad de propagación de la pandemia. “Nuestra conclusión es que el uso de cubrebocas en público es la medida más efectiva para prevenir la transmisión de la enfermedad entre personas y que esta práctica, que no es costosa, junto con pruebas extensas, cuarentenas y el seguimiento de contactos, plantea la mejor oportunidad para detener la pandemia del COVID-19, antes de que se desarrolle una vacuna”.¹⁰

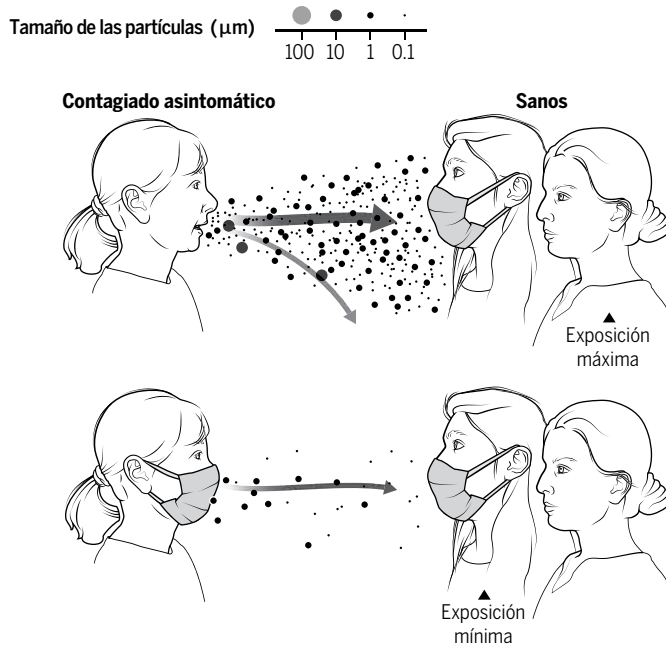
La experiencia internacional y la observación del comportamiento social han desempeñado un papel importante en *la afirmación del cubrebocas como instrumento central de combate a la pandemia*. Particularmente significativo es el análisis realizado por el Instituto de Economía Laboral de Bonn, Alemania, que después de estudiar la dinámica de interacción personal en varias ciudades de ese país concluyó que *el*

⁹ Jeremy Howard, Austin Huang, Li Zhiyuan, et al. (12 de julio de 2020). Face Masks Against COVID-19: An Evidence Review. Preprints. Disponible en: <<https://www.preprints.org/manuscript/202004.0203/v3>>.

¹⁰ Zhang, R.; Li, Y.; Zhang, A.; Wang, Y. Molina, M. (16 de mayo de 2020). Identifying airborne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS). Disponible en: <<http://centromariomolina.org/identificando-la-transmission-por-aire-como-la-principal-fuente-de-contagio-para-covid-19/>>.

Figura VII.2. Los cubrebocas reducen la transmisión aérea del virus

Las personas contagiadas asintomáticas pueden emitir aerosoles con partículas infecciosas al respirar o al hablar. La falta de uso del cubrebocas maximiza la exposición, en tanto que el uso generalizado da como resultado una exposición mínima.



Adaptado de: Kimberly A. Prather, Chia C. Wang, Robert T. Schooley. Reducing transmission of SARS-CoV-2. Masks and testing are necessary to combat asymptomatic spread in aerosols and droplets. *Science*, vol. 368, pp. 1422-1424. Disponible en: <<https://science.sciencemag.org/content/sci/368/6498/1422.full.pdf>>.

uso universal de cubrebocas podría reducir la tasa de aumento de contagios por el nuevo coronavirus hasta en 40%.¹¹

Un ejemplo especial es el de la ciudad de Jena, que instauró casi inmediatamente el uso de cubrebocas en el transporte público y en los comercios y con ello logró que los nuevos casos disminuyeran al punto de casi desaparecer en esos medios. Ante la evidencia, Jena decidió generalizar la medida a todo el espacio público, reduciendo aún más el número y la velocidad de los contagios. Frente a otras ciudades alemanas que tomaron medidas distintas, Jena destacó por disminuir 25% la tasa efectiva de contagios.

Los CDC de Estados Unidos han reiterado su recomendación del uso de cubrebocas, máscaras o mascarillas de tela en lugares públicos, combinado con otras medi-

¹¹ *El Financiero* (12 de junio de 2020). Uso de cubrebocas reduciría hasta 40% la propagación de COVID-19: estudio. Disponible en: <<https://www.elfinanciero.com.mx/salud/uso-de-cubre bocas-reduciria-hasta-40-la-propagacion-de-covid-19-estudio>>.

das como el distanciamiento social, el lavado de manos constante y la limpieza continua de superficies de contacto.¹²

Es importante anotar que la política pública de gestión de la epidemia puede y debe distinguir el uso masivo del cubrebocas, mascarillas o máscaras del “grado no especializado”, con el utilizado por el personal médico que enfrenta cargas mayores y constantes del nuevo coronavirus en hospitales y centros médicos. Se trata de segmentar el mercado: para el personal de salud, equipo de protección de la más alta especialización y tecnología¹³ y estándares estrictos necesarios para el uso cotidiano en el espacio público.

Pero el avance científico mundial es ya muy vasto y la acumulación de evidencia experimental y social es también abrumadora. A pesar de la experiencia de Asia, especialmente de Corea del Sur, Japón y Vietnam, tradicionales y masivos usuarios de mascarillas, sin complejos; a pesar de las recomendaciones de las organizaciones internacionales y de las autoridades sanitarias más reconocidas mundialmente, el gobierno mexicano, el presidente de la República y la Secretaría de Salud, hasta finales de julio de 2020 continúan negando, de manera reiterada, que el uso de cubrebocas es una fuente de protección. En la página dedicada a informar sobre la epidemia se insiste en esa información errónea: “Los cubrebocas no son fuente de protección, ya que los ojos quedan descubiertos y también son una vía de entrada de la enfermedad...” (figura VII.2).¹⁴

Y más aún: el 24 de julio de 2020, el presidente de la República declaró en Oaxaca: “No quiero entrar en polémica en este tema. Si se considerara que con esto se ayuda, entonces lo haría, pero no es un asunto que esté científicamente demostrado”.

Todo lo contrario: la evidencia es ya demasiado abrumadora como para seguir ignorándola. Por eso, uno de los llamados más importantes que podemos hacer en este momento es: el uso de cubrebocas o mascarillas de tela debe formar parte de la política contra la pandemia, debe formar parte del acervo institucional para los siguientes meses y, quizá, años. Por eso, el uso del cubrebocas también debe formar

¹² CDC, Important Information about your cloth face coverings (28 de junio de 2020), disponible en: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/fs-Important-information-cloth-face-covering.pdf>>; How to Select, Wear, and Clean Your Mask (27 de agosto de 2020), disponible en: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/about-face-coverings.html>>.

¹³ MacIntyre, C. R., Chughtai, A. A. (30 de abril de 2020). A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, health-care workers and sick patients. US National Library of Medicine National Institute of Health. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191274/>>.

¹⁴ Gobierno de México (21 de julio de 2020). Página oficial sobre COVID-19. Preguntas Frecuentes. Disponible en: <<https://coronavirus.gob.mx/preguntas-frecuentes/>>.

Figura VII.3. Rechazo al uso de cubrebocas en la página oficial del Gobierno de México



Fuente: Gobierno de México (21 de julio de 2020). Página oficial sobre covid-19. Preguntas Frecuentes. Disponible en: <<https://coronavirus.gob.mx/preguntas-frecuentes/>>.

parte de la cultura pública contra la pandemia, un asunto propio de las decisiones individuales, conscientes y asumidas por los valores cívicos de cada uno.

Como lo expresa el doctor Raúl Trejo Delarbre: “El uso de cubrebocas implica una pedagogía pública. Contribuye a resguardar a quien lo usa pero, sobre todo, ayuda a proteger a los demás de que los contagiemos. Emplearlo, es indicio de consideración y solidaridad con quienes nos rodean. Traer cubrebocas es una forma de responsabilidad social”.¹⁵

De modo que las mascarillas o cubrebocas son parte de la agenda sanitaria para atender una crisis que lleva ya más de 150 días y que aún no tiene un horizonte de terminación, ni siquiera un horizonte de control. Por eso, el sencillo instrumento del cubrebocas ha de ser valorado no sólo como una directriz gubernamental absolutamente estratégica sino como una obligación ciudadana, un deber cívico, una responsabilidad para la salud de uno mismo y de los demás. Mientras sigan ocurriendo contagios, enfermedad masiva, sufrimiento y muerte en estas dimensiones, el uso del cubrebocas en lugares públicos que concentren a las personas debe ser obligatorio en México.

¹⁵ Raúl Trejo Delarbre (6 de junio de 2020). Pedagogía del cubrebocas. *La Crónica*. Disponible en: <https://www.cronica.com.mx/notas-pedagogia_del_cubre bocas-1158085-2020>.



La política económica que no llega

Hasta aquí, hemos revisado ya los temas más importantes que deben ser evaluados en la gestión de la epidemia en tanto problema de salud de grandes dimensiones. Como hemos visto, una directriz esencial para detener realmente el contagio de este virus letal es el confinamiento y el aislamiento social, el menor contacto humano que sea posible y que en México y otros muchos países se ha traducido en la consigna: “Quédate en casa”.

Los países que sin recurrir a medidas obligatorias y coercitivas han logrado el objetivo del confinamiento, han implementado al mismo tiempo instrumentos de política económica coherentes y alineados al objetivo. En otras palabras, la política económica de la pandemia ha de ser en primer lugar una política que haga posible efectivamente el quedarse en casa.

Canadá, Alemania, Vietnam o Uruguay entendieron la singularidad de la crisis. No es del mismo tipo que otros grandes *shocks* que le precedieron, en 2008 o en 1995; tampoco es una crisis del modelo neoliberal, como se repite en México. Se trata más bien de una suspensión abrupta (autoinducida) de la actividad económica en casi todas las ramas, que hace desfallecer lo mismo oferta que demanda.

El objetivo sanitario es claro, pero quedarse en casa implicaría que la gente que sale cotidianamente a buscar el sustento, tuviera el respaldo líquido sustituto para permanecer confinado. Y esto no fue entendido por el gobierno mexicano.

