https://revistas.uh.cu/revflacso

Gobernar la pandemia desde el municipio: realidades y desafíos mexiquenses ante el COVID-19

Governing the Pandemic from the Municipality: Mexican Realities and Challenges in the Face of COVID-19

Marco Aurelio Cienfuegos Terrón
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Universidad Autónoma del Estado de México
México
mact@uaemex.mx

Fecha de enviado: 07/05/2023
Fecha de aprobado: 05/02/2024

RESUMEN: La pesquisa enlista y discute las medidas de combate implementadas por los gobiernos para hacer frente al COVID-19. Igualmente, se relatan los procesos de planeación factual y prospectiva efectuados como respuesta a cómo gobernar la pandemia. El Estado de México fue retomado como universo de estudio, perspectiva que posibilitó analizar las acciones sociopolíticas y sanitarias que desplegaron las administraciones municipales con intención de reducir y/o controlar tanto el número de contagios como el de defunciones. El estudio tomó en consideración los efectos colaterales de la pandemia, asimismo, afectaciones en procesos de interacción social, repercusiones de sistema gubernamental, así como asuntos de carácter público. Finalmente, dar cuenta que los alcances y desafíos sociopolíticos que enfrentó México, el Estado de México y sus municipios, hizo frente a futuros caleidoscópicos que cambiaban de dirección conforme se lograba descifrar el comportamiento de un virus que dio pauta a lo que se denominó “nueva normalidad”.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; pandemia; administración municipal; estrategias gubernamentales; Estado de México.

ABSTRACT: The research lists and discusses the combat measures implemented by governments to confront COVID-19. Likewise, the factual and prospective planning processes carried out in response to how to govern the pandemic are reported. The State of Mexico was taken up as the study universe, a perspective that made it possible to analyze the sociopolitical and health actions deployed by municipal administrations with the intention of reducing and/or controlling both the number of infections and deaths. The study took into consideration the collateral effects of the pandemic, as well as impacts on social interaction processes, repercussions of the government system, as well as public issues. Finally, realize that the scope and sociopolitical challenges that Mexico, the State of Mexico and its municipalities faced, faced kaleidoscopic futures that changed direction as the behavior of a virus was managed to be deciphered that gave rise to what was called “new normal".

KEYWORDS: COVID-19; pandemic; municipal administration; government strategies; State of Mexico.

La aparición del virus SARS-COV-2 implicó retos y limitaciones que el ser humano tuvo que afrontar desde la incertidumbre y la desinformación de lo que la pandemia podría generar a nivel global. Ante este panorama, hablar de COVID-19 se ha convertido en una tarea obligada para el área de la salud y las ciencias médicas, así como para las sociales y humanísticas, esto, derivado del impacto y los cambios que trajo consigo a las diferentes disciplinas para su estudio y proceder.

A tres años de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara al coronavirus como pandemia (11 de marzo de 2021), el número de contagios a nivel global asciende a 666,021,978; 1% de los cuales son decesos. Por otro lado, México en cifras representa 7,297,914 de contagios y 331,407 de muertes respectivamente (Google, enero de 2023).

Si bien, la crisis sanitaria abatió a todos los países desde diferentes flancos, los gobiernos y sus instituciones locales son quienes diagnosticaron, diseñaron y/o reestructuraron los protocolos de combate ante la emergencia de salud con los recursos que tuvieron a su alcance, no obstante, no se puede pasar por alto que ante la crisis se hizo evidente la poca capacidad de respuesta de los gobiernos, no solo en materia sanitaria, sino educativa y también laboral, acciones acompañadas de decisiones improvisadas y poco razonadas que costaron cientos de vidas.

La “nueva normalidad” alteró la dinámica social, llevó a replantear la vida tal y como se conocía para comenzar a construir algo distinto. Formas de comunicación, prácticas sanitarias y acciones gubernamentales cobraron gran relevancia a consecuencia de demandas y exigencias ciudadanas. En este sentido, la requisición humanitaria fungió en torno a la suma de esfuerzos de diferentes órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal) para contrarrestar los efectos colaterales que el coronavirus trajo consigo.

Las afectaciones en lo económico no se hicieron esperar derivado de las restricciones impuestas que tenían como objetivo salvaguardar la integridad del mayor número de personas, motivo por el cual se dio una abrupta desaceleración en las cadenas de producción y suministro, relacionadas directamente con la suspensión de actividades “no esenciales”, acontecimiento que produjo despidos y/o recortes salariales ante la hibernación de empresas, que terminó por afectar la economía de las familias mexicanas.

En materia educativa, la migración forzada de lo presencial a lo virtual fue una medida ineludible debido al riesgo que representaba el contacto entre docentes y dicentes al interior de un aula, transición de la cual no todos pudieron ser parte debido a que miles de jóvenes y niños no contaban con el equipo y/o los recursos para continuar su proceso formativo bajo modelos polimorfos, lo que generó mayor desigualdad y puso en evidencia la incapacidad operativa de las instituciones y la poca o nula capacitación del personal en métodos didácticos alternativos.

