

EVOLUCIÓN RECIENTE
DE LA ECONOMÍA:
DOS RELATOS

VÍCTOR M. GODÍNEZ

FACULTAD DE ECONOMÍA, UNAM

RESUMEN

La irrupción de la crisis sanitaria del SARS-CoV-2 produjo un colapso en la economía mexicana, que algunos trimestres antes ya había entrado ya en una recesión. En 2020 se combinaron la mayor caída del producto y la mayor crisis sanitaria que se haya registrado en México en casi un siglo. El artículo examina el desarrollo y las características de ambas crisis, su prolongación en 2021 y sus altos costos sociales.

ABSTRACT

The advent of the SARS-COV2 pandemic collapsed the Mexican economy, which had a few months prior already entered a recession. In 2020, Mexico registered the biggest gdp drop and the largest health crisis in almost a century. This manuscript examines the development and characteristics of both crises, as well as their effect into 2021 and high social costs.

Los acontecimientos económicos de 2020, y su prolongación en 2021, van a ocupar un lugar destacado en la historia económica mexicana de las primeras tres o cuatro décadas del siglo XXI. Son sucesos que siguen en proceso, y su desenlace y consecuencias finales solo las conoceremos después de un número indeterminado de años. Más que un análisis o explicación de su gestación y desarrollo, el presente texto pretende hacer un relato, primero, de algunos de los rasgos generales de la evolución de la pandemia del SARS-CoV-2 (o del COVID-19) en sus primeros doce meses, y después, del colapso productivo, laboral y social que la irrupción de la crisis sanitaria produjo en una economía que unos trimestres antes había entrado en recesión.

Como tales, los dos relatos que componen este texto aspiran a presentar por sí mismos los acontecimientos, evitando tanto como fue posible la interferencia de cualquier pretensión no narrativa. Este enfoque no es ajeno a la disciplina económica. Por nuestra (de)formación profesional, los economistas solemos confiar menos en lo que la gente dice que en lo que hace.¹ Y como alguna vez señaló con ironía Charles P. Kindleberger (1989), el gran historiador de las crisis financieras, no debemos rehuir a las anécdotas: las anécdotas, como las estadísticas, son pruebas, y lo que importa es si las pruebas son representativas o no. Robert Schiller (2019), por su parte, asegura que “los economistas pueden contribuir a desarrollar su *ciencia* incorporando en sus trabajos el *arte* de la economía narrativa” (los énfasis son del autor).

1. Un contexto en movimiento: la pandemia, año uno

La pandemia del COVID-19 puso al descubierto el alto grado de fragilidad que padece la estructura económica y social de México ante la irrupción de choques exógenos y acontecimientos inesperados. Los treinta y dos días transcurridos entre el 27 de febrero de 2020, cuando se registró en el país el primer caso de coronavirus, y el 30 de marzo, cuando las autoridades declararon la emergencia sanitaria y el cierre de las actividades económicas “no esenciales”, precipitaron la entrada en un periodo tempestuoso en el que el rumbo y la duración de la crisis sanitaria han sido en muchos sentidos inciertos y azarosos. A poco más de un año de distancia de su inicio, se advierten cuatro grandes momentos en el desenvolvimiento general de la pandemia en nuestro país. La propagación de la infección ascendió constantemente hasta finales julio de 2020, alcanzando en la última semana de ese mes un promedio de 6,500 casos diarios.² Al inicio de agosto el número tendió a disminuir de manera progresiva hasta un promedio de 4,900 casos en la tercera semana de noviembre

1 Esta tesis es examinada de manera heterodoxa por Morton y Schapiro (2017).

2 Salvo cuando se indica expresamente, utilizo en este y los siguientes párrafos los datos del sistema de información *Our World in Data* (2021) de la Universidad de Oxford.

(una reducción de una cuarta parte respecto del pico precedente). A partir de aquí los nuevos casos volvieron a repuntar, pero ahora con mayor fuerza, llegando a un promedio diario de 14,100 en la última semana de enero de 2021, que marca el punto álgido y más crítico de la pandemia en el periodo que cubren estas observaciones.³ En los cuatro meses siguientes se registra una disminución firme y sustancial del número de infecciones, bajando a un promedio diario de 2,200 casos al finalizar del mes de mayo. Este promedio de infecciones es de un orden equiparable al registrado en la tercera semana de mayo de 2020, cuando la pandemia estaba en su primera fase de ascenso.