Los grandes programas sociales estaban allí, funcionando (bien o mal, no es objeto del presente documento) con la epidemia o sin ella. Quiere decir que existen canales para entregar subsidios a adultos mayores, niños con discapacidad, becas a jóvenes, etcétera. Pero precisamente porque ya existían esos programas, sus beneficiarios no serían (ni lo fueron) las primeras ni las principales víctimas económicas de la pandemia. En cambio, sí lo fueron los trabajadores que perdieron su empleo, los

Figura VIII.1. Deterioro social y económico de México durante la pandemia



Fuentes: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_Social_COVID-19.pdf>; <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/enoe_ie/ETOE2020_08.pdf>; <https://www.facebook.com/watch/live/?v=260845775260774&ref=watch_permalink>; <<https://www.cepal.org/es/videos/lanzamiento-informe-covid-19-no4-sectores-empresas-frente-al-covid-19-emergencia-reactivacion>>; <<https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/encuestas-sobre-las-expectativas-de-los-especialis/%7B6AA0E79F-78BD-5AA3-7ADA-137C44BC2E84%7D.pdf>>; <<https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/encuestas-sobre-las-expectativas-de-los-especialis/%7B5FC0C3C3-17D3-9A82-F051-F0056848991E%7D.pdf>>.

formales e informales que vieron suspendida su fuente de ingresos. Son los perdedores generales y masivos de la crisis.

No se trataba de suspender los programas sociales vigentes. Por el contrario, el propósito debía ser extenderlos a otras capas de la población que están sufriendo ahora mismo la desaparición de sus fuentes de trabajo y de manutención. El error capital de gobierno radica, pues, en su omisión frente al más nocivo producto de la crisis: el desempleo y la inactividad, pues quienes perdieron su ingreso hoy, en general no cuentan con ahorros ni tienen las condiciones para soportar durante un largo tiempo el confinamiento dictado por el propio gobierno. Arriesgarse a contagiar, a ser contagiado, o quedarse sin fuente de sustento se convirtió, para millones, en un dilema cruel pero real.

La crisis económica que provoca la crisis sanitaria tuvo como respuesta, asombrosamente, más y más austeridad, lo que convirtió a la política económica, no en un

amortiguador del impacto de la crisis, sino en un ingrediente que la profundizó. Importa subrayarlo aquí porque esa errada política económica se ha convertido en un factor propandemia; la necesidad de buscar ingresos propició que una gran cantidad de personas regresase a las calles.

De ese modo, la crisis y la política económica de la crisis generaron la peor caída en el empleo y la producción desde que se tienen registros y, por desgracia, el mayor ascenso de la pobreza en décadas.

Suman 925 000 los empleos formales perdidos hasta julio. La pobreza extrema podría aumentar hasta 10.7 millones de personas. En tanto, otros 10 millones comenzarán a vivir en pobreza.

La última semana de julio, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) reveló que fueron 11.9 millones de personas las que, estando dispuestas a trabajar, no lo hicieron por el temor al contagio. Esto equivale a 17.6% de la población en edad de trabajar o 26% de la población económicamente activa. El 46% de la población trabajadora perdió su ingreso.

El Inegi muestra que el 93.2% de las empresas han sido afectadas por la crisis derivada de la COVID-19, pero sólo 7.8% (147 000) recibieron apoyos gubernamentales, mientras que 1.7 millones no recibieron ayuda alguna. Esto quiere decir, lisa y llanamente, que la inmensa mayoría de las empresas mexicanas fueron abandonadas a su suerte.

Insistimos: la situación económica está reforzando la expansión y la multiplicación del contagio y se ha convertido, de facto, en un poderoso ingrediente que prolongará la persistencia de la pandemia por tiempo indefinido.

No obstante, es posible corregir el grave error y comenzar una fase expansiva del gasto y de los apoyos a los perdedores reales de esta crisis: los trabajadores que pierden ingresos y las empresas que estructuran el empleo real.

Ninguna proyección seria considera que en los próximos tres meses la pandemia vaya a decrecer. Lo más probable es que, en estas condiciones, sigamos padeciendo su efecto prácticamente en lo que resta de este año y aún más allá. Por eso el cambio en la política económica durante la pandemia no sólo es necesario, sino aún posible.



Salir del confinamiento: nueva realidad y soluciones mixtas

Como hemos aprendido, levantar el confinamiento masivo de la población es una decisión que entraña la más grave responsabilidad para gobiernos y sistemas de salud, pues implica el riesgo inmediato de mayores contagios, mayores hospitalizaciones y también mayor número de fallecidos. Y es una decisión que debe tomarse con base en información necesariamente incompleta. Por eso los sistemas de vigilancia sanitaria, y los organismos de salud internacionales y locales han desarrollado una convención, un consenso médico y social que exige cumplir tres criterios para poder abandonar el confinamiento social, a saber:

1. Una reducción sostenida y demostrada en el número de contagios, hospitalizaciones y decesos, durante al menos dos semanas continuas (el ciclo típico del SARS-CoV-2 en el organismo humano). Esta verificación de la reducción sostenida es la base principal para poder imaginar el fin del aislamiento social.
2. Los sistemas de salud y hospitalización deben exhibir la capacidad suficiente para recibir nuevos pacientes en caso de que la apertura provoque un repunte en el número de enfermos. En otras palabras, Antes de abrir, el sistema sanitario debió haberse liberado de la sobrecarga provocada por la primera ola de contagios.
3. Debe haberse fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica, ya no mediante modelos ni cálculos probabilísticos, sino mediante la información cierta que proveen las pruebas masivas entre la población. Se trata de que el sistema de vigilancia sea capaz de rastrear a las personas infectadas, contagiadas para actuar con rapidez en la contención de los rebrotes previsibles.¹

¹ <<https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>>; <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/strengthening-and-adjusting-public-health-measures>>

México debe aprender y retomar las experiencias recientes de otros países que han implementado ya estrategias de desescalamiento.

El ejemplo más notable es Vietnam, pero inaplicable para nuestro caso, pues ese país cerró inmediatamente y por completo sus fronteras y estableció confinamientos obligatorios. Corea del Sur fue capaz de poner nombre y apellido a cada contagiado para vigilar su evolución y prevenir a las personas con las que hubiera tenido contacto. Alemania también muestra un modelo de precaución exitoso, basado en el uso del cubrebocas obligatorio para los espacios públicos y la regulación estricta de las reuniones sociales. Más cercanos a nosotros, el caso uruguayo confirma la importancia de las medidas drásticas y tempranas, pues no obstante su vasta frontera con el epicentro brasileño, en junio sólo exhibía 800 casos y 20 muertes a lo largo de toda la pandemia. Su desescalada fue igualmente cuidadosa: muy gradual y con conocimiento de los probables focos de nuevos brotes.

Como puede apreciarse hay una constante en las experiencias nacionales que luchan contra el COVID-19: la información basada en pruebas masivas, el uso universal del cubrebocas, la preservación estricta del distanciamiento social en casi todos los órdenes de la vida social y el apoyo para que las personas se queden en casa y a las empresas para que preserven el empleo.

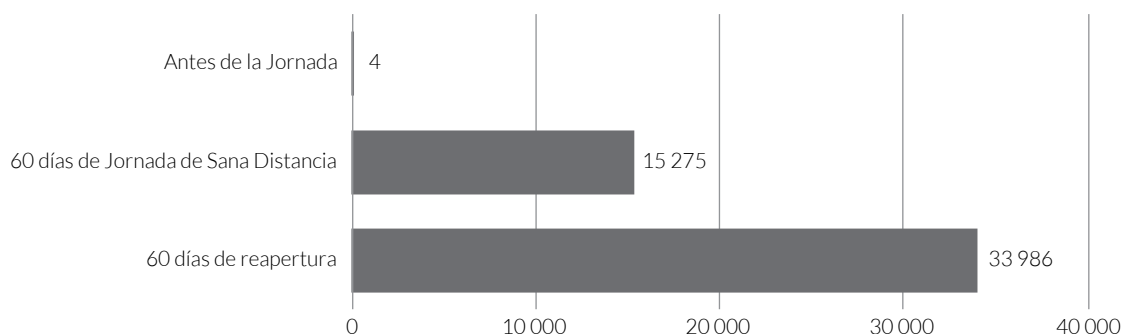
Y en eso se resume el problema sanitario de México al terminar julio: ninguna de las medidas ha sido implementada con la seriedad, determinación, extensión y profundidad requeridas. Esto explica que el ritmo de los contagios se mantenga y que la cauda de sufrimiento y muerte ya se haya ubicado en el orden de los 50000 decesos a principios de agosto y de casi 65000 al terminar el mes.

La ola mortal del SARS-CoV-2, a pesar del intento concentrado en la Jornada Nacional de Sana Distancia, continuó su marcha. Su potencial destructivo no se detuvo y por eso no teníamos las condiciones apropiadas para reabrir en junio. Y, sin embargo, lo hicimos con los resultados que se muestran en la figura IX.1.

La cruel paradoja se hace evidente. Es cierto que antes del 23 de marzo el número de muertes parecía extremadamente bajo y no parecía justificar una clausura masiva de la actividad económica. Sin embargo, el problema se amplificó con enorme rapidez y no hizo sino crecer exponencialmente durante la Jornada Nacional de Sana Distancia y, peor aún, después de decretar su conclusión.

sures-throughout-the-covid-19-transition-phases-policy-considerations-for-the-who-european-region-24-april-2020>.

Figura IX.1. Fallecimientos por COVID-19 registrados antes, durante y después de la Jornada Nacional de Sana Distancia



Fuente: Datos reportados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en < [https:// coronavirus.gob.mx/](https://coronavirus.gob.mx/)>.

Esos datos simples, provistos por la propia autoridad nos obligan a advertir que México no contó, en junio y aún no cuenta al terminar julio, con las bases necesarias para declarar por controlado un mal cuya verdadera magnitud aún desconocemos. Por ello, sugerimos moderar la reapertura de manera coordinada y con obligaciones a todos los estados de la federación; gradual, inteligente y con el respaldo de las cinco medidas ya enumeradas:

- Política de pruebas masivas,
- Obligatoriedad del cubrebocas a nivel nacional
- Distanciamiento social estricto
- Apoyo a personas y empresas para sostener el necesario equilibrio entre salud pública y economía.
- Nuevos confinamientos, precisos, acotados, basados en información.

Si esta corrección no ocurre, los contagios y las muertes seguirán creciendo, alterando nuestra vida social y prolongando el daño y sufrimiento de los mexicanos, por un tiempo imposible de definir.



Conclusiones

La dimensión de las muertes, el sufrimiento y la grave alteración de la vida que ha causado la pandemia exigen un balance riguroso, documentado y sincero. Viviremos con la epidemia durante varios meses más –tal vez años– y es preciso organizar una discusión pública para introducir las necesarias correcciones de política pública lo más pronto posible.