En lo que respecta al sector salud, emergió el desabasto de medicamentos, equipo médico y de personal de salud, pues más allá de los casos de coronavirus, existían enfermedades y/o padecimientos de otra índole que también debían de ser atendidos. De igual forma, se dieron afectaciones en el desarrollo de los procesos psico-socio afectivos que condicionaron la forma de ver, entender y actuar de toda una generación.

En síntesis, el acrecentamiento de desigualdades socioeconómicas se hizo aún más evidente durante la pandemia, pues esta crisis no afectó a todos por igual. De acuerdo con estimaciones de Oxfam (2020) aparecieron 8 mil nuevos millonarios en la región, es decir mil nuevos millonarios cada dos semanas, esto es, 52 millones de personas tendían a convertirse en pobres y 42 a perder sus empleos.

Por su parte, el informe "*Los mitos detrás de los impuestos a las grandes fortunas en México*" detalla que las fortunas de los "súper ricos" crecieron 117 veces más rápido que el resto de la economía y sin pagar ni un peso más por estas ganancias extraordinarias. Por cada 100 pesos de riqueza creada entre 2019 y 2021, 21 pesos se fueron al 1 % más rico y apenas 0.40 pesos al 50 % más pobre (Oxfam, 2022).

El emprendimiento de acciones locales en lo "ideal" tuvo que adaptarse a la realidad por la que atravesaba cada municipio, esto es, considerar sus particularidades y entender la imposibilidad de plantear medidas homogéneas en los planes de acción de las 32 entidades federativas que integran a la República mexicana, de los cuales, se desprenden 2 mil 469 municipios (INEGI, 2020), donde el Estado de México sobresale entre las entidades con mayor número (5 %), al igual que de Jalisco, seguido de Veracruz y Puebla (9 %) y Oaxaca con 23 %.

A pesar de que los protocolos sanitarios fueron diseñados desde una visión macro, estos debían acompañarse de concientización ciudadana, asimismo, garantizar la confianza en las instituciones para que su funcionamiento contrarrestara la psicosis que aquejó a los municipios desde el momento en que se aplicó la campaña de sana distancia y el confinamiento como medida preventiva, sin embargo, esto no fue posible en su totalidad a consecuencia de la pluralidad ideológica, de las asimetrías económicas, y de la desigualdad de oportunidades en contextos que iban de lo rural a lo urbano.

El contexto de la pandemia en México y en el Estado de México

Antes de analizar el fenómeno de estudio y sus efectos en el contexto mexicano-mexiquense, resulta conveniente hacer precisiones conceptuales sobre qué se entiende por pandemia y qué la diferencia de la endemia y la epidemia, términos que cobraron relevancia en el contexto internacional debido a los estragos que trajo consigo el COVID-19.

En primera instancia, endemia hace referencia a infecciones (de cualquier tipo) que aparecen en sitios geográficos específicos, que se espera, se manifiesten de forma intermitente en poblaciones definidas, algunos ejemplos la chikungunya y el dengue. Epidemia se refiere al aumento inusitado de brotes infecciosos endémicos e inesperados de enfermedades que no son propias de una región, ocasionando que los brotes infecciosos se incrementen de forma exagerada y superen el ámbito local, resalta el caso de la fiebre amarilla o la malaria.

Por su parte, pandemia alude a infecciones que aparecen en algún sitio, se diseminan rápidamente y afectan a todo el mundo o en su defecto a todos los continentes. Lo cierto es que se trata de tres términos relacionados, pero que necesitan distinguirse de acuerdo con lo que plantea Sánchez (2021).

Dicho lo anterior, se puede señalar que las crisis mundiales por temas de salud no son tema nuevo, al contrario, se tiene conocimiento de docenas de estas, como ejemplo, 1981, año en el que se detectó por primera vez el virus de

inmunodeficiencia humana (VIH), pandemia que ha cobrado 84,2 millones de víctimas hasta 2021 (ONUSIDA), de los cuales 4,662 son mexicanos (INEGI, 2021).

Por otro lado, la gripe A-H1N1 que afectó a países como Estados Unidos y México en 2009, cobrando la vida de entre 151,700 y 575,400 personas alrededor del mundo, esto al considerar estimaciones del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2012), 60 de las cuales fueron contabilizadas para el caso mexicano entre fines de marzo y mediados de abril de 2009 (COLEF, 2022).

De acuerdo con Vidal (2021), el coronavirus es una de las mayores pandemias de la era moderna con casi 3.5 millones de fallecimientos y 256 millones de personas infectadas, pero su mortalidad es mucho menor que la pandemia del SIDA, que en cuatro décadas (1981-2020) ha provocado entre 25 y 35 millones de muertes.