El ciclo descendente de los casos de COVID-19 en el periodo febrero-mayo de 2021 es un signo alentador. Pero en un ambiente de tanta volatilidad como ha sido el de la pandemia en México y en el mundo, aún no es posible atisbar un horizonte certero de abatimiento de esta enfermedad epidémica, ni asegurar que sus cadenas de expansión hayan empezado a ser controladas. Aunque la tendencia general de las infecciones vaya actualmente a la baja, hay un conjunto de factores que exige reservas y cautela en cuanto al significado y posible perduración de esta tendencia. La detección de nuevos casos o “casos confirmados” —como la de otras variables que son claves para el análisis de la pandemia y el diseño de medidas de salud pública— son menores a su “número real”, un número que no se conoce debido a la reducida cifra de pruebas que se han realizado entre la población.⁴ Las pruebas son una herramienta

3 Marzo de 2020 a mayo de 2021.

4 La subestimación de los casos confirmados de infección respecto de los casos reales ocurre en todos los países y es proporcional al número de pruebas practicadas: a medida que estas crecen la tasa de subestimación tiende a disminuir. En México, el coeficiente de pruebas diarias de COVID-19 por cada mil habitantes es muy bajo. Hasta finales de noviembre de 2020 se mantuvo en torno a un valor de 0.11, en enero de 2021 rondó alrededor de 0.29 y en febrero, marzo y abril descendió hasta promedios de 0.13. En cambio, en dos países tan diferentes como Estados Unidos y Chile los valores promedio correspondientes a abril de 2021 eran de 4.6 y 3.4, respectivamente (después de valores promedio de 5.2 y 2.8 en los cuatro meses precedentes, a los que ambos países llegaron sosteniendo una campaña ascendente de pruebas desde el inicio de la pandemia). No debe extrañar que México ocupe la posición número 158 entre los países

indispensable para disminuir la propagación individual y comunitaria de la infección. Su empleo intensivo es una recomendación en torno a la cual la comunidad científica internacional mantiene un sólido consenso (Kevadiya *et al.* 2021, entre otros). En todos los países, la detección viral es un punto de partida indispensable para contener la pandemia y aminsonar sus costos humanos, económicos y sociales. Un análisis comparativo entre países, que confronta las pruebas totales de COVID-19 con los casos confirmados (UCSF 2021), sugiere que México tiene una de las tasas más altas del mundo de infecciones no detectadas. El pobre desempeño del país en este rubro es un factor que debilita y resta efectividad a las medidas de combate y mitigación de la pandemia.

A diferencia del enfoque de pruebas masivas recomendado por la Organización Mundial de la Salud, el esquema de detección inmunológica que adoptaron las autoridades sanitarias mexicanas –el denominado Modelo Centinela–⁵ consiste en el seguimiento de una muestra representativa de pruebas que se practican en cierto número de hospitales, clínicas y centros de salud. Es un instrumento de vigilancia epidemiológica que no genera insumos de información apropiados para la detección certera de brotes, que subestima el alcance y la velocidad de propagación de la pandemia y que no garantiza el control de las infecciones por medio de intervenciones oportunas. Se sabe que la infección del SARS-CoV-2 se contagia con mayor velocidad que otras enfermedades virales. Su rapidez de propagación exige una medición precisa con indicadores clínicos y epidemiológicos específicos que dicho modelo no produce. Esta es una condición necesaria para reducir los riesgos de la epidemia. La elección del Modelo Centinela es objeto de polémica en México porque excluye pruebas masivas a la población abierta, porque se concentra en casos tipificados como sospechosos y porque ha dejado fuera de su alcance a un gran número de casos de personas con sintomatologías leves y a los

para los que hay información comparable de número acumulado de pruebas aplicadas por cada millón de habitantes (dato para febrero de 2021).

5 Para una explicación de los antecedentes técnicos y los principios operativos de este modelo, consúltese, entre otras fuentes posibles, Organización Panamericana de la Salud (2008).

asintomáticos y otros grupos de pacientes, también numerosos, que han muerto sin recibir atención médica u hospitalaria especializada.⁶ Los casos reportados diariamente por la autoridad sanitaria en México son un indicador valioso pero incompleto, porque no incluye todos los “casos centinela” que pudieran existir, y este hecho puede haber incidido en los resultados globales de la pandemia en la esfera humana, la sanitaria, la social y la económica.

La experiencia internacional de poco más de un año de combate a la pandemia demuestra que la detección masiva de casos es una herramienta pertinente para todos los países, sin excepción, y más aún en aquellos en los que, como es el caso de México, las condiciones socioeconómicas no permiten instaurar un régimen riguroso de restricciones a la movilidad de las personas, y en los que algunos grupos sociales mantienen percepciones erróneas acerca del alto riesgo que implica el COVID-19 para la salud individual y colectiva.

La adopción de este modelo pasivo de seguimiento de las infecciones es un componente importante de la estrategia general de política pública que el gobierno mexicano eligió para combatir el COVID-19. En el transcurso de la pandemia se perfilaron en el mundo dos estrategias básicas al respecto.⁷ La de los países que optaron directamente por la eliminación del virus con acciones contundentes encaminadas a controlar el SARS-CoV-2 y detener lo más rápidamente posible su propagación comunitaria, y la de aquellos que definieron un enfoque de mitigación, con acciones más graduales que en la práctica se orientaron a impedir la saturación del sistema hospitalario. Las acciones adoptadas desde un principio por las autoridades sanitarias mexicanas se identificaron de manera explícita con la segunda estrategia.⁸ Más allá de las razones aducidas para justi-

6 Para un balance de los resultados obtenidos en las primeras fases de aplicación del Modelo Centinela, véase Ornelas y Vidal (2020).