1. *Subestimación de la gravedad de la epidemia.* La preparación del sistema de salud fue insuficiente porque partió de una hipótesis errada: se creía que el SARS-CoV-2, representaba un riesgo bajo. Debe decirse que es el mismo error cometido por muchas otras naciones del planeta (aunque no todas). Esta subestimación le restó contundencia y rapidez a la respuesta mexicana contra la pandemia.
2. *Información fundamental insuficiente.* El primer elemento sujeto a corrección es el de la información epidemiológica. México no puede resignarse a seguir trabajando con información tan limitada. Hasta hoy no se han desplegado los instrumentos para captar la mayor cantidad y la mejor información posible sobre la presencia del virus entre nuestra población.
3. *Actuación acotada y limitada.* Un grave error de principio, asociado al anterior, es que no se optó, no se privilegiaron las medidas de tipo prudencial. Dentro de un ambiente de gran incertidumbre y de información muy limitada es aconsejable optar por la sobrerreacción y la exageración (Vietnam, Corea del Sur, Alemania) por encima de las respuestas acotadas, la inacción o medidas rutinarias para enfermedades ya conocidas. Esto explica por qué la epidemia rebasó tempranamente a unas medidas sanitarias que se quedaron cortas.
4. *Respuesta general tardía.* Controlar la pandemia exige acciones rápidas y contundentes (tal es el consenso médico mundial). Si comparamos a México con otros

países de desarrollo similar, veremos que nuestra respuesta, sobre todo en las medidas de contención de la movilidad y confinamiento, fue la más lenta y parsimoniosa de toda América Latina, sólo detrás de Brasil y Nicaragua.

5. *Medidas de confinamiento desarticuladas.* La *elaboración* del plan de preparación para recibir la epidemia comenzó a tiempo, en enero de 2020; sin embargo, la *ejecución* de las primeras medidas nacionales fue tardía, como lo demuestra el hecho de que transcurrieron más de tres semanas desde que se verificó el primer caso del nuevo coronavirus en el país al inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia. Lo demuestra también que varias entidades de la federación y organismos públicos actuaron antes que el gobierno federal, así como el hecho de que, frente a la incertidumbre, 38.7 millones de personas dedicadas a la actividad educativa iniciaron las acciones de confinamiento sin esperar la dilatada directriz del gobierno federal.
6. *Ausencia de coordinación nacional.* Por esa acción tardía se quebró la posibilidad de la indispensable coordinación nacional. Y más aún: la instancia constitucional obligada a propiciar tal coordinación, el Consejo de Salubridad General, se reunió por primera vez apenas el 19 de marzo, cuando las medidas de confinamiento a gran escala ya estaban tomadas y ocho días después de la declaración de pandemia por parte de la oms. En la autoridad del Consejo de Salubridad General radican las posibilidades de coordinación en todos los órdenes –federal, local, social y privado–. Sorprende el hecho de que durante cinco meses sólo se haya reunido en cuatro ocasiones, bajo el manto de una pretendida “sesión permanente”. Sin embargo, como hemos visto, el Consejo ha sido desplazado y minimizado por la acción de la Secretaría de Salud, ella misma errática y con poca claridad en sus decretos y definiciones sanitarias y jurídicas.
7. *Descoordinación sin capacidades estatales suficientes.* La incapacidad para establecer desde el inicio una rectoría nacional ante una emergencia igualmente nacional condujo a la fragmentación de la respuesta sanitaria entre sistemas de salud y entre gobiernos subnacionales. Los gobiernos estatales asumieron un papel protagónico en la definición misma de medidas para contener la propagación del virus, pero no como resultado de su capacidad institucional, sino por la escasa interlocución y coordinación con el gobierno federal. El resultado es un abanico de respuestas de política pública muy heterogéneas e inconexas. El déficit en la coordinación de una respuesta coherente, de Estado y la actuación irregular de los gobiernos estatales son parte indispensable para la comprensión del impacto de la pandemia en el país.

8. *Un modelo equivocado para reconocer el avance de la epidemia.* La adopción de un modelo pasivo que se conforma con la información “que llega” a las unidades de salud, a los hospitales y clínicas, es un error que seguimos pagando demasiado caro, pues no sólo tenemos datos que subestiman el fenómeno, sino que nos ha colocado en una posición de defensa. La situación exige adoptar un modelo activo que implica ir en busca de los contagios y sus posibles contactos si es que aspiramos al control decidido de la epidemia.
9. *Decisiones basadas en información precaria y sin validez estadística.* El dispositivo centinela era insuficiente por su pasividad ante un agente que ya se sabía extremadamente contagioso (mucho más contagioso que la influenza). Pero también fue insuficiente por limitado: sólo 1.9% de las unidades médicas (475) fueron habilitadas para captar a los contagios y más: su ubicación territorial no fue aleatoria. Es decir, la muestra que se captó en los meses de marzo y abril no tuvo capacidad para ofrecer información subnacional y no resultó estadísticamente válida. Por eso el modelo y las proyecciones del gobierno no han podido prever en seis meses ni la trayectoria general ni los momentos críticos de la epidemia.
10. *Sin comunicación clara, concisa, consistente y creíble.* La falta de información cierta ha producido una orientación imprecisa y, por tanto, una pedagogía pública inadecuada. No es necesario repetir las frecuentes ambigüedades, errores, omisiones o díslates contenidos en los mensajes de la vocería oficial federal. El sistema de comunicación debe modificarse hacia un modelo apoyado en una información diseñada y validada en instancias científicas colegiadas como el Consejo de Salubridad General. Una emergencia nacional de esta magnitud demanda una respuesta coherente y bien deliberada, no una conducción unilateral desde un área politizada de la Secretaría de Salud.
11. *Decretos poco claros ocasionan comportamientos disímiles y confusión.* Los acuerdos jurídicos más importantes han adolecido de precisión y casi nunca han resuelto los puntos a los que pretenden atender. El resultado es que México no ha tenido una acción unificada en materia de salubridad y por eso, cada uno de los gobiernos de los estados, sector privado, instituciones públicas han actuado con criterios propios, disímiles y en ocasiones, también contradictorios.
12. *Fragmentación y contrastes en las medidas estatales.* La falta de directrices firmes de carácter federal ha propiciado una actuación muy diferenciada a nivel subnacional. Entre los países de América Latina, México es con Brasil, el país con la menor uniformidad en la implementación de medidas sanitarias. La descoordinación del país frente a la pandemia se expresa en el muy distinto éxito y rigor de las

medidas de distanciamiento interpersonal, reducción de la movilidad y rapidez en la adopción de medidas contra el contagio. En un extremo Nuevo León o Yucatán con intervenciones más certeras; y en el otro la débil respuesta de Coahuila o Tabasco, como si se tratará de países distintos.

13. *La estrategia principal para controlar la pandemia fracasó.* La Jornada Nacional de Sana Distancia –la gran medida federal, instrumentada para reducir el ritmo de expansión del coronavirus y romper sus cadenas de contagio– no alcanzó su propósito. Dispuesta del 23 marzo al 19 de abril (primero) y después prolongada hasta el 31 de mayo, se dio por concluida mientras la epidemia seguía presentando una clara trayectoria de crecimiento. Nuestro confinamiento no marcó una frontera –un antes y un después– y el resultado es una infección letal que sigue fuera de control por parte de las autoridades.
14. *El 79% de los fallecidos no recibieron cuidados intensivos.* La consigna maestra “Quédate en casa” merece ser evaluada por sus efectos y consecuencias. Lo mismo que la estrategia de proximidad y orientación a los enfermos, pues México presenta un desconcertante escenario de hospitales relativamente holgados frente a un gran número de muertos evitables que no acudieron a la atención especializada.
15. *Ignorar la experiencia internacional.* El desdén por las lecciones que provienen de las experiencias del mundo es otro de los errores más ostensibles. La importancia de medidas contundentes y rápidas; la realización de todas las pruebas que sean posibles; el uso universal de cubrebocas; la necesidad de la trazabilidad de los casos; la construcción de una epidemiología de precisión, etcétera, no han merecido el estudio, la valoración y menos la adopción por parte de la autoridad sanitaria en México.
16. *Incomprensible negativa a realizar pruebas.* Especialmente grave e inexplicable es la negativa a realizar un amplio y estratégico programa de pruebas a la población mexicana. Ese programa sigue siendo indispensable si queremos alcanzar cierto control de la pandemia. A escala global, entre los países de tamaño similar, México es uno de los que menos pruebas ha realizado a su población, y es también el país de la OCDE que ha aplicado menos pruebas. En América Latina, sólo Haití y Nicaragua han realizado menos pruebas en relación con el tamaño de su población, mientras que Chile ha efectuado casi 12 veces más. La obstinación e incluso la negación han conducido a errores tan graves como impedir que en los primeros momentos el sector privado realizara las pruebas y que gobiernos estatales desplegaran sus propios esfuerzos en esa dirección. A la escasa realiza-

- ción de pruebas se agrega la discriminación por pobreza, pues en los municipios más marginados de México es donde menor cantidad de pruebas se han aplicado en relación con su población.
17. *Resistencia anticientífica al uso de cubrebocas.* Junto a las pruebas la otra decisión inexplicable es la obstinada negativa a utilizar de modo universal y obligatorio el cubrebocas. El simple pero indispensable instrumento debe ser valorado como un insumo estratégico en la lucha contra el coronavirus. Una amplia literatura y experimentación científica en todo el mundo lo recomiendan. Su utilización debe ser asumida como una directriz del gobierno, sin ambigüedades, pero también como un deber cívico y una responsabilidad para la salud de uno mismo y la salud de los demás.
 18. *Debilidad institucional y presupuestal de la vigilancia epidemiológica.* Los problemas y errores no son atribuibles sólo a la presente administración, pues el gasto en salud se había reducido sustancialmente en los años previos. Sin embargo, esa reducción no fue corregida ni en 2019 ni en 2020. En el corazón del problema, el presupuesto para vigilancia epidemiológica en México se redujo en 71% durante la última década, y tan sólo entre 2019 y 2020 volvió a caer en 7.1%. Una precariedad que no fue corregida ni siquiera ante las sistemáticas noticias y advertencias que nos llegaban de Asia y de Europa desde finales del año pasado.
 19. *Improvisación y desorden administrativo para el equipamiento médico.* A los problemas añejos se agregaron los problemas propios de esta administración: improvisación, austeridad a toda costa, desconocimiento y desorden administrativo traducidos en falta de insumos, medicamentos e instrumentos médicos suficientes para la primera línea de batalla contra el coronavirus: el personal médico y los hospitales públicos. Las consecuencias están en todas partes, en clínicas y hospitales del país. Todavía en abril, los materiales básicos fueron comprados por cada hospital o instituto; la compra de equipamiento médico (ventiladores, mascarillas, trajes) inició 24 días después del primer caso registrado en México, y hoy a más de 150 días de pandemia, el sistema de salud acusa la carencia absoluta de un medicamento clave: la norepinefrina. Estos hechos demuestran una planeación y una gestión precarias durante la pandemia.
 20. *Desprotección del personal médico.* La falta de preparación ha tenido una consecuencia que es imperdonable. De entre las naciones que peor han gobernado la epidemia, México se encuentra en el primer lugar de muertes de su personal sanitario con 1 320 fallecidos al 25 de agosto. México no protegió a quien protege a sus enfermos.