Pese a que existen similitudes y/o puntos de convergencias entre los ejemplos, el caso del COVID-19 es particular al contemplar índices de contagio, tazas de mortalidad, información descifrada respecto al virus, aunado a esto, impactos y/o efectos económicos, sociales y políticos que trajo consigo. Después de todo, Riggirozzi (2020) dejó entrever que las pandemias son fenómenos que no respetan fronteras y mucho menos la noción de soberanía.

La aparición del virus SARS-COV-2 en el contexto global obligó a repensar estilos y formas de vida ante un escenario insólito y dinámico, pues se debía actuar de manera rápida, pero en el caso de México, la primera reacción a nivel federal fue minimizar el problema, reflejando con ello la torpeza y la irresponsabilidad por parte de las autoridades, lo que costó miles de vidas.

Semanas posteriores a que la OMS declarara al coronavirus como pandemia, mensajes confusos y contradictorios formaron parte de los discursos políticos, incluso médicos que difundieron los medios de comunicación nacionales y locales, por lo cual, intentar “informarse” respecto al tema resultaba complicado.

En retrospectiva, “aplanar la curva de contagios” en los Estados y municipios fue parte de un compromiso ambicioso que autoridades e instituciones tuvieron que defender y promover sin alcanzar los objetivos pactados, por el contrario, repuntes u olas de contagio colapsaron el sistema de salud, sobrepasaron la capacidad de infraestructura y desgastaron el capital humano, esto se tradujo en miles de personas contagiadas, hospitalizadas y fallecidas como resultado de la desinformación, la imprudencia y la incapacidad de los gobiernos para gestionar los daños provocados por la crisis sanitaria.

En lo que a esto respecta, la demagogia partidista fue la que sin lugar a duda vulneró la credibilidad sobre los gobiernos locales y el personal de salud, estos últimos catalogados como cómplices de un sistema político corrupto que privilegiaba la atención médica de ciertos sectores de la sociedad, en detrimento de la vulneración de los derechos humanos de la mayoría. Incluso se transitó en contra de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre los que se destacan: objetivos 3 (salud y bienestar), 10 (reducción de las desigualdades) y 16 (paz, justicia e instituciones sólidas), los cuales tienen como eje rector mejorar la calidad de vida de la ciudadanía global, asimismo, lograr que el planeta sea sostenible, justo y equitativo.

Por otro lado, el punto de quiebre en el cumplimiento de recomendaciones sanitarias consistió en que el periodo de cuarentena se extendió en más de una ocasión, dando como resultado actos de rebeldía por parte de ciudadanos que se negaban a continuar el confinamiento, de personas que requerían salir de sus casas para obtener ingresos, alguna fuente de empleo, o, tratamientos alternos y/o complementarios para intentar ganar la batalla contra el COVID-19.

Encontrar nuevas y mejoradas estrategias de operación fue vital para dar respuesta y solución a las demandas sociales desde el municipio (la estructura de gobierno más cercana a la ciudadanía), no obstante, dichos ejercicios condicionaron la estabilidad de las instituciones, las cuales paulatinamente han sufrido un desgaste al ser consideradas ineficientes y lejanas a la población, aun así, han dejado entrever su nivel de resiliencia, pero también su fragilidad, exponiendo de esta forma las deficiencias reproducidas durante décadas y/o periodos presidenciales.

Si bien, el establecimiento de acciones gubernamentales en el país fue presentada a nivel nacional, la afectación se vivió de manera diferenciada entre lo federal, lo estatal y lo municipal, con base en esto, los planes de acción tomaron en cuenta recursos materiales y humanos existentes para hacer frente a la pandemia, lo anterior, tomando como base protocolos e instrucciones de cada Estado y municipio.

Ante el inminente rechazo ciudadano de las “sugerencias” gubernamentales, instituciones y autoridades mexicanas se vieron en la necesidad de ajustar los protocolos de aislamiento social, no obstante, recalcar que la imprudencia, la desinformación y la inminente necesidad por continuar el desarrollo de actividades remuneradas, aceleró la propagación del virus y el incremento de decesos en toda la República.

En otras palabras, la respuesta de combate presentada por el gobierno federal al inicio de la pandemia trajo como consecuencia que ni el sistema de salud, ni la población estuvieran preparadas para enfrentar la agresividad del virus SARS-COV-2. Desde esta perspectiva, la capacidad que tuvo el Estado para implementar estrategias que atemperaran los impactos de la pandemia (no solo en temas económicos o de salubridad) se pusieron en entredicho, pues no se consideraban las características heterogéneas de su población.

Signos Vitales (2020), una organización de la sociedad civil, afirmó que la crisis económica, así como las acciones gubernamentales expusieron intrínsecamente la gravedad del asunto, esto debido a que industrias de toda índole y tamaño vieron afectadas sus cadenas de producción y suministro ante las olas de contagio, ejemplo de ello, la farmacéutica, la de alimentos, la de transporte, la de entretenimiento, incluso la turística.