7 Oliu-Barton, Pradelsky *et al.* (2021) y Pueyo (2020).

8 Así lo explicó el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, H. López Gatell: “En la (estrategia de) mitigación no existe aspiración alguna de que se va a poder contener el traspaso o la propagación del agente infeccioso y, entonces, a lo que se aspira es (...) a mitigar el daño, reducir la velocidad de transmisión, proteger a las poblaciones más vulnerables, garantizar la pronta y eficaz

ficar esta elección (i. e. la elevada proporción de ocupación del sector informal o la orientación de la política fiscal, entre otras), lo importante son sus resultados. La pandemia aún está en curso y habrá que esperar el tiempo necesario para contar con evaluaciones integrales y sistemáticas que ponderen los méritos y los defectos de la estrategia. No obstante, hay algunos indicadores que ya dejan percibir el costo social y humano de la pandemia en términos sociales, y por extensión, de la eficacia relativa de las medidas que se aplicaron para enfrentar sus efectos letales.

Tal es el caso de las tasas de fatalidad, que relacionan el número de muertes por cada 100 casos confirmados de infección viral o, de manera más amplia, por cada 100 mil habitantes (personas con casos confirmados y personas sanas). Al cabo de quince meses del inicio de la pandemia, México aparece como una de las naciones con mayores cargas en ambas mediciones (Tabla 1). En la primera de ellas tiene el más alto coeficiente entre todos los países; su tasa es 2.6 veces mayor que las de Hungría y Perú, que ocupan las siguientes posiciones. En la segunda medición, México es la séptima nación más afectada, por debajo de países como Italia, Brasil y Estados Unidos. La enorme diferencia entre México y el resto de los países en el coeficiente de decesos por Covid-19/casos de infección se explica por la extremadamente baja intensidad de rastreo de la enfermedad en nuestro país, que ya se señaló y que distorsiona el examen comparativo. La segunda relación, en cambio, da una idea más certera del alto grado de la letalidad relativa del SARS-CoV-2 en México, que en el décimo quinto mes de la pandemia global tiene en este renglón un nivel muy cercano al de Estados Unidos, país en el que el virus observó hasta finales de 2020 una expansión veloz y altamente mortífera.

atención médica de los casos, y a hacer los estudios de contacto que permitan interrumpir las cadenas de transmisión.” Conferencia de prensa, jueves 25 de febrero de 2020. Transcripción del video disponible en <http://cepropie.gob.mx>, portal oficial del Centro de Producción de Programas Informativos y Especiales del Ejecutivo Federal.

Tabla 1

*Países con las mayores tasas de mortalidad por COVID-19 **

Muertes oficiales por cada 100 casos observados de COVID-19 (%)		Muertes oficiales por COVID-19 por cada 100 mil habitantes	
México	9.3	Hungría	292.75
Hungría	3.6	Italia	203.71
Perú	3.5	Brasil	200.11
Italia	3.0	Perú	197.18
Irán	2.8	Polonia	184.38
Brasil	2.8	Estados Unidos	177.23
Indonesia	2.7	México	171.65
Rumania	2.7	Francia	158.89
Colombia	2.0	Colombia	154.66
Polonia	2.0	Argentina	149.82

*Datos al 10 de mayo de 2021.

Fuente: elaborado con datos de Johns Hopkins University & Medicine (2021).

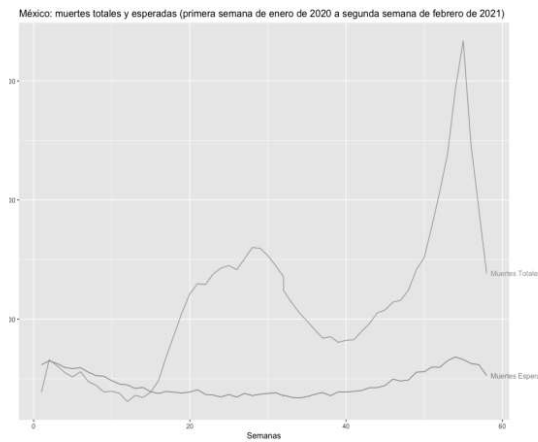
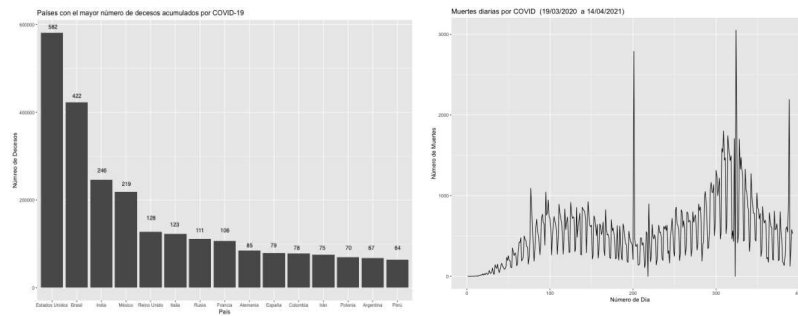
Lo cierto es que, cualquiera que sea la medición que se utilice, el saldo humano de la pandemia en México también es uno de los más elevados del mundo (figura 1). Considerando únicamente el número acumulado de muertes reportadas por COVID-19 (o “número oficial”), México es la cuarta nación en la que el virus cobró, en los catorce meses que concluyeron el 9 de mayo de 2021, el mayor número absoluto de vidas. Pero este panorama luce más sombrío cuando la cifra de fallecidos se corrige con la del exceso de fallecimientos esperados en función de las tendencias históricas (o en ausencia de una pandemia con la fuerza letal del SARS-CoV-2).⁹ El margen de subestimación de los registros oficiales de decesos