21. *Fallas graves en el plan de reconversión hospitalaria.* Deben subrayarse otros errores en el plan de preparación y reconversión hospitalaria: desatención –por desplazamiento– a pacientes que padecen otras enfermedades crónicas; personal sanitario que atiende la enfermedad sin conocimiento técnico ni capacitación suficiente; congestiónamiento y competencia irracional entre hospitales mexicanos por la contratación del personal de salud; dos meses de retraso en la contratación de enfermeros y médicos para la emergencia y la llegada tardía de nuestro país a las compras mundiales de suministro médico.
22. *Malestar generalizado entre el personal médico.* Todo esto ha provocado que en medio de un trabajo de alto riesgo que ya acusa síntomas de extenuación, cansancio extremo, agotamiento físico y también moral, el personal médico expresó, y sigue expresando un extendido malestar por las decisiones y los errores durante la gestión de la epidemia.
23. *Una política económica exigua y equivocada.* Las medidas de carácter económico en México no fueron pensadas específicamente para atender las circunstancias que genera la pandemia. Se trató de una batería limitada cuyo principal error fue no atender a los primeros y principales perdedores de la crisis: los trabajadores que se quedarían sin ingresos y las empresas que ofrecen sus empleos. La política económica no solamente fue equivocada, sino también pobremente instrumentada: 46% de la población trabajadora perdió su ingreso, total o parcialmente, y sólo 147 000 empresas recibieron algún apoyo gubernamental, es decir el 7.8%. Hay que decirlo claro: la situación económica y la política económica está reforzando la expansión del contagio y se ha convertido en un poderoso ingrediente que prolongará la existencia de la pandemia, pues los mexicanos que buscan sustento no cuentan con los recursos para quedarse en casa.
24. *Reapertura sin respaldo en indicadores clave.* La salida del confinamiento no atendió las convenciones internacionales que se resumen en el cumplimiento conjunto de tres criterios fundamentales:
 - Una reducción sostenida y demostrada de contagios, hospitalizaciones y decesos durante dos semanas continuas.
 - El sistema de salud debe estar liberado de toda sobrecarga.
 - Debe haberse fortalecido el sistema de vigilancia y de información epidemiológica.

La instrumentación del sistema de *semáforos* volvió a mostrar falta de claridad, inconsistencia y descoordinación. Los movimientos estatales hacia el naranja o el amarillo con frecuencia no corresponden con los propios indicadores de la au-

toridad, y los estados emiten directrices diferentes, en un ambiente de confusión y voluntarismo.

25. *Apertura precipitada y fallida.* No fue decidida rigurosamente, de acuerdo con las directrices de la OMS ni con base en los datos reales del avance de la pandemia. No es casual que en el periodo de la llamada “nueva normalidad” hayamos visto los días con mayor número de fallecidos y con mayor número de contagios. México incumple con las recomendaciones internacionales. La decisión de reabrir ocurrió precipitadamente, sin que la epidemia estuviera mínima ni razonablemente controlada. Esto constituye una de las más graves y ominosas decisiones del gobierno.
26. *Incertidumbre acerca del verdadero tamaño de la pandemia en México.* Los pronósticos fallidos y los constantes errores acerca de la trayectoria de la pandemia son sólo una parte del problema; la subestimación de datos clave (contagios y fallecimientos) ha embarcado al país en una tarea de recuento, de cálculo más verosímil sobre la dimensión del fenómeno. Sabemos que pisaremos el “escenario catastrófico”, definido así por el gobierno, y que hasta finales de junio había 71 000 muertes más, según fuentes oficiales. La tarea de ajustar correcta y científicamente las cifras es impostergable.
27. *Cerrazón, falta de diálogo e indisposición para corregir.* Finalmente, es necesario repetir que, como en muchos otros países, enfrentamos el nuevo coronavirus con márgenes de incertidumbre muy grandes que provocaron, por sí mismos, errores, omisiones y fallas que eran hasta cierto punto inevitables. Pero, precisamente porque nos encontrábamos ante un agente patógeno desconocido, la postura de la autoridad sanitaria debió ser la apertura, la deliberación, el aprendizaje diario y la disposición a corregir. Éste ha sido un punto relevante y lo seguirá siendo: escuchar, tomar nota, estar abierto a la crítica y a la nueva información que proviene de nuestros propios centros de salud e investigación y los del mundo entero. La cerrazón, la falta de diálogo y la indisposición para corregir se revelan como otros de los errores generales que han definido hasta hoy la política pública en México.

Ésta es la síntesis, el panorama general de la gestión gubernamental de la pandemia en México, y el resultado no es bueno. Sin el rigor ni la seriedad requerida y con varios momentos de manifiesta ineptitud, hemos enfrentado al más grave problema de salud pública que se le haya presentado al país.

XI

Recomendaciones urgentes: hacia un segundo intento de control de la pandemia

La extrema gravedad de la situación exigiría, antes que cualquier otra cosa, una postura respetuosa frente al dolor de los demás. Una aspiración realista con sólidos fundamentos para realizar las nuevas acciones, pues la epidemia seguirá entre nosotros causando parálisis, enfermedad y muerte durante un tiempo indefinido.

Por desgracia, el confinamiento ordenado en la Jornada Nacional de Sana Distancia no alcanzó su propósito de moderar y controlar la tasa de contagios. Por el contrario, las medidas de apertura del primero de junio llegaron en un momento de alta exposición comunitaria al virus. Por eso observamos que el periodo de mayor número de muertes ocurre ahora, después de declarada la apertura. Este hecho constituye el contrasentido más dramático de la gestión de la pandemia: permitir el regreso a una “nueva normalidad”– cuando más peligro existía, peligro revelado en los propios datos oficiales.

Y el problema persiste en su amenaza y gravedad, colocados ya como el tercer país del planeta por su número de muertes. Para desgracia de los mexicanos, nuestra gestión de la pandemia es comparable a la que han ejecutado naciones mal calificadas como Estados Unidos o Brasil. Por ellos y por nosotros el epicentro mundial de la pandemia está en América.

Evaluar, corregir y reorientar la gestión contra la pandemia ha sido una práctica impulsada desde el interior de la OMS, pero también desde países como Inglaterra o España, los cuales han conformado comisiones independientes con ese propósito. Es precisamente lo que requiere México: un cambio en la política, escapar del escenario inercial para salvar miles de vidas. No es sólo que se pueda; es que se debe.

Después de cinco meses, resultan bastante claras las correcciones y los cambios necesarios en la política contra la pandemia. Aquí señalamos los que consideramos más importantes:

1. *Prepararse para convivir con el virus durante un largo tiempo.* Con la información disponible en México es imposible prever el ritmo y la llegada de la cúspide de contagios y rebrotes. El regreso a clases (bajo las modalidades que sean) y la desescalada que estamos protagonizando en todos los órdenes de la vida social, nos revelarán todo el potencial destructivo de la pandemia. Incluso, no puede descartarse un nuevo confinamiento en el futuro cercano, sea a escala nacional o subnacional. Para evitarlos es preciso diseñar escenarios diversos de apertura, convivencia social, reglas y obligaciones que entrenen y eduquen a la sociedad mexicana para un periodo prolongado de cohabitación con el nuevo coronavirus. En agosto, la OMS ha declarado que el control de la pandemia en el mundo, haciendo bien las cosas, ocurrirá en el plazo de dos años.
2. *Recolección de la mayor cantidad de datos y de la mejor calidad posible.* Una vez que hayamos instalado en la conciencia de la sociedad, la extensión temporal del problema, el primer gran cambio le corresponde al gobierno: la conformación de una base de datos nacional de contagios y de contactos, ubicación e intensidad, en la que se recopile la mayor información posible, fundamento indispensable de las estrategias siguientes. Esta base de datos debe ser construida por un comité científico cuya primera tarea sea el ajuste estadístico y científico de las verdaderas cifras de contagios y muertes.
3. *Hacia una epidemiología de precisión.* Es preciso ejecutar una campaña nacional de pruebas, tanto de infección (PCR) como de anticuerpos (serológicas), todo lo amplia que nos sea posible para alcanzar un nivel de representatividad suficiente y conocer el movimiento real que el nuevo coronavirus ha desplegado en la sociedad mexicana. Dado que los confinamientos generales no son deseables y afectan gravemente a la economía, la estrategia consiste en poner en marcha un tipo de epidemiología de precisión, es decir, una estrategia que aspire a cuarentenas y confinamientos precisos, parciales y localizados; saber dónde empezó un brote, quiénes están en riesgo y ubicarlos con seguridad. Pero si vamos a necesitar una salud pública de precisión, requerimos datos de calidad.
4. *Encuesta serológica a los mexicanos.* Dicha investigación –apoyada por un amplio equipo interinstitucional e interdisciplinar– debe revelar qué porcentaje de la población mexicana carece de anticuerpos contra el coronavirus, cuántos sí los tienen pero no sufrieron síntomas y qué porcentaje es todavía susceptible a contagiarse. Estamos obligados a realizar una encuesta serológica con representatividad nacional, además de la reiterada ejecución masiva –tanto como sea posible– de pruebas PCR. Esta información es clave para la política sanitaria de los

siguientes meses y para descifrar y ubicar territorialmente las medidas nuevas y las que debemos reforzar.

5. *Plan nacional de ocho semanas para controlar la pandemia.* Este propósito puede ser la base para restablecer la coordinación con todos los gobiernos –federal, estatales– con todos los sistemas de salud, públicos y privados, los cuales a partir de los mapas de infección pueden planear las medidas subsecuentes hacia un nuevo periodo extraordinario de seis a ocho semanas para el genuino control de la epidemia (el tiempo promedio que han necesitado otros países en ese objetivo). La instancia llamada a restablecer la coordinación sanitaria nacional es el Consejo de Salubridad General. La salida de esta crisis no es espontánea ni será mágica, es cuestión de acciones coherentes, discutidas y acordadas con toda seriedad y rigor.
6. *Modificar la directriz “Si te sientes mal, quédate en casa”.* Ha sido fuente de muchas confusiones y equívocos, de fallecimientos que pudieron evitarse: casi 80% de las personas que han muerto durante la epidemia carecieron de la atención especializada requerida. El autodiagnóstico, incluso el asistido telefónicamente, no parece ser una vía cierta y segura. En cambio, los casos de gestión más exitosos en el mundo, incluso con sistemas de salud poco robustos, han convocado a los ciudadanos a los centros de salud lo antes posible, desde los primeros síntomas (Vietnam o Argentina).
7. *Mejorar y unificar la atención a los enfermos.* Es fundamental evaluar el desempeño diferenciado de las diversas instituciones del sector salud en la atención de los enfermos para reconocer aprendizajes y enfocar mejor los recursos y esfuerzos en el resto de la pandemia. El seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación sobre datos ciertos y completos debe ser parte consustancial de la gestión de la pandemia. Con la información disponible hasta ahora, el éxito en la atención de pacientes parece diferir de manera sustancial entre instituciones de salud, por lo que existe margen para el aprendizaje mutuo sobre protocolos de atención y el despliegue de planes de colaboración interinstitucional y con el sector privado.
8. *La disciplina social determinará (también) el control de la epidemia.* Hay un factor del cual hablamos demasiado poco: la disciplina social. Es necesario un cambio en la psicología colectiva para convivir con este nuevo riesgo vital. Es de suma importancia desplegar una poderosa campaña de comunicación y formación sanitaria –la más importante que se haya realizado en el país– para extender y naturalizar nuevos hábitos. Especialmente, el uso generalizado y obligatorio de cubrebocas en lugares públicos y cerrados, la higiene frecuente de manos y la distancia física.