En este tenor, la adopción de políticas y/o protocolos de intervención durante la pandemia implicaba asegurar el ingreso mínimo vital de los habitantes para que pudiera respetarse cualquier medida de confinamiento, cosa que no sucedió debido a que empresarios y empleadores no estuvieron dispuestos o no contaban con la capacidad de conservar las fuentes de empleo bajo este esquema.

Ante la crisis epidemiológica y el agravo de vulnerabilidades en México, el Ingreso Ciudadano Universal[1] (ICU) fue un tema debatido en el congreso, sin algún tipo de repercusión y/o trascendencia sociopolítica. En este sentido, Andrés Manuel López Obrador

(AMLO) apostó por la intensificación de programas y créditos sociales como medida de apoyo, no obstante, fue altamente criticado por la oposición ya que la política de bienestar del gobierno morenista no llegó a todos los hogares y/o municipios de la República.

En virtud de esto, en el caso de México, los daños se hicieron visibles en el sector social, económico, político y de salud, todo esto como consecuencia de acciones federales fallidas que no alcanzaron a materializarse. Por el contrario, los municipios no contaron con los medios suficientes para atender las exigencias requeridas, situación que fracturó una macroestructura que a tres años de la pandemia sigue sobreponiéndose en la denominada "nueva normalidad".

En lo que respecta a México, el semáforo epidemiológico[2] determinaba el estatus de riesgo que tenía cada una de las 32 entidades federativas, situación que condicionaba las actividades a realizar (comerciales, educativas, deportivas, de esparcimiento, etc.), o sea, qué se podía o no hacer desde distintos flancos.

De manera concreta, la transición de naranja a rojo, o de amarillo a verde en los sistemas de monitoreo municipal se actualizaban tomando en consideración el índice de contagios y la ocupación hospitalaria. En este sentido, los números y/o las estadísticas exponían qué estrategias y/o protocolos gubernamentales funcionaban en tanto se apostaba por el descubrimiento de una vacuna.

Estados económicos y demográficamente importantes para México acapararon los encabezados de la prensa nacional e internacional debido a las repercusiones que generaba la pandemia desde diferentes aristas, Ciudad de México (CDMX), Estado de México, Nuevo León y Jalisco fueron las entidades más afectadas y/o trastocadas en comparación con Chiapas, Campeche y Tlaxcala.

La toma de decisiones gubernamentales y la concientización ciudadana influyó para que el índice de contagios se mantuviera y/o decreciera respectivamente. Sin embargo, el panorama ha resultado impredecible de acuerdo con resultados y estimaciones de los últimos tres años, después de todo, "aplanar la curva" no llegó sino hasta que comenzó la aplicación de vacunas[3] (ver tabla 1).

Tabla 1. Dinámica de contagios acumulados por COVID-19.

22 de abril de 2020		**01 de junio de 2023**		**16 de marzo 2023**	
1° Cuarentena		**2° Cuarentena**		**3 años después**	
Entidad Federativa	**Número de casos**	**Entidad Federativa**	**Número de casos**	**Entidad Federativa**	**Número de casos**
CDMX	1,085	CDMX	25,787	CDMX	1,864,641
Estado de México	584	Estado de México	15,210	Estado de México	745,844
Baja California	300	Baja California	5,127	Nuevo León	423,475
Tabasco	226	Tabasco	4,323	Guanajuato	369,307
Sinaloa	206	Veracruz	4,008	Jalisco	296,358

Fuente: Elaboración propia con base en datos de CONACYT, 2023 y Secretaría de Salud, 2020.

En relación con lo anterior, pensar en olas de contagió mayores a 4 mil personas representa una cifra alarmante si se toma en consideración que el Estado de México cuenta con municipios con esta situación demográfica (CONAPO, 2021), convirtiendo a Papalotla (4,862), Chapultepec (12,772), Jilotzingo (19,877), Mexicaltzingo (13,807), Texcaltitlán (18,482) en ejemplos claros de esta condición (COESPO, 2020a). Aunado a esto, ayuda a comprender por qué en los inicios de la pandemia, la ocupación hospitalaria fue rebasada y los decesos masivos una realidad latente y alarmante para el Estado y para la nación.

Las cifras de México ante el mundo simbolizaron un alza constante de contagios, miles de muertes fueron acuñadas a Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León y Jalisco, entidades que aportaron más del 40 % del Producto Interno Bruto (PIB) nacional, tan solo el año en que la OMS declaró el estado de pandemia (SEGOB, 2021a).

Pese a una reactivación económica "escalonada", la crisis se vio reflejada en tasas de desocupación exponenciales y niveles de pobreza que acrecentaron la desigualdad entre unos y otros. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL,2022), la desocupación laboral de 2020 se ubicó en 12.1 % para mujeres y 9.1 % para hombres, cifras que un año más tarde llegaron a 11.8 % y 8.1 % respectivamente.