9 El ajuste al alza de las cifras oficialmente reportadas de muertes que se atribuyen a la pandemia utilizando las cifras del exceso de muertes esperadas, se ha hecho necesario en casi todos los países por al menos tres razones: i) las estadísticas pueden excluir a víctimas que no fueron catalogadas positivas previamente, caso muy frecuente cuando la capacidad de pruebas y rastreo es de baja intensidad; ii) retrasos en el procesamiento de certificados de defunción en los hospitales y registros civiles; iii) dificultades producidas por la pandemia para el tratamiento médico de otras afecciones, lo que puede provocar indirectamente un aumento de muertes por enfermedades distintas al COVID-19. El

ha sido considerable desde las primeras semanas de la pandemia, y fue particularmente amplio en el pico del mes de enero de 2021. El Grupo de Trabajo Interinstitucional (2021), creado por las autoridades para la determinación de estas diferencias estadísticas, estimó, sin considerar causas específicas, un exceso de mortalidad de 45.1% para todo 2020. El número de defunciones excedentes de ese año (326,610) multiplica por un factor de 2.6 al número de las reportadas oficialmente por COVID-19 (125,485) durante el año. Otras estimaciones, como las del Institute for Health Metrics and Evaluation (2021), establecen un rango ligeramente mayor del mismo factor (2.8) para un periodo de tiempo más extendido que abarca los primeros quince meses de la pandemia (marzo de 2020 a mayo de 2021). Este ejercicio de registro y análisis estadístico se actualiza periódicamente, se ejecuta sobre la base en una variedad de estudios y evidencias empíricas para un total de 56 países, entre ellos México, y tiene la particularidad metodológica de identificar la fracción del exceso de mortalidad atribuible al COVID-19. De acuerdo con las estimaciones del IHME, los 219.4 miles de decesos reportados oficialmente en México por coronavirus habría que multiplicarlos por un factor de 2.83 veces. El resultado es una cifra ajustada de 621,962 fallecimientos acumulados por COVID en el periodo de referencia. En comparación con el resto de los casos nacionales incluidos en estas mediciones, México aparece como el tercer país con el mayor número de personas fallecidas a causa del virus SARS-CoV-2. Sólo lo superan Estados Unidos (con 46 muertes por cada cien más que en México por esa causa) e India (con 19 por cada cien). Una manera de ponderar estas diferencias es recordando que la población total de Estados Unidos es 2.6 veces mayor que la mexicana, mientras que la de la India la multiplica 11 veces.

“exceso de muertes” se estima tomando el número de personas que mueren por cualquier causa en un periodo y un país (o región o localidad) determinados, comparándolo con los datos estimados sobre la base de las tendencias históricas (o número de muertes que normalmente se habrían registrado en el periodo considerado). En la mayoría de los países de los que se tiene información, el número de muertes en exceso es mayor al de muertes por COVID-19 que fueron registrada oficialmente por las autoridades. Para una panorama comparativo de casi ochenta naciones, véase, entre otras fuentes, *The Economist* (2021).

Figura 1
Cuatro facetas de la mortandad del COVID-19 en México 1/



Los ocho países con el mayor número de fallecimientos por COVID-19 con cifras ajustadas por exceso de fallecimiento (acumulado de marzo 2020 a mayo 2021)

País	Cifras ajustadas (1)	Cifras reportadas (2)	(1)/(2)
E. U.	912 345	578 555	1.57
India	736 811	248 016	2.97
México	621 962	219 372	2.84
Brasil	616 914	423 307	1.46
Rusia	607 589	111 909	5.43
R. Unido	210 076	150 815	1.39
Irán	180 487	75 547	2.38
Italia	178 144	122 851	1.45

1/ La fecha de referencia de los datos por país es el 9 de mayo de 2021.

Fuente: elaboración propia con base en cifras de *Our World in Data* (2021), *The Economist* (2021) e Institute for Health Metrics and Evaluation (2021).