Y evitar en la medida de lo posible las tres “C”: lugares **c**errados, **c**ongestionados y encuentros **c**ercanos.

9. *Más allá del sistema de salud: la política y la cooperación gobierno-sociedad.* De modo que la etapa que sigue, no puede concebirse como una labor de epidemiólogos y de laboratorios. En México el control de la pandemia se juega también en el cambio de política y en la disciplina social. La coordinación entre gobiernos y la comunicación masiva adecuada.
10. *Una política económica que haga posible quedarse en casa.* La política económica es indisociable de la política sanitaria y debe alinearse a la misma gran directriz: que sea posible quedarse en casa. El confinamiento propio brinda un servicio público (evita contagiarse, evita contagiar) y ese servicio social debe ser reconocido por el gobierno: nadie debe esconder su enfermedad ni verse en la necesidad de salir desprotegido para obtener el sustento. Tal debe ser el centro de la política de soporte económico en el segundo intento de control de la pandemia. Las propuestas como el Ingreso Vital (instrumentado en Brasil) pueden ordenar una política de ese tipo para los días y semanas necesarias de nuevo confinamiento.
11. *La mejor ciencia y los mejores científicos de México contra la pandemia.* Es necesario integrar un comité compuesto por los mejores y más competentes científicos mexicanos para la evaluación de las decisiones de política contra la pandemia, las pasadas y las que en lo subsecuente vendrán. La pandemia será una experiencia larga y hay que asimilar con base científica y rápidamente los errores propios y ajenos. Es el momento de colocar a los mejores científicos en los puestos clave.
12. *Una vigorosa ley de cuarentena para la coordinación institucional y la disciplina social.* El Poder Legislativo puede y debe intervenir en esta nueva política pública, atendiendo el hecho de que no estamos ante la única ni la última pandemia que enfrentará el mundo y nuestro país. Con base en las lecciones prácticas y básicas que ofrece este momento, es conveniente precisar las obligaciones de las instituciones y de los ciudadanos en circunstancias epidémicas críticas. Pensar en una “Ley general de cuarentena” –como la que existe en Canadá– puede ayudarnos a perfilar los protocolos y las actuaciones de los gobiernos en el futuro, pero también ahora, en el curso de esta epidemia. Introducir la noción de que conductas y hábitos de las personas durante una crisis sanitaria es una cuestión de derechos, pero sobre todo de responsabilidades frente a uno mismo y ante los demás.
13. *Campaña de vacunación extraordinaria contra la influenza estacional.* Las previsiones médicas con certeza que una gran cantidad de países se encaminan a un

escenario de *sindemia*, es decir, una situación en la que se suman dos o más epidemias de enfermedades concurrentes o secuenciales dentro de la misma población, lo que exacerba el contagio y la carga de ambas enfermedades. Por eso, es necesario implementar una campaña de vacunación especial y extraordinaria (2020) para proteger a nuestra sociedad de la influenza estacional, para evitar el estrés del sistema de salud y, en la medida de lo posible, que no se añada a la expansión del SARS-CoV-2.

14. *Preparar la logística de vacunación.* El gobierno mexicano y la iniciativa privada están haciendo diversos preparativos para la obtención masiva de los tratamientos y vacuna. Bien que así sea, pero esto requiere una planeación adicional en el sistema de salud que prepare su resguardo y la distribución justa y eficiente de tratamiento y vacuna entre la población mexicana. El principio de transparencia y máxima publicidad deben acompañar el proceso; especialmente delicados son los criterios de prioridad acerca de quiénes y por qué les serán aplicadas las vacunas.

Debemos entender que estamos ante una emergencia histórica, que se trata de una guerra a largo plazo, no de semanas, sino de meses y, muy probablemente, años. Para gestionarla y para que provoque el menor daño humano posible hay que controlarla y luego preparar a la sociedad para convivir con el virus durante un tiempo prolongado.

En resumen: proponemos desarrollar un nuevo plan, *un segundo intento de control de la pandemia* que tome en cuenta nuestra experiencia –aciertos y fracasos– y las lecciones del mundo. Un segundo intento, coordinado y discutido con todos los gobiernos y comandado por el Consejo de Salubridad General, cuyo principio operativo sea la búsqueda de la mejor y mayor información y la convocatoria sincera a la ciencia y un nuevo tipo de disciplina social.

Seguimos en un pasaje de incertidumbre, dolor y miedo. Lo más probable es que esta circunstancia se prolongue. Son tiempos oscuros, a los que sólo podremos gestionar con la razón.

Índice de gráficas, figuras y cuadros

Gráfica I.1	Casos confirmados de COVID-19 en México (al 12 de agosto de 2020)	18
Gráfica I.2	Casos activos de COVID-19 a escala estatal (del 18 al 31 de julio de 2020)	19
Cuadro II.1	Sesiones del Consejo de Salubridad General durante la pandemia	28
Figura II.1	Acciones del gobierno con respecto a la pandemia (del 30 de enero al 5 de julio de 2020)	30
Gráfica III.1	Índice de adopción de políticas públicas de contención de COVID-19 en América Latina	34
Gráfica III.2	Cambio en la movilidad poblacional en América Latina durante la pandemia (movilidad promedio en los últimos siete días comparada a la habitual pre-COVID, del 26 de febrero al 30 de mayo de 2020)	36
Cuadro III.1	Índice de adopción de políticas públicas de contención de COVID-19 en México (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)	39
Cuadro III.2	Reducción en la movilidad poblacional durante las primeras medidas de confinamiento (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)	41
Gráfica III.3	Índice de adopción de políticas públicas y reducción de movilidad (del 27 de febrero al 29 de mayo de 2020)	42
Cuadro III.3	Desempeño en el índice de adopción de políticas públicas y en la reducción en movilidad poblacional (del 27 de febrero al 29 de mayo)	43
Gráfica V.1	Número de pruebas para detección de COVID-19 realizadas por cada millón de habitantes en los países más afectados del mundo (al 1 de julio de 2020)	82
Gráfica V.2	Número de pruebas para detección de COVID-19 en México por cada 100 000 habitantes, por entidad federativa (al 13 de agosto de 2020)	83
Gráfica V.3	Comparación entre el número de pruebas recomendadas por la OMS y las efectuadas en México en seis meses de pandemia	84
Gráfica V.4	Desigualdad en la pandemia: marginación municipal e incidencia de pruebas por mil habitantes (al 28 de agosto de 2020)	85
Gráfica VI.1	Decesos de personal médico en 12 países (al 2 de septiembre de 2020)	91
Figura VI.1	Sin plan: principales fallas de la reconversión hospitalaria en México (coordinación, organización y recursos)	92
Cuadro VI.1	Algunas muestras de inconformidad del personal médico en México por falta de recursos para la atención de la pandemia	93
Figura VII.1	Cómo utilizar un cubrebocas higiénico de tela de forma segura	100
Figura VII.2	Los cubrebocas reducen la transmisión aérea del virus	103
Figura VII.3	Rechazo al uso de cubrebocas en la página oficial del Gobierno de México	105
Figura VIII.1	Deterioro social y económico de México durante la pandemia	108
Figura IX.1	Fallecimientos por COVID-19 registrados antes, durante y después de la Jornada Nacional de Sana Distancia	113

Fuentes consultadas

- AAAS. Prather, K., Wang, C. et al *Reducing transmission of SARS-CoV-2*. <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/06/02/science.abc6197.1>.
- Adhanom Ghebreyesus, Tedros, Palabras de apertura del Director General de la oms en la conferencia de prensa sobre COVID-19 - 16 de marzo de 2020, OMS, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>.
- Aguilar Camín, Héctor, *8 mil muertos más*, Milenio, 27 de mayo de 2020. <https://www.milenio.com/opinion/hector-aguilar-camin/dia-con-dia/8-mil-muertos-mas>
- Aguilar Camín, Héctor, *Invisibles muertos registrados*, Milenio, 05 de junio de 2020., <https://www.milenio.com/opinion/hector-aguilar-camin/dia-con-dia/invisibles-muertos-registrados>
- Aguilar Camín, Héctor, *La otra cuenta de defunciones*, Milenio, 28 de julio de 2020, <https://www.milenio.com/opinion/hector-aguilar-camin/dia-con-dia/la-otra-cuenta-de-defunciones>
- Aguilar Camín, Héctor, *La pandemia para ciudadanos con oídos*, Milenio, 26 de junio de 2020, <https://www.milenio.com/opinion/hector-aguilar-camin/dia-con-dia/la-pandemia-para-ciudadanos-con-oidos>
- Aguilar Camín, Héctor, *Números oficiales del covid: dudas fundadas*, Milenio, 22 de abril de 2020, <https://www.milenio.com/opinion/hector-aguilar-camin/dia-con-dia/numeros-oficiales-del-covid-dudas-fundadas>
- Allen, D., Block, S. et al. *Roadmap to Pandemic Resilience*. https://ethics.harvard.edu/files/center-for-ethics/files/roadmaptopandemicresilience_updated_4.20.20_1.pdf.
- Anadolu Agency. *Asia Pacific health workers hit hard by COVID-19*. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/asia-pacific-health-workers-hit-hard-by-covid-19/1873247>
- Anadolu Agency. *Japan: Consortium working on 'inexpensive' virus test*. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/japan-consortium-working-on-inexpensive-virus-test/1885617>
- Animal Político, *¿Por qué no se hacen más pruebas para detectar COVID-19? Esto dice Salud*, Animal Político, 16 de marzo 2020, <https://www.animalpolitico.com/elsabueso/pruebas-covid-19-coronavirus-mexico-salud/>.