Adentrados en el análisis, el caso mexiquense es particular debido a la interconexión y/o cercanía que tiene con la Ciudad de México, elementos que han dado pauta a la conformación de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), región integrada por 16 delegaciones de CDMX, 59 municipios del Estado de México y uno de la entidad hidalguense (Tizayuca).

Tan solo para conocer la importancia y/o magnitud del asunto, semanalmente la ZMVM tiene un flujo promedio de viajes de 34,56 millones, 58.1 % de los cuales son para acudir al trabajo, traslados con duraciones que van de los 30 minutos a las dos horas de acuerdo con la Encuesta de Origen Destino en hogares de la ZMVM (INEGI, 2018).

En concreto, el Estado de México es la entidad federativa más poblada de México con 16 millones 992 mil 418 personas (COESPO, 2020b), población equiparable a la que poseen países como Camboya o Somalia, no obstante, tiene una aportación nacional de 9.1 % al PIB (INEGI, 2022), de ahí su importancia económica y demográfica.

De manera complementaria, la siguiente tabla expone de manera contundente el comportamiento que tuvo la pandemia en diez de los municipios más afectados en cuanto a número de contagios y defunciones en el Estado de México.

Tabla 2. Dinámica de contagios en el Estado de México por COVID-19.

24/04/2020			24/04/2021			25/04/2022		
Municipio	**Contagios**	**Defunciones**	**Municipio**	**Contagios**	**Defunciones**	**Municipio**	**Contagios**	**Defunciones**
Nezahualcóyotl	259	5	Ecatepec de Morelos	20,066	2,700	Ecatepec de Morelos	23,799	3,141
Ecatepec de Morelos	223	10	Nezahualcóyotl	14,901	939	Nezahualcóyotl	18,330	1,081

Tlalnepantla	154	6	Toluca	12,770	2,016	Toluca	14,387	2,373
Naucalpan	139	3	Naucalpan	11,217	1,051	Naucalpan	13,338	1,315
Chimalhuacán	108	5	Tlalnepantla	9,550	922	Tlalnepantla	11,358	1,059
Atizapán de Zaragoza	75	9	Chalco	6,232	1,032	Chalco	7,921	1,317
Chalco	74	0	Tultitlán	5,095	863	Tultitlán	5,903	1,026
Huixquilucan	73	3	Ixtapaluca	4,738	535	Ixtapaluca	5,437	591
Ixtapaluca	71	6	Cuautitlán Izcalli	4,410	859	Tecámac	5,275	814
Nicolás Romero	69	5	Tecámac	4,325	634	Cuautitlán Izcalli	5,257	1,046
Total	1,245	52	Total	93,304	11,551	Total	111,005	13,763

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México (SSEDOMEX) (2020).

Si bien, la entidad mexiquense cuenta con 19 de los 100 municipios más poblados de México, las cifras de contagio y defunción están concatenadas con factores tales como: situación demográfica, (des)información sobre la pandemia, capital humano especializado, recursos públicos, protocolos operacionales (cívicos, gubernamentales y de salud), capacidad de abastecimiento y/o tratamiento en hospitales, solo por mencionar algunos.

Cifras reveladoras como las presentadas en la tabla 1 y 2 dejan entrever la incapacidad municipal para afrontar situaciones de esta naturaleza, que, si bien, no tenían precedente alguno (o próximo) en la historia, invita a la reflexión sobre qué papel juega el Estado en la proliferación, contención y/o reducción de contagios/muertes, asimismo, saber si las instituciones y sus representantes tienen credibilidad ante la ciudadanía, o existen elementos que han mermado dicha relación.

(In) Capacidades del Municipio en materia de salud

El sector médico como tópico de interés ante la pandemia merece un análisis particular y minucioso, esto, debido a que los municipios fueron los escenarios más afectados ante la falta de infraestructura, personal y medicamentos que ayudaran a cubrir atenciones de primer nivel, pero también de casos en donde el COVID-19 acaparó los recursos económicos y el capital humano.

Entrando en materia, Sandoval (2020) sostiene que México cuenta con 2.4 médicos (as) promedio por cada mil habitantes, situación contrastante si se toma en consideración que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) lo estima en 3.4, por otro lado, 2.6 enfermeras/os, cifra que representa menos de un tercio de lo que recomienda este organismo, asimismo, 1.6 camas de hospital por este mismo número de personas.

De acuerdo con Jorge Alcocer Varela, Secretario de Salud (mayo, 2022), la falta de médicos especialistas en México es de 154 mil 786 para alcanzar los 230 por cada 100 mil habitantes que recomienda la OMS, del mismo modo, se tiene un déficit de 33 mil 832 médicos generales. Por su parte, el Estado de México cuenta con 19 mil 053 especialistas certificados, esto es, 112.1 médicos por cada 100 mil

habitantes, empero, a fin de cumplir con los estándares internacionales, a la entidad le falta 51.26 % de médicos o bien, alrededor de 179.9 médicos por cada 100 mil habitantes.