El enorme costo humano de la crisis sanitaria en México no puede ni debe disimularse, como tampoco sus consecuencias inmediatas y de mayor alcance temporal en las familias, las comunidades, la sociedad y la economía. Una dimensión entre otras muchas que deberán tomar en cuenta los especialistas, a la hora de analizar y hacer balances de lo ocurrido, es la trayectoria y el estado del sistema de salud. Al momento de manifestarse la pandemia el sistema había iniciado una reforma cuyo objetivo declarado es ofrecer la gratuidad de todos servicios y medicamentos en el marco de un sistema público unificado bajo la égida de una nueva institución, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). La puesta en marcha de esta reforma enfrentó y al mismo tiempo produjo, durante 2019 y 2020, un abanico de problemas de organización y financiamiento, entre otros, que afectaron en diversos grados la capacidad de gestión técnica y de recursos del sistema de salud, la operación y coordinación de los servicios, el mantenimiento de infraestructuras y la disponibilidad y adquisición de equipos y medicamentos. En este cuadro, la irrupción de una crisis de la complejidad y magnitudes como la del virus SARS-CoV-2 mostró de manera contundente las carencias y rezagos estructurales que predominan en el sistema de salud a pesar de las reformas, cambios legislativos, programáticos y orgánico-administrativos que las autoridades han impulsado durante el último cuarto de siglo.¹⁰

Entre otros factores que son fundamentales, el monto de recursos destinados a la formación bruta de capital fijo al conjunto del sistema de salud es crucial para asegurar la dotación progresiva de los medios de operación que requiere en las distintas esferas de intervención. En el periodo 2010-2018 México destinó anualmente una décima de punto porcentual (0.1%) del PIB a este tipo de gasto, la mitad de Chile, un tercio del promedio de Turquía, cinco y siete veces menos que Estados Unidos y Austria, respectivamente (OCDE 2021). Más allá de los objetivos declarados de las reformas

10 Entre otras iniciativas están las modificación de la Ley del IMSS en 1997 que creó el Seguro Social para la Familia; la creación en 2001 de la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); el establecimiento en 2003 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud Seguro Popular de Salud; la creación en 2011 del Seguro Médico para una Nueva Generación (Seguro Médico Siglo XXI). Durante el gobierno de E. Peña Nieto se planteó la creación —que no prosperó— de un Sistema de Seguridad Social Universal. La reforma que dio lugar a la creación del INSABI fue aprobada 29 de noviembre de 2019 y entró en vigor el 1° de enero de 2020.

y los cambios legislativos registrados en el sector desde hace más de dos décadas (incluyendo la reforma que está en curso), ninguna iniciativa se tradujo en una ampliación real de los recursos de capital necesarios para incrementar la acumulación de activos del sistema, condición financiera y material para mantener, mejorar y potenciar sus capacidades.

Casi en todas las esferas de la salud se pueden acreditar mejorías internas a lo largo del tiempo, pero en la mayoría de los casos los avances están lejos de eliminar o reducir significativamente los rezagos relativos del país en el campo de la salud pública —o mejor: de la salud considerada como un bien público. El contraste entre la situación de México y los promedios de los países de la OCDE, en indicadores básicos del estado de salud, de acceso y calidad de los servicios, de disponibilidad de recursos fiscales, financieros, personal médico y equipamiento, es muy ilustrativo sobre el orden de prelación relativamente menor del sistema de salud frente a otros sectores en la agenda de la política pública. Solo en 5 de 38 indicadores básicos incluidos en la Tabla 2, seleccionados entre los que reporta México a la OCDE,¹¹ el país presenta una posición favorable en comparación con los promedios del conjunto de los países que integran ese organismo multilateral. Los rezagos relativos del sistema de salud mexicano se manifiestan en casi todos los rubros generales. Su gasto real en salud por habitante permanece como el más bajo de la Organización, de cuyo nivel promedio representa alrededor de una cuarta parte. En los últimos diez años se amplió la brecha de los ritmos de crecimiento de esta clasificación del gasto de México y el promedio. El costo administrativo del gasto total de salud y nivel del gasto de bolsillo siguen siendo los más altos entre todos los países de la Organización. En ciertos renglones críticos de la salud, como mortalidad por infarto y otras isquemias, México registra un incremento de 22% entre 2000 y 2017, mientras que el promedio de la OCDE disminuyó en 42%. La información comparativa disponible, que abarca hasta el año 2018, no sugiere ninguna mejoría sus-

11 Saturno-Hernández *et al.* (2019) analizaron la cantidad y la calidad de los indicadores de salud que México reportó anualmente a la OCDE entre 2010 y 2016. De un total de 191 indicadores, México solo reportó 101 (53%). La mayor frecuencia de los no reportados pertenecen al rubro “Calidad de la atención”. Uno de los hallazgos de esta investigación es que en 29% de los casos la información proporcionada por México es de calidad deficiente.

tancial del panorama –calificado como preocupante– descrito en el más reciente estudio de la OCDE (2016) sobre el sistema de salud de México. No hay evidencia de que las deficiencias arraigadas estructuralmente en el sistema se hayan corregido, incluyendo su fragmentación orgánica. Un quinquenio después de la publicación de ese estudio, no hay hechos ni argumentos suficientes que permitan modificar, o siquiera matizar en un sentido positivo, una de sus más fuertes conclusiones:

México necesita un sistema de salud que se enfoque en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada toda vez que cuente con un costo efectivo y sostenible. Sin embargo, en muchos aspectos, el Sistema de salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad. [El análisis y la información de este Estudio] demuestran cómo las disposiciones actuales están fallando en diversos frentes (OCDE, 2016, p. 19).