- Animal Político, Roldán, Nayeli y Vega, Andrea, No nos dan equipo, lo compramos o lo hacemos nosotras: enfermeras ante riesgo por COVID-19, 6 de abril de 2020, <https://www.animalpolitico.com/2020/04/enfermeras-equipo-compra-carencia-covid-19/>.
- BBC Coronavirus en Vietnam: cómo logró el país no registrar muertos pese a compartir 1.400 km de frontera con China. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52402064>
- BBC Coronavirus: Nearly 900 hospital staff may have got virus at work. <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-52984819>.
- BBC Coronavirus: South Korea confirms second wave of infections. <https://www.bbc.com/news/world-asia-53135626>.
- BBC Coronavirus: UK quarantine plans and \$1,000 penalties confirmed. <https://www.bbc.com/news/uk-52907229>.
- BBC News. India coronavirus: Why is India reopening amid a spike in cases? <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-52808113>.
- BBC. (15 de mayo de 2020). Coronavirus: How 'overreaction' made Vietnam a virus success. <https://www.bbc.com/news/world-asia-52628283>
- Becerra, Lorena, Abrirán municipios sin realizar pruebas, Reforma, 16 de mayo de 2020, <https://www.reforma.com/abriran-municipios-sin-realizarpruebas/gr/ar1944088?md5=2133813306ca6fd9a0319155dd64c2f9&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&lcmd5=5d77e1be0f9a7b318659bb8deb289ba7>.
- Bloomberg Businessweek. Virus Testing Blitz Appears to Keep Korea Death Rate Low: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-04/south-korea-tests-hundreds-of-thousands-to-fight-virus-outbreak>.
- Bloomberg. Covid-19 Is Killing Nurses in Brazil More than anywhere else. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-21/covid-19-is-killing-nurses-in-brazil-more-than-anywhere-else>.
- British Council. (junio 2020). 'There was no confusion' – lessons from Vietnam on COVID-19. <https://www.britishcouncil.org/research-policy-insight/insight-articles/lessons-vietnam-covid-19>
- Brooks JT, Butler JC, Redfield RR. Universal Masking to Prevent SARS-CoV-2 Transmission—The Time Is Now. JAMA. Published online July 14, 2020. doi:10.1001/jama.2020.13107: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768532>
- Business Insider. Germany is conducting Europe's first nationwide COVID-19 antibody testing. <https://www.businessinsider.com/germany-covid-19-antibody-testing-nationwide-2020-4?r=MX&IR=T>.
- Business Insider. India. As many as 548 cases of medical staff infected by coronavirus in India. <https://www.businessinsider.in/india/news/covid-19-infects-548-docs-nurses-paramedics-across-india/articleshow/75573659.cms>.
- Castañeda, Jorge A. y Garrido, Sebastián, ¿Cómo entender los datos de defunciones por COVID-19 en México?, Nexos, Mayo, 2017. <https://datos.nexos.com.mx/?p=1351>,
- Castañeda, Jorge A., Plan de estímulos económicos, Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México, 23 de marzo de 2020.

- CBC. *A healthcare worker got COVID-19 and survived then lost her partner of 40 years to the illness.* <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/a-healthcare-worker-got-covid-19-and-survived-then-lost-her-partner-of-40-years-to-the-illness-1.5602216>.
- CBC. *Canada is reopening without knowing where Canadians are getting COVID-19.* <https://www.cbc.ca/news/health/cases-high-testing-low-as-canada-reopens-1.5578973>.
- CBC. *Nurses, labworkers, physicians among “alarming” number of health-care workers with COVID-19.* <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/health-care-workers-covid-19-alarming-rate-1.5568711>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Cases in the U.S.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (28 de junio de 2020). *Important Information about your cloth face coverings.* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/fs-Important-information-cloth-face-covering.pdf>.
- Cheng, K.; Lam, T. Leung, C. (16 de abril de 2020). *Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity.* *The Lancet*. Disponible en línea en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30918-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30918-1/fulltext).
- Chu, D; Akl, E; Duda, S. et al. (01 de junio de 2020). *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.* *The Lancet*. Disponible en línea en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>.
- CNBC. *No-lockdown Sweden balks at the possibility it could be excluded as Nordics reopen borders.* <https://www.cnn.com/2020/05/27/swedens-no-lockdown-could-mean-its-excluded-from-nordics-reopening.html>.
- CNN. *How Vietnam managed to keep its coronavirus death toll at zero.* <https://edition.cnn.com/2020/05/29/asia/coronavirus-vietnam-intl-hnk/index.html>
- CNN. *Peru seemed to do everything right. So how did it become a COVID-19 hotspot?* <https://edition.cnn.com/2020/05/25/americas/peru-covid-hotspot-why-intl/index.html>.
- Cossío Díaz, José Ramón, *El caldo y las albóndigas*, 4 de abril 2020, El Universal, <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/jose-ramon-cossio-diaz/el-caldo-y-las-albondigas>
- Cossío Díaz, José Ramón, *La reapertura de la economía*, 2 de junio de 2020, El Universal, <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/jose-ramon-cossio-diaz/la-reapertura-de-la-economia>
- COVID-19 India: <https://www.mohfw.gov.in/>
- Dashboard de COVID-19 Oficial: https://coronavirus.data.gov.uk/?_ga=2.236644162.2143481420.1589504265-1358694789.1587440977.
- Datos oficiales COVID-19. <https://experience.arcgis.com/experience/09f821667ce64bf7be6f9f87457ed9aa>.
- Diario Oficial de la Federación, 06/04/2020, ACUERDO por el que se establecen los Lineamientos técnicos relacionados con las actividades descritas en los incisos c) y e)

- de la fracción II del Artículo Primero del Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591234&fecha=06/04/2020
- Diario Oficial de la Federación, 14/05/2020: ACUERDO por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020.
- Diario Oficial de la Federación, 16/03/2020. ACUERDO por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020.
- Diario Oficial de la Federación, 21/04/2020, ACUERDO por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592067&fecha=21/04/2020
- Diario Oficial de la Federación, 23/03/2020, ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2a (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020.
- Diario Oficial de la Federación, 30/03/2020. ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/acuerdo-covid19-csg.pdf
- Diario Oficial de la Federación, 31/03/2020, ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020
- Dinero. *Los enormes retos que tiene Perú para reabrir su economía*, <https://www.dinero.com/edicion-impresa/mundo/articulo/los-enormes-retos-que-tiene-peru-para-reabrir-su-economia/286537>.
- El Economista. *Estado colombiano podrá inyectar capital a empresas en crisis por el COVID-19*, <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/Estado-colombiano-podra-inyectar-capital-a-empresas-en-crisis-por-el-Covid-19-20200607-0045.html>.
- El Financiero, *AMLO se hará prueba de COVID-19 solo si presenta síntomas: López-Gatell*, , 28 de marzo de 2020, <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/amlo-no-se-hara-prueba-para-detectar-si-tiene-nuevo-coronavirus-lopez-gatell>.

- El Financiero, *Uso de cubrebocas reduciría hasta 40% la propagación de COVID-19: estudio*, 12 de junio de 2020, Disponible en línea en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/uso-de-cubrebocas-reduciria-hasta-40-la-propagacion-de-covid-19-estudio>
- El Herald de México, *México no hará pruebas masivas de Covid-19: Hugo López-Gatell*, *El Herald de México*, 27 de marzo de 2020. <https://heraldodemexico.com.mx/pais/coronavirus-mexico-pruebas-masivas-covid-19-hugo-lopez-gatell-donde-hacerse-hospitales-laboratorio/>.
- El País, *Alemania lanza una aplicación de móvil voluntaria para romper las cadenas de contagios*, https://elpais.com/sociedad/2020-06-16/alemania-lanza-una-aplicacion-de-movil-voluntaria-para-romper-las-cadenas-de-contagios.html?ssm=TW_CM.
- El País, *La crisis del coronavirus, Casos confirmados de coronavirus en España y en el mundo*, 3 de septiembre de 2020, https://elpais.com/sociedad/2020/04/09/actualidad/1586437657_937910.html.
- El País, *Suecia admite fallos en su estrategia contra la pandemia*, https://elpais.com/sociedad/2020-06-03/suecia-admite-fallos-en-su-estrategia-contrala-pandemia.html?utm_source=Twitter&ssm=TW_CM#Echobox=1591299836.
- El Universal, *Así fue "el día sin IVA" en Colombia para incentivar la economía tras el COVID-19, 19 de junio de 2020*, <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/coronavirus-asi-fue-el-dia-sin-iva-en-colombia-para-incentivar-la-economia-tras-el-covid-19>.
- El Universal, *Perú adelanta a Alemania y ya es el noveno país con más casos de COVID-19*, <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/coronavirus-peru-ya-es-el-noveno-pais-con-mas-casos-de-covid-19>.
- Erdely, Arturo, *Algunas dudas sobre la aritmética de la secretaría de Salud*, 20 de abril de 2020, <https://www.nexos.com.mx/?p=47756>.
- Esquivel, Gerardo, *Pandemia, confinamiento y crisis: ¿Qué hacer para reducir los costos económicos y sociales?*, *Nexos*, Abril, 2020, <https://www.nexos.com.mx/?p=47731>
- Excelsior, *Suecia asegura que la OMS 'malinterpreta' sus datos de Covi*, <https://www.excelsior.com.mx/global/suecia-asegura-que-la-oms-malinterpreta-sus-datos-de-covid/1390497>.
- Expansión Política, *Amnistía ubica a México como el quinto país con más muertes de personal de salud*. Disponible en línea en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/07/14/amnistia-ubica-a-mexico-como-el-quinto-pais-con-mas-muertes-de-personal-de-salud>
- Expansión Política, *López-Gatell impide el ingreso de pruebas rápidas de COVID-19, acusa Alfaro*, *Expansión Política*, 6 de abril de 2020, <https://politica.expansion.mx/estados/2020/04/06/lopez-gatell-impide-el-ingreso-de-pruebas-rapidas-de-covid-19-acusa-alfaro>.
- Financial Times, *A warning from South Korea: the 'fantasy' of returning to normal life*, <https://www.ft.com/content/d68d6292-0486-4bfc-bf5c-54ce850a3f7a>.
- Financial Times, *China says coronaviruses behind Beijing outbreak 'came from Europe'*, <https://www.ft.com/content/378b69b9-a8dd-4d7f-bd35-637a4a055424>.
- Financial Times, *Coronavirus: Sweden starts to debate its public health experiment*, <https://>