En concordancia con las cifras y con lo expuesto por el Secretario de Salud, lo que encontró la pandemia fue un sector vulnerado por el desamparo presupuestal y las herramientas requeridas para hacer frente a uno de los virus más letales en lo que va del siglo XXI.

En palabras de Méndez (2020):

> *El siglo XXI está resultando hasta el momento devastador. En sus primeras dos décadas hemos padecido dos profundas crisis, que han afectado de forma muy negativa al funcionamiento de las sociedades, las economías, o las condiciones de vida y trabajo de buena parte de la población mundial y han puesto a prueba la capacidad de sus instituciones públicas para dar respuesta a los graves impactos derivados.* (p.15)

Por su parte, Díaz (2015) ratifica que la asignación de recursos para combatir problemas a través de proyectos, programas sociales, políticas de salud y de mejora de la calidad de vida, se realiza con base en la toma de decisiones que mucho dependen de la objetividad de las administraciones federales y los valores sobre lo que consideren justo y necesario.

Ante la desmedida propagación de coronavirus a nivel nacional e internacional, fue imprescindible atender una realidad paralela (incluso prioritaria), la del deceso y contagio a personal médico por falta de equipo de intervención y/o protección, aunado a jornadas extendidas como consecuencia del déficit que presentó y presenta México en cuanto médicos, enfermeras y otros especialistas.

Registros que van del 1 de enero al 30 de junio de 2021 contabilizan 1,261 decesos de personal médico con diagnóstico confirmado, 282 en Ciudad de México, 122 en Puebla, 117 en el Estado de México, 94 en Jalisco, 66 en Guanajuato y 56 en Veracruz, entidades que concentran el 58.44 % del total de decesos confirmados en este rubro. Entre los perfiles de las y los fallecidos destacan: 42 % personal médico; 32 % “otros trabajadores de la salud”; 18 % personal de enfermería, 5 % dentistas, el resto, otras actividades (México Social, 2021).

En virtud de esto, la vulnerabilidad de un sector frente al COVID-19 pudo verse afectada por el rango de edad, por el sexo, incluso por las funciones y/o el papel que desempeño ante una lucha que hasta la fecha (2023) sigue cobrando decenas de vidas (véase la siguiente tabla):

Tabla 3. Impacto de la COVID-19 en el personal médico

Ejes analíticos	**Año de estimación**	
	Diciembre de 2020	**Octubre de 2021**
	Contagios	
Casos acumulados de personal médico	182,256	283,122
Grupo de edad más afectado	30 - 34 años	30 - 34 años
Sexo de mayor afectación	Mujeres con 61%	Mujeres con 63%
Personal de mayor afectación	Enfermeras con 40%	Enfermeras con 39%

	Defunciones	
Confirmadas	2,397	4,517
Sexo de mayor afectación	Hombres con 70%	Hombres con 68%
Personal de mayor afectación	Médicos con 48%	Médicos con 45%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) (2021b).

Si bien, las defunciones de médicos y personal sanitario es 2.6 % del total de muertes en México, esto es más del doble que Brasil, que el triple de Perú y cinco veces más que en China o Reino Unido (Signos Vitales, 2020). De acuerdo con México Social (2021):

> *De enero de 2020 a julio de 2021, en nuestro país se han registrado un total de 4,084 defunciones del personal de salud; le sigue en magnitud los Estados Unidos de América con 1,691; Perú con 1,383; Brasil con 666; Argentina con 584; Bolivia con 433; Colombia con 301; Paraguay con 182; Venezuela con 179; Ecuador con 121; Panamá con 112; y Chile con 102.*

Por su parte, el portal de México Social (2021) señala en el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (en sus ediciones relativas a las semanas 33, 34 y 35), que México fue el país con peor desempeño en lo que se refiere a los decesos del personal médico durante la pandemia en el continente americano, lo cual debe llevar a replantear el actuar del gobierno en sus diferentes niveles, pues, lo que sucedió con el SARS-COV-2, no puede volver a suceder (o por lo menos no impactar de la formar en lo que lo hizo). Es necesario contar con una mejor planeación y organización, fortalecer los sistemas de salud y actuar con la mayor responsabilidad y objetivad.

Reflexiones finales

Los gobiernos siguen teniendo mucho trabajo por delante, la crisis de salud se convirtió en una crisis social, política y económica que permanece entre nosotros, pero las respuestas y acciones primordiales e inmediatas se construyen principalmente desde lo local, lo que obliga al fortalecimiento del municipio como figura jurídica y administrativa más cercana a las problemáticas y necesidades de la población, de forma específica, del sistema de salud, de los protocolos en materia sanitaria y de una mayor concientización social.

El Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización (UNCDF), ha destacado que los gobiernos municipales desempeñan un papel protagónico frente a la implementación de acciones de previsión, prevención, mitigación y recuperación, así como ante los efectos socioeconómicos de la pandemia de COVID-19. “La preparación, la infraestructura, el capital humano y el acceso a los fondos de emergencia de los gobiernos locales, así como la coordinación y el flujo de comunicación de estos con los gobiernos centrales” son medidas vitales para brindar una respuesta oportuna y garantizar una recuperación eficiente y resiliente.

De igual manera, son los gobiernos municipales los encargados de garantizar el acceso a servicios básicos, la gestión del espacio público y el cumplimiento de las acciones implementadas a partir de la Jornada

Nacional de Sana Distancia (JNSD) (ONU-Hábitat, 2020). Asimismo, el Institute for Global Health Sciences (2021), reconoce que los casos y muertes en México se concentraron desproporcionadamente en los municipios con mayores niveles de marginación socioeconómica, especialmente en las zonas urbanas. Entre los casos confirmados de COVID-19, la proporción de muertes tiende a aumentar con el nivel de marginación del municipio donde vive el paciente.

De acuerdo con la Constitución, en su artículo 115, los municipios tendrán a su cargo el funcionamiento y la proveeduría de servicios públicos que, en extenso, son derechos de primera necesidad como: agua potable, drenaje, alcantarillado; tratamiento y disposición de sus aguas residuales, alumbrado público, limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición de residuos, mercados y centrales de abasto, panteones, rastro, calles, parques y jardines y su equipamiento así como seguridad pública; preventiva y de tránsito, de acuerdo a su capacidad administrativa y financiera.

Sin embargo, los municipios no son reconocidos como autoridades sanitarias capaces de determinar por sí mismas las medidas de prevención, vigilancia y combate a la propagación de un virus como el SARS-COV-2, no obstante, su papel es muy relevante para la garantía de los derechos y atención de contingencias, pero la realidad es que sus atribuciones son limitadas en función de los recursos humanos y económicos que tiene disponibles.

Una de las tareas aprendidas (o por lo menos motivo de reflexión) debe ser que, se requiere la coordinación de los tres ámbitos de gobierno para generar una respuesta efectiva. Vázquez y Ortiz (2022) subrayan la relevancia de los municipios en la atención de los problemas públicos, pues el surgimiento de la pandemia de COVID-19 representó un reto de magnitudes nunca vistas para las municipalidades, ya que las afectaciones trastocaron todos los ámbitos y sectores. En este sentido, los municipios, pese a sus limitaciones financieras, materiales, técnicas, etc., manifestaron cierto grado de interés para hacer frente a la crisis sanitaria, donde la instrumentación de políticas públicas municipales fue y seguirá siendo de vital importancia.

Ejercicios de autocrítica y evaluación al trabajo realizado deben ejercerse permanente y periódicamente desde el ámbito municipal hasta el federal, es decir, la institucionalidad local como frente de combate próximo ante situaciones de esta envergadura están obligados a ejercerse bajo prácticas eficaces de gobernanza, no obstante, respeto, integración, sororidad y resiliencia son esenciales para aniquilar la deshumanización de dirigentes, especialistas en la materia, así como de la ciudadanía en general.

Consolidar redes de intercambio entre municipios y entidades federativas (incluso entre naciones) debe instaurarse intergeneracional y transversalmente con la intención de solidificar las estructuras gubernamentales y el tejido social, en otras palabras, con la intención de actuar conforme al derecho, escenario que reclama no transgredir la dignidad humana y la de sus instituciones.

No existen modelos únicos desde los cuales pueda abordarse la pandemia, mucho menos, marcos rígidos que estipulen cómo hacer frente a la crisis sanitaria que dejó el virus SARS-COV-2. La inconmensurabilidad de la problemática afectó, afecta y posiblemente seguirá afectando a la sociedad, sin embargo, se convierte en una oportunidad para aprender de lo sucedido.

Resulta impostergable construir redes de cooperación basadas en la empatía y la solidaridad. Las secuelas que la pandemia ha dejado a la sociedad son la oportunidad de pensar en nuevos modelos de desarrollo político, económico y social que permitan actuar de mejor manera ante situaciones inesperadas. La crisis es de impacto global y aprender de las experiencias de otros países, Estados y municipios, puede convertirse en una hoja de ruta que coadyuve a salir adelante con acciones de gobierno con bases teóricas y prácticas que incluya a servidores públicos más preparados y sensibles con su población.