En este marco estructural y de funcionamiento, el sistema de salud confrontó una situación de máximo estrés frente a las exigencias excepcionales que ha supuesto la gestión de la emergencia sanitaria desde marzo de 2020. No se cuenta aún con evaluaciones sistemáticas del desempeño del sector en 2020. Los distintos informes y análisis que se han producido ofrecen balances provisionales que documentan, con evidencia fragmentaria y distintos alcances temporales, problemas como el sesgo inevitable de la atención en detrimento de pacientes con enfermedades diferentes al COVID, las carencias de especialistas y equipamiento, la escasa atención prestada al seguimiento y el rastreo del virus y sus cadenas de contagio, la reconversión hospitalaria, las desigualdades de las tasas de letalidad entre hospitales públicos y privados, y en la dotación territorial de recursos y capacidades médicas, clínicas y hospitalarias.¹² La pandemia puso al sistema de salud frente a disyuntivas insalvables de gran complejidad para enfrentar, en las condiciones preexistentes y al inicio de un proceso de reestructuración administrativa, la propagación inesperada y exponencial del virus SARS-CoV-2.

12 Véanse, entre otros, UCSF 2021 e Instituto Belisario Domínguez 2021 y 2020.

Tabla 2

La salud en México: un resumen comparativo en 2017-2018

Indicador	Unidad de medida	México	Promedio OCDE
Estado de salud			
Esperanza de vida al nacer	Años	75.4	80.7
Muertes	por c/100 mil habitantes	367	208
Tasa de mortalidad por todas las causas	por c/100 mil habitantes	1,000	801
Tasa de mortalidad por causas prevenibles	por c/100 mil habitantes	212	133
Tasa de mortalidad por causa tratables	por c/100 mil habitantes	155	75
Mortalidad por infarto y otras isquemias	por c/100 mil habitantes	165	115
Mortalidad por infarto y otras isquemias	cambio % 2000-2017	+22	-42
Mortalidad infantil	por c/100 nacidos vivos	12.1	3.5
Tasa de mortalidad por todas las causas	por c/100 mil habitantes	1,000	801
Prevalencia de diabetes tipo I y tipo II	% de adultos	13.1	6.4
Fumadores habituales	% mayores de 15 años	7.6	18.0
Consumo de litros alcohol por habitante	% mayores de 15 años	4.4	8.9
Sobrepeso y obesidad	% mayores de 15 años	72.5	55.6
Muertes por contaminación	por c/100 mil habitantes	33.0	39.6
Acceso a y calidad de servicios de salud			
Población elegible servicios para básicos	% de la población total	89.3	98.4
Admisión hospitalaria por asma y EPOC	por c/100 mil habitantes	85	225
Mortalidad de 30 días por AIM	por c/100 mil habitantes	27.5	6.9
Recursos para servicios de salud			
Gasto en salud	dólares PPA por habitante	1,138	3,994
Gasto en salud	% del PIB	5.5	8.8
Gasto en salud de fuentes públicas	% del gasto total	51.3	71.2
Inversión de capital en salud	% gasto corriente en salud	1.3	5.6
Gasto real en salud anual por habitante	tasa % en 2008-2013	0.5	1.0
Gasto real en salud anual por habitante	tasa % en 2013-2008	1.1	2.4
Gasto de esquemas gubernamentales	% del gastos total	24	36
Gasto de seguros médicos obligatorios	% del gastos total	28	37
Gasto de seguro médico voluntario	% del gastos total	6	4
Gasto de bolsillo	% del gastos total	41	21
Gasto de bolsillo en servicios de salud	% del gasto total por hogar	3.6	3.3
Gasto en medicamentos al menudeo	dólares PPA por habitante	251	564
Nivel relativo de precios de salud	índice E. U.= 100	47	72
Médicos en servicios	por c/mil habitantes	2.4	3.5
Personal de enfermería	por c/mil habitantes	2.9	8.8
Otros indicadores críticos			
Cobertura de todos los servicios	% del gasto total en salud	52	73
Atención hospitalaria	% del gasto total en salud	66	88
Atención ambulatoria	% del gasto total en salud	85	77
Atención dental	% del gasto total en salud	7	29
Escáneres de CT	por c/millón de habitantes	6	27
Unidades de MRI	por c/millón de habitantes	3	17
Camas de hospital	por c/mil habitantes	1.4	4.7

Fuente: elaboración con base en OCDE (2019).