- www.ft.com/content/7ecd5ded-9b90-4052-b849-0e153f701e1f.
- Financial Times, *How Germany got coronavirus right*, <https://www.ft.com/content/cc1f650a-91c0-4e1f-b990-ee8ceb5339ea>.
- Flores, Efrén, *El presupuesto para vigilancia epidemiológica en México se redujo 71.2% en la última década*, Sin Embargo, 27 de abril 2020, <https://julioastillero.com/video-el-presupuesto-para-vigilancia-epidemiologica-en-mexico-se-redujo-71-2-en-la-ultima-decada/>.
- Fondo Monetario Internacional. Policy Responses to COVID-19. <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#top>.
- Forbes. Nursing Homes Account For Over 40% of U.S. Coronavirus Deaths. <https://www.forbes.com/sites/jemimamcevoy/2020/06/16/nursing-homes-account-for-over-40-of-us-coronavirus-deaths/#5b025779300b>.
- Foreign Policy. Japan's Halfhearted Coronavirus Measures are working anyway. https://foreignpolicy.com/2020/05/14/japan-coronavirus-pandemic-lockdown-testing/?_ga=2.218249689.15333580.1589580822-764842568.1589580822.
- France24. Brasil se convierte en el segundo país con más víctimas mortales en el mundo. <https://www.france24.com/es/20200612-coronavirus-covid19-brasil-ni%C3%B1os-pandemia>.
- Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, *Lecciones de la pandemia*, Nexos, Mayo 2020, <https://www.nexos.com.mx/?p=47867>
- Galván, Melissa, *Personal médico del IMSS protesta por falta de insumos ante el COVID-19*, Expansión política, 24 de marzo de 2020, <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/03/24/personal-medico-del-imss-protesta-por-falta-de-insumos-ante-el-covid-19>.
- Garrido, Sebastián, Taller de datos, Nexos, <https://twitter.com/segasi/status/1296787006878490625>
- Garrido, Sebastián, *Tres sugerencias para abonar a la certeza del mensaje y las cifras oficiales en torno al Covid-19 en México*, Nexos, Abril 2020, <https://datos.nexos.com.mx/?p=1284>
- GlobalHealthSecurity <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>.
- Gobierno de Canadá. Guidance for a strategic approach to lifting restrictive public health measures. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/lifting-public-health-measures.html>.
- Gobierno de Colombia. Página oficial sobre Covid-19: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>.
- Gobierno de España. Página oficial de COVID-19: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>.
- Gobierno de España. Pruebas Diagnósticas. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID-19_pruebas_diagnosticas_28_05_2020.pdf.
- Gobierno de México, sitio COVID-19: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>.

- Horton, Richard, *The Covid-19 Catastrophe: "What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again*, Cambridge, Reino Unido y Medford, MA, Polity, 2020.
- Howard, J. Huang, A., Zhiyuan, L et al. (12 de mayo de 2020). Face Masks Against COVID-19: An Evidence Review. Preprints. Disponible en línea en: <https://www.preprints.org/manuscript/202004.0203/v1>.
- <http://observcovid.miami.edu/?lang=es>.
- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/strengthening-and-adjusting-public-health-measures-throughout-the-covid-19-transition-phases.-policy-considerations-for-the-who-european-region,-24-april-2020>.
- <https://science.sciencemag.org/content/sci/368/6498/1422.full.pdf>
- <https://wellcomeopenresearch.org/articles/5-83>.
- <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/encuestas-sobre-las-expectativas-de-los-especialis/%7B6AA0E79F-78BD-5AA3-7ADA-137C44BC2E84%7D.pdf>
- <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/encuestas-sobre-las-expectativas-de-los-especialis/%7B5FC0C3C3-17D3-9A82-F051-F0056848991E%7D.pdf>.
- <https://www.cepal.org/es/videos/lanzamiento-informe-covid-19-no4-sectores-empresas-frente-al-covid-19-emergencia-reactivacion>.
- https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Politica_Social_COVID-19.pdf.
- <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/gobierno-federal-oculta-muertes-encdmx-por-covid-19-the-new-york-times-5203019.html>
- https://www.facebook.com/watch/live/?v=260845775260774&ref=watch_permalink.
- <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov>.
- <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es>.
- <https://www.google.com/covid19/mobility>.
- https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/enoe_ie/ETOE2020_08.pdf
- <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/12/oms-alerto-que-la-situacion-en-mexico-por-covid-19-es-desafiante/>
- <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/>.
- India. Government and institution measures in response to COVID-19: <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/india-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>.
- Infobae, *Brasil acapara 40% de muertes mundiales de enfermeros por covid-19*. <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/05/22/brasil-acapara-40-de-muertes-mundiales-de-enfermeros-por-covid-19/>.
- Infobae, *Colombia superó por primera vez el centenar de muertes diarias por COVID-19*, <https://www.infobae.com/america/colombia/2020/06/22/colombia-supero-por-primera-vez-el-centenar-de-muertes-diarias-por-covid-19/>.

- Japan COVID-19 Coronavirus Tracker: <https://covid19japan.com/>.
- Japan Government and institution measures in response to COVID-19: <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/japan-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>.
- Johns Hopkins University & Medicine. U.S. Map. COVID-19 United States Cases by County. <https://coronavirus.jhu.edu/us-map>.
- Johns Hopkins, University & Medicine. Mortality Analyses. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.
- La Jornada. *Brasil firma acuerdo con AstraZeneca para producir vacuna COVID-19*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/06/27/brasil-firma-acuerdo-con-astrazeneca-para-producir-vacuna-covid-19-1215.html>.
- La nueva normalidad. *Estrategia de reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas del Gobierno de México*. Plan de apertura COVID-19. Consejo de Salubridad General. México es el país de la OCDE que realiza menos pruebas para detectar COVID-19: <https://www.animalpolitico.com/2020/04/mexico-pruebas-covid-ocde/>.
- La Vanguardia, *Vietnam sigue cero muertes por Covid-19 al recuperarse paciente más grave, 24 de junio de 2020*, <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200624/481937571999/vietnam-cero-muertes-coronavirus-caso-milagroso.html>
- La Vanguardia. *Un juez obliga a Bolsonaro a ponerse la mascarilla*. <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200623/481932506203/juez-bolsonaro-ponerse-mascarilla.html>.
- López-Gatell Ramírez, Hugo, cuenta de Twitter: <https://twitter.com/HLGatell>.
- MacIntyre, C. R. & Chughtai, A. A. (30 de abril de 2020). A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. US National Library of Medicine National Institute of Health. Disponible en línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191274/>.
- Martínez, Martha, *Omiten pruebas en 25 estados*, 29 de abril de 2020, <https://www.reforma.com/omiten-pruebas-en-25-estados/gr/ar1930733?md5=66d8acf26901db7d-d152b5f526bb31e0&ta=0dfdbac11765226904c16cb9ad1b2efe&lcmd5=6b-4d7a0b65af0fd78c3f4f1fc4154b4d>.
- Medium. Sweden is a Delusional Failure. <https://medium.com/@indica/sweden-is-a-delusional-failure-7e5ab44cfccf>.
- Mexicanos Unidos contra la Corrupción y la Impunidad. (2020). En México el personal de salud muere seis veces más que en China por COVID-19. <https://contralacorrupcion.mx/contagios-medicos-covid-19/>.
- México es el país de la OCDE que realiza menos pruebas para detectar COVID-19: <https://www.animalpolitico.com/2020/04/mexico-pruebas-covid-ocde/>.
- Milenio, *Prueba de Covid-19, abierta a privados que cumplan estándares: López-Gatell*, 19 de marzo de 2020, <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-prueba-abierta-privados-lopez-gatell>.
- Milenio. *Con esta app, Alemania quiere terminar con los contagios de coronavirus*. [138](https://www.mile-</p></div><div data-bbox=)

- nio.com/negocios/alemania-lanza-corona-warn-app-para-combatir-el-coronavirus. Milenio. *En Perú, personal de salud protesta para pedir mejores condiciones ante covid-19.* <https://www.milenio.com/internacional/peru-medicos-enfermeras-piden-mejores-condiciones-covid-19>.
- Ministerio de Salud de Colombia. PRASS, una estrategia en la nueva fase del COVID-19 en el país. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PRASS-una-estrategia-en-la-nueva-fase-del-covid-19-en-el-pais.aspx>
- Ministerio de Salud de Vietnam. Sitio de Situación de Enfermedades de Fuerza de Emergencia de COVID-19. <https://ncov.moh.gov.vn/web/guest/trang-chu>
- Moyo, Dambisa, *The Post-Pandemic Economy's Barriers to Growth*, Project Syndicate, 28 de agosto de 2020. <https://www.project-syndicate.org/onpoint/post-pandemic-economy-five-barriers-to-growth-by-dambisa-moyo-2020-08?barrier=accesspaylog>
- National Post. What Canada must learn from its flawed COVID-19 response to get ready for a second wave. <https://nationalpost.com/news/canada/covid-19-lessons-from-a-pandemic>.
- Nayeli Roldán y Francisco Sandoval, *México inició la compra de insumos para coronavirus 24 días después del primer caso; ha gastado 2,309 mdp*, Animal Político, 9 de abril de 2020, <https://www.animalpolitico.com/2020/04/covid-19-24-dias-despues-primer-caso-iniciaron-compras-insumos/>.
- NBC. How China blocked WHO and Chinese scientists early in coronavirus outbreak. <https://www.nbcnews.com/health/health-news/how-china-blocked-who-chinese-scientists-early-coronavirus-outbreak-n1222246>.
- No hemos logrado proteger a los más vulnerables, los más viejos, a pesar de nuestras mejores intenciones. (Primer Ministro Sueco Stefan Löfven) BBC. Coronavirus: What's going wrong in Sweden's care homes? <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836>.
- Organización Mundial de la Salud. (05 de junio de 2020). Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Disponible en línea en: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-l62d7lr66u&title=Testing-for-COVID-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions.
- Our World in Data. Are countries testing enough to monitor their outbreak? <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>.
- Our World in Data. Daily Covid-19 tests per thousand people. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>.
- Our World in Data. Emerging COVID-19 success story: Vietnam's commitment to containment. <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam>