Referencias bibliográficas

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2012). Primeras estimaciones globales de la mortalidad en la pandemia de la influenza H1N1 2009 publicadas por la colaboración dirigida por los CDC. https://espanol.cdc.gov/flu/spotlights/pandemic-global-estimates.htm#:~:text=El%20estudio%2C%20con%20la%20coautor%C3%ADa,primer%20a%C3%B1o%20de%20circulaci%C3%B3n%20del

COESPO. (2020a). Información municipal. https://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal

COESPO. (2020b). Población por municipio. https://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal

COLEF. (2022). La influenza en México: liderazgo político y comunicación en crisis. https://www.colef.mx/evento/la-influenza-en-mexico-liderazgo-politico-y-comunicacion-en-crisis/#:~:text=La%20epidemia%20de%20influenza%20en,de%20la%20Ciudad%20de%20M%C3%A9xico

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). Panorama Social de América Latina 2021. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf

CONACYT, CentroGeo, GeoInt y DataLab (2023). Covid-19 México. https://datos.covid-19.conacyt.mx/

Díaz, C. (2015). Las dimensiones culturales de la desigualdad y la democracia en América Latina. E-l@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos, 13 (52), 59-77. https://www.redalyc.org/pdf/4964/496450649004.pdf

INEGI. (2018). Encuesta de Origen Destino en Hogares en la Zona Metropolitana del Valle de México. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/OrgenDest2018_02.pdf

INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda, 2020. https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/632/datafile/F12/V278#:~:text=Los%202469%20municipios%20y%20demarcaciones,y%20la%20Ciudad%20de%20M%C3%A9xico

INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el VIH/ SIDA. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_VIH_Nal22.pdf

INEGI. (2022). Producto interno bruto por entidad federativa 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/PIBEF/PIBEF.pdf

Institute for Global Health Sciences (2021). La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Méndez, R. (2020). *Sitiados por la pandemia. Del colapso a la reconstrucción: apuntes geográficos*. Revives.

México Social (2021). México: la mayor mortandad de personal médico, por COVID 19 (2021).

https://www.mexicosocial.org/mexico-la-mayor-mortandad-de-personal-medico-por-covid19/

ONU-Hábitat (2020). Guía metodológica de Recuperación Socioeconómica Municipal en contexto de COVID-19 Paso a paso hacia la resiliencia municipal. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570731/Gui_a_COVID_web.pdf

ONU-SIDA (2021). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=38%2C4%20millones%20%5B33%2C,con%20el%20sida%20en%202021

Oxfam (2020). ¿Quién paga la cuenta? Gravar la riqueza para enfrentar la crisis de la COVID-19 en América Latina y el Caribe. https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621033/bp-quien-paga-la-cuenta-covid-19-270720-es.pdf

Oxfam (2022). Los mitos detrás de los impuestos a las grandes fortunas en México. https://oxfammexico.org/wp-content/uploads/2023/01/Quien-paga-la-cuenta.pdf

Riggirozzi, P. (202O), Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina, en https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/03/AC-12.2020.pdf

Sánchez, G. (2021). Epidemias y pandemias: Una aproximación histórica. Acta Médica Colombiana, 46(3). https://doi.org/10.36104/amc.2021.2247

Sandoval, J. (2020). Proyección en el sector salud 2018-2024, análisis y consecuencias. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 58(2), 80-83. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457767703003

Secretaría de Salud (2020). COVID-19 MÉXICO. Comunicado Técnico Diario. https://www.gob.mx/salud/documentos/comunicados-tecnicos-diarios-covid19

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México (2020), Casos positivos y defunciones a COVID-19 por municipio, en https://salud.edomex.gob.mx/salud/covid19_municipio

SEGOB (2021a). Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León y Jalisco aportaron más del 40% del PIB nacional en 2020. https://www.gob.mx/shcp%7Cgacetaeconomica/articulos/ciudad-de-mexico-estado-de-mexico-nuevo-leon-y-jalisco-aportaron-mas-del-40-del-pib-nacional-en-2020#:~:text=Ciudad%20de%20M%C3%A9xico%2C%20Estado%20de,econ%C3%B3mica%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx

SEGOB (2021b). Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México 2021. https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid19-en-mexico-2021

Signos Vitales (2020). La pandemia en México, dimensión de la tragedia. Signos Vitales. https://signosvitalesmexico.org.mx/rb/wp-content/uploads/2020/10/Pandemic-in-Mexico-1.pdf

Vázquez M. & Ortiz, C. (2022). Políticas públicas municipales para enfrentar la pandemia de COVID-19: el caso de los municipios de Michoacán, México. https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/estudiosregionales/issue/view/740/862

Vidal, G. (2021). El orden mundial, los Estados y la pandemia. Política y Cultura, (56), 9-31. https://doi.org/10.24275/PHSH8299

Notas

[1] La también llamada Renta Básica Universal es un pago periódico de ingresos que otorga el Estado a cada miembro de la sociedad (independientemente de su situación económica).

[2] El nivel de riesgo se daba en función de 4 colores: Rojo (máximo), Naranja (alto), Amarillo (medio), Verde (bajo).

[3] La primera vacuna aplicada en territorio mexicano fue el 24 de diciembre de 2020 a una enfermera especialista de 59 años.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.