Una dimensión crítica de las exigencias de desempeño del sistema de salud en la gestión de la pandemia en México es el contexto económico social, sobre el que se regresará más adelante. De acuerdo con la medición de la pobreza más reciente que está disponible, en 2018, dos años antes de la contingencia sanitaria producida por la expansión del virus SARS-CoV-2, un total de 20.2 millones de personas no tenían acceso a los servicios de salud y 51.5 millones adicionales carecían de servicios de seguridad social.¹³ Dicho de otra forma, en ese año, 58 de cada cien habitantes del país se encontraban en estado de fragilidad e indefensión ante contingencias de salud y sanitarias –y esta situación no registraba ningún cambio significativo en 2020. En cuanto a la otra porción poblacional, la que tiene acceso a la salud, los informes de evaluación de la política social destacan la persistencia de desigualdades entre los distintos sistemas institucionales de atención a la salud, tanto en la esfera de los regímenes contributivos como en la de los no contributivos (CONEVAL, 2020). Tales diferencias incluyen costos, coberturas, calidad y oportunidad de los servicios. También hay diferencias importantes de cercanía y accesibilidad a los centros hospitalarios y de atención médica en función de la región y las localidades, lo que en la práctica dificulta el ejercicio del derecho a la salud, además de representar un riesgo de posibles desenlaces fatales que cobra mayor relevancia en el contexto de la pandemia.

Antes de la crisis sanitaria desencadenada por la expansión global del virus SARS-CoV-2, el sistema de salud de México ya atravesaba por una fase de desajustes estructurales y problemas operativos, de déficit de cobertura y calidad de los servicios, de dotación de recursos materiales y humanos, de desajustes persistentes que reclamaban la reestructuración de su diseño institucional. La atención integral de este conjunto de asignaturas quedará pendiente para el periodo de la post-pandemia –en el que se añadirán las huellas y secuelas que dejarán los pasos devastadores del COVID-19. La exigencia inmediata del sistema es asegurar una salida eficiente de la contingencia, que es la mayor crisis sanitaria del último siglo, reduciendo al máximo posible sus costos humanos, que, como ya se dijo, están entre los más altos del mundo. En esta fase (primavera de 2021), la prioridad es garantizar que se mantenga la tendencia descen-

13 La información está disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion//MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx>

dente del número de casos de infección, de hospitalizaciones, de muertes. Para conseguirlo, el recurso fundamental, pero no único, es acelerar el ritmo de la vacunación.

El proceso de vacunación se inició en México en la última semana de 2020. Su fluidez está condicionada por un factor que el país no tiene capacidad de controlar: la disponibilidad efectiva de vacunas, que depende por completo del suministro de un reducido grupo de productores internacionales que concentran la producción y distribución a escala global, y con una capacidad que hasta ahora es insuficiente para abastecer la demanda global en los plazos que exige la urgencia sanitaria. Internamente también se enfrentan limitaciones y obstáculos, casi todos logísticos y de gestión, que restan eficacia al proceso de vacunación, como se observó sobre todo durante sus primeras etapas. Al cabo de las primeras veinte semanas de la campaña de vacunación,¹⁴ México contó con un total de 28.1 millones de dosis de vacunación (24.1 millones los surtieron cinco laboratorios extranjeros y cuatro millones se envasaron en el país por el laboratorio Drugmex).¹⁵ En este lapso se aplicaron 26.9 millones de dosis.¹⁶ Debido al aumento en volumen y frecuencia de los suministros internacionales para México, el proceso de vacunación se intensificó relativamente en los meses de abril y mayo. En este último mes se administró, en números redondos, una tercera parte (32%) del número total de vacunas administradas a la población desde el 24 de diciembre de 2020.

En mayo de 2021 México era el décimo país en el mundo por el número total de vacunas aplicadas,¹⁷ aunque su rezago seguía siendo im-

14 Del 24 de diciembre de 2020 a finales de mayo de 2021.

15 Comunicado conjunto de las secretarías de Salud y la Defensa Nacional y BIR-MEX (12.05.2021). Los cinco proveedores extranjeros son: Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Sinovac, Gamayela y CanSino. Las dosis envasadas por Drugmex son de la vacuna CanSino Biologics.

16 Datos de vacunación al 24 de mayo de 2021.

17 Del total acumulado de vacunas que habían sido administradas en el mundo al 27 de mayo de 2021 (1,776 millones), China (31%), Estados Unidos (17%) e India (12%) daban cuenta del 60 por ciento. Reino Unido (3.6%), Brasil (3.5%), Alemania (2.7%), Francia (1.9%) e Italia (1.8) concentraban un 13.5% adicional, seguidos por Turquía y México (cada uno con 1.7%). Por sí solos, estos diez países concentraban 76.9% del total. Las siguientes diez naciones de esta lista respondían por otro 11 por ciento de las vacunas aplicadas hasta esa fecha. El

portante respecto del porcentaje de la población inmunizada. El panel gráfico de la figura 2 muestra la brecha considerable entre México y algunas de las naciones que en este lapso alcanzaron los mayores porcentajes de población vacunada al menos con una dosis, como Reino Unido, Estados Unidos, Chile y Uruguay, entre otros. La situación mexicana en este rubro es más cercana a la de Costa Rica, y se sitúa por debajo de Argentina y Brasil, dos países en los que la crisis sanitaria enfrenta una fase de descontrol debido al crecimiento de sus respectivas cadenas de infección. En cuanto al esquema completo de vacunación, en México se administró en este mismo periodo a casi 12 millones de personas, un renglón en el que su posición relativa también está muy alejada de los países con mejor desempeño (que multiplican el nivel mexicano por factores que varían entre 5 y 2 veces), y más bien se asemeja a la de Brasil, cercana a la de Costa Rica y solo superior a la de Argentina y Colombia.