- Our World in Data. How many tests are performed each day. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>.
- Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-04-20.&country=~MEX>.
- Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-04-20.&country=~BRA>.
- Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=IND~India%2C%20people%20tested>.
- Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~Japan%2C%20tests%20performed>.
- Our World in Data. Total Covid-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~KOR>.
- Our World in Data. Total COVID-19 Tests. <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19?time=2020-05-10.&country=~SWE>.
- Our World in Data: Case fatality rate vs. Total confirmed COVID-19 deaths
- Our World in Data: <https://ourworldindata.org/grapher/deaths-covid-19-vs-case-fatality-rate?country=GBR>.
- Oxford, Nick, *The New York Times*, *Why the virus is winning*, *The New York times*, *Junio*, 2020, https://messaging-custom-newsletters.nytimes.com/template/oakv2?campaign_id=9&emc=edit_nn_20200624&instance_id=19663&nl=-the-morning&productCode=NN®i_id=66254926&segment_id=31720&te=1&uri=nyt://newsletter/6a7b5e2d-7063-4e88-acb5-19951b9ae8ab&user_id=ebe00a075b2f18dd5f4fadb7669d29e4
- Panel Coronavírus Brasil, sitio oficial: <https://covid.saude.gov.br/>.
- Pei, S., Kandula, S. et al. Differential Effects of Intervention Timing on COVID-19 Spread in the United States. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.15.20103655v2>.
- Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext).
- Plan para la transición hacia una nueva normalidad: Guía de la Fase 1 (9 de mayo 2020): https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Documents/09052020_Plan_Transicion_Guia_Fase_1.pdf.
- Proceso. *Italia, España, Reino Unido y Bélgica, los peor evaluados en su respuesta al covid-19*. <https://www.proceso.com.mx/634686/coronavirus-en-el-mundo-italia-espana-reino-unido-y-belgica-los-peor-evaluados-en-su-respuesta-al-covid-19>
- Provencio, Enrique, *El Presupuesto de Egresos de la Federación en 2020: análisis de mediano y largo plazo*. Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México. Ponencia presentada en la Cámara de Diputados, Septiembre de 2019.
- Quintana, Enrique, *¿2.5 millones de contagiados?*, *El Financiero*, 24 de junio de 2020. <https://>

- www.elfinanciero.com.mx/opinion/enrique-quintana/2-5-millones-de-contagiados
 Quintana, Enrique, *¿Ya aplanamos la curva?*, El Financiero, 20 de mayo de 2020. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/enrique-quintana/ya-aplanamos-la-curva>
- Quintana, Enrique, *Sin más pruebas, saldremos a ciegas*, El Financiero, 06 de mayo de 2020. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/enrique-quintana/sin-mas-pruebas-saldremos-a-ciegas>
- Quintana, Enrique, *Suspendimos tarde*, El Financiero, 26 de marzo de 2020. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/enrique-quintana/suspendimos-tarde>
- Quintana, Enrique, *Un salto al vacío*, El Financiero, 15 de junio de 2020. <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/enrique-quintana/un-salto-al-vacio>
- Reuters. (2020). *COVID-19 death toll among nurses doubled in past month, says nurses group*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-nurses/covid-19-death-toll-among-nurses-doubled-in-past-month-says-nurses-group-idUSKBN23A1KY>
- RTVE. Los profesionales sanitarios contagiados de COVID-19 superan los 51,000. <https://www.rtve.es/noticias/20200605/profesionales-sanitarios-contagiados-covid-19-superan-50000/2014047.shtml>
- Sala Situacional. COVID-19 Perú. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Salas, Javier y Mariano Zafra. El País, 8 de junio de 2020. <https://elpais.com/ciencia/2020-06-06/radiografia-de-tres-brotes-asi-se-contagiaron-y-asi-podemos-evitarlo.html>
- Sampedro, Javier, *Boris y la ciencia*, El País, 14 de abril de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-04-13/boris-y-la-ciencia.html>
- Sampedro, Javier, *Ciencia autocrítica*, El País, 23 de abril de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-04-23/ciencia-autocritica.html>
- Sampedro, Javier, *El confinamiento funciona*, El País, 5 de abril de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-04-05/el-confinamiento-funciona.html>
- Sampedro, Javier, *Nodos supercontagiosos*, El País, 21 de mayo de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-05-21/nodos-supercontagiosos.html>
- Sampedro, Javier, *Si estas sano, póntela*, El País, 30 de junio de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-05-31/si-estas-sano-pontela.html>
- Sampedro, Javier, *Un virus viejo y sabio*, El País, 7 de mayo de 2020, <https://elpais.com/ciencia/2020-05-07/un-virus-viejo-y-sabio.html>
- Sampedro, Javier, *Vietnam como inspiración*, El País, 15 de julio de 2020, <https://elpais.com/opinion/2020-07-15/vietnam-como-inspiracion.html>
- Sánchez Talanquer, Mariano, *Inequality in the Pandemic. How place of residence shapes access to COVID-19 tests and healthcare in Mexico*, 2020, Working paper.
- Sánchez Talanquer, Mariano, *Inequality in the Pandemic: Evidence from Mexican municipalities*. Working paper.
- Sánchez Talanquer, Mariano, *La letalidad hospitalaria por covid-19 en México: desigualdades institucionales*, <https://datos.nexos.com.mx/?p=1625>
- Sánchez Talanquer, Mariano; Knaul, Marie Felicia, Frenk, Julio, Chertorivski, Salomón y

- Arreola-Ornelas, Héctor. *Errada y errática: la respuesta gubernamental a la pandemia*, Nexos, Agosto, 2020, <https://www.nexos.com.mx/?p=49536>
- Secretaría de Salud de México. (21 de julio de 2020). Preguntas Frecuentes. Disponible en línea en: <https://coronavirus.gob.mx/preguntas-frecuentes/>
- Secretaría de Salud del Gobierno de México. <https://twitter.com/Reforma/status/1275586687469486081/photo/1>.
- Secretaria de Salud. Conferencias vespertinas del 28 de febrero al 31 de agosto de 2020. Secretaria de Salud. <https://coronavirus.gob.mx/>.
- Semana. Personal de salud en Colombia complete casi mil contagios de coronavirus. <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-en-colombia-personal-de-salud-completa-casi-mil-contagios/674173>.
- Sitio Oficial para Coronavirus de Canadá. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection.html?topic=tilelink>.
- Statista. Cumulative number of people underwent PCR tests for coronavirus in Japan. <https://www.statista.com/statistics/1100135/japan-number-of-conducted-coronavirus-examinations-by-type-of-patients/>.
- The Conversation. (24 de mayo de 2020). Vietnam's prudent, low-cost approach to combating Covid-19. <https://theconversation.com/vietnams-prudent-low-cost-approach-to-combating-covid-19-136332>
- TheConversation. Coronavirus: five reasons why the UK death toll is so high. <https://theconversation.com/coronavirus-five-reasons-why-the-uk-death-toll-is-so-high-140005>.
- The Conversation. How Chinese citizens view their government's coronavirus response. <https://theconversation.com/how-chinese-citizens-view-their-governments-coronavirus-response-139176>.
- The Globe and Mail. Canada's COVID-19 report card: As we inch toward reopening, some provinces are farting better than others. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canadas-covid-19-report-card-as-we-inch-toward-reopening-some/>.
- The Guardian. *Beijing coronavirus outbreak: travel restricted to tackle 'extremely severe' situation*. <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/16/beijing-coronavirus-outbreak-travel-restricted-china-severe-measures>.
- The New England Journal of Medicine. Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2005696>.
- The New York Times. *China Hails Its Virus Triumphs, and Glosses Over its Mistakes*. <https://www.nytimes.com/2020/06/07/world/asia/china-coronavirus.html>.
- The New York Times. *Flare-up in virus cases sets back Germany's efforts to reopen*. <https://www.nytimes.com/2020/06/25/world/europe/germany-coronavirus-reopening.html>.
- The New York Times. *Germany is reopening. And learning a tough lesson*. <https://www.nytimes.com/2020/05/18/opinion/germany-coronavirus-reopening.html>.
- The New York Times. *One-Third of all U.S. Coronavirus Deaths Are Nursing Home Residents of Workers*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/05/09/us/coronavirus-cases-nursing-homes-us.html>.

- The New York Times. *See how all 50 states are reopening*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/states-reopen-map-coronavirus.html>.
- The New York Times. *Virus Exposes Weak Links in Peru's Success Story*. <https://www.nytimes.com/2020/06/12/world/americas/coronavirus-peru-inequality-corruption.html>
- The Socialist Republic of Vietnam. Online Newspaper of the Government. <http://news.chinhphu.vn/Home/Viet-Nam-has-conducted-275000-COVID19-tests-health-official-says/20205/40083.vgp>
- Trejo Delarbre, Raúl, (06 de junio de 2020). *Pedagogía del cubrebocas*. La Crónica. Disponible en línea en: https://www.cronica.com.mx/notas-pedagogia_del_cubrebocas-1158085-2020
- Vega, Andrea y Roldán, Nayeli, *Al ABC no le quitaron el permiso para pruebas de COVID-19; privados reclaman a Salud falta de certeza*, Animal Político, 14 de mayo de 2020. <https://www.animalpolitico.com/2020/05/abc-permiso-pruebas-covid-19-salud/>.
- Vu, K, Nguyen, P. & Pearson J. (29 de abril de 2020). *After aggressive mass testing, Vietnam says it contains coronavirus outbreak*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-vietnam-fight-insi/after-aggressive-mass-testing-vietnam-says-it-contains-coronavirus-outbreak-idUSKBN22B34H>
- White House. Remarks by President Trump after tour of the Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/remarks-president-trump-tour-centers-disease-control-prevention-atlanta-ga/>.
- who Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int/>.
- Wilkinson-Ryan, Tess, *Our Minds Aren't Equipped for This Kind of Reopening*, *The Atlantic*, 6 de julio de 2020. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/07/reopening-psychological-morass/613858/>
- World Economic Forum. (29 de mayo de 2020). Here are 4 ways Viet Nam has managed to control COVID-19. <https://www.weforum.org/agenda/2020/05/vietnam-control-covid-19/>
- Worldometers: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Zhang, R.; Li, Y.; Zhang, A.; Wang, Y. Y Molina, M. (16 de mayo de 2020). Identificando la transmisión aérea como la ruta dominante para la propagación de COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. Disponible en línea en: <http://centromariomolina.org/identificando-la-transmision-por-aire-como-la-principal-fuente-de-contagio-para-covid-19/>.

Hasta el mes de agosto de 2020, la pandemia del nuevo coronavirus ha cobrado la vida de más de 60 000 personas en México, de acuerdo con cifras oficiales –quizá el doble o el triple en la realidad– y ha infectado a 650 000 –seguramente muchísimos más– en una razón exponencial, incierta y dolorosa. Lo peor es que a más de 150 días de que comenzó a causar estragos, la epidemia no ha sido controlada y el escenario más probable es su prolongación entrado el año 2021.

Por eso la necesidad de este documento: intentar un análisis de conjunto de las políticas que se han instrumentado contra la pandemia en nuestro país. Una primera visión abarcadora, meticulosamente documentada, que incluya propuestas de cambios urgentes y precisos para contener el daño y la muerte por COVID-19 a partir de nuestro aprendizaje y de las lecciones que nos llegan del mundo.

Muchos otros países también han elaborado sendos informes para corregir la política nacional contra la pandemia. Éste es el primer esfuerzo que se presenta desde México para suscitar un diálogo sincero y un cambio sobre un asunto que está definiendo miles de vidas o de muertes y en los que ahora mismo se debate la nación.