La campaña de vacunación se confió a las llamadas brigadas especiales,¹⁸ un esquema semiprofesional que en la práctica desplazó al Programa Nacional de Vacunación Universal, que es el órgano colegiado del sector de la salud con facultades de coordinación en la materia y una experiencia acreditada. Aun considerando que el suministro de vacunas ha sido menor al que se previó originalmente con base en las negociaciones con los proveedores internacionales, la lentitud de la vacunación en relación con el volumen de las dosis recibidas –que fue notable en los primeros tres meses de la campaña– no se explica en su totalidad por este factor. Cano (2021), que ha hecho un seguimiento puntual y detallado del proceso de vacunación, muestra una brecha constante y considerable entre la disponibilidad de vacunas y su administración. De conformidad con sus estimaciones, dicha brecha tiende a ampliarse desde la segunda

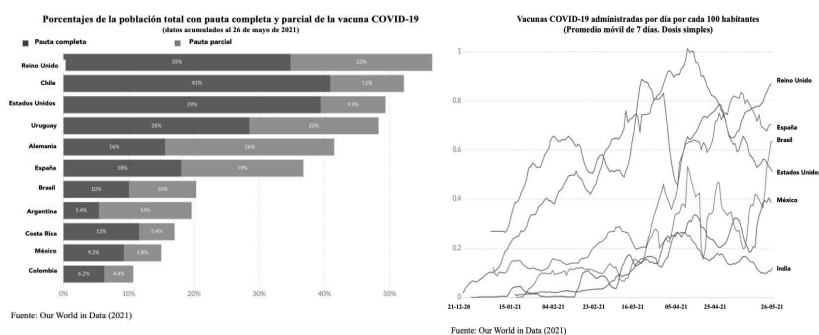
otro 12.7% de las vacunas aplicadas se repartió entre los 158 países restantes de un total de 178 incluidos en la base de datos de vacunación del *New York Times* (2021), que se actualiza cotidianamente.

18 Gobierno de México (2021). Las brigadas están integradas por once personas: un responsable del área médica, dos personas capacitadas en vacunación, dos “servidores de la nación”, dos promotores de programas sociales y cuatro miembros de las fuerzas armadas.

mitad de febrero, de manera que el inventario de vacunas no aplicadas habría fluctuado entre 5 y 8 millones diarias en algunos momentos en los meses de abril y mayo.

Figura 2

Evolución comparada de la campaña de vacunación de México



La discrepancia entre el inventario de vacunas y su aplicación es atribuible al modelo de vacunación por medio de brigadas, que son ubicuas y no aprovechan la capacidad instalada ni la experiencia acumulada del sistema nacional de vacunación universal. Una manera de observar la rapidez relativa de la vacunación es contrastando la progresión temporal del número de dosis administradas. El mismo panel gráfico muestra cómo, incluso en el bimestre abril-mayo, en el que la campaña de México cobró más dinamismo, su ritmo promedio sigue muy por debajo del de Estados Unidos y Reino Unido, que son parte del minúsculo grupo de naciones que acreditan los mayores avances cuantitativos en la inmunización de la población contra el COVID-19. El ritmo de vacunación de México es similar al de Brasil, y tiende a disociarse del de la India, que muestra una preocupante pérdida de impulso relativo.

La mayor celeridad de la vacunación en México desde la segunda mitad del mes de abril no se acompaña de elementos que permitan suponer con firmeza la sostenibilidad de un ciclo más vigoroso (como ocurrió

en diversos puntos de sus respectivos recorridos en Estados Unidos y España, e incluso, con altibajos y de manera comparativamente modesta, en Brasil en la fase más reciente). En las primeras doce semanas de la campaña, que concluyeron el 27 de marzo, la capacidad de vacunación de las brigadas especiales fue de 560 mil aplicaciones individuales en promedios simples por semana (para un total de 6.7 millones de aplicaciones). En las nueve semanas siguientes (28 de marzo a 29 de mayo) el promedio semanal de aplicaciones se cuadruplicó, llegando a 2.4 millones (para un total de 21.8 millones de dosis en el subperiodo). Este notable incremento se origina en primer lugar en la mayor fluidez de los suministros internacionales, que ya se señaló, y también en cierta mejora de la eficiencia de ejecución de las brigadas especiales (notablemente en la Ciudad de México y otros grandes centros urbanos del país).

El número de personas que recibieron la pauta completa de vacunación más el de las que aún deben completarla equivale, al final de las primeras 21 semanas epidemiológicas de 2021, a 15 por ciento de la población nacional. A este contingente demográfico se administraron los 28.5 millones de dosis de vacunas que se aplicaron desde que empezó la campaña. El escenario deseable es mejorar o al menos mantener, en las 31 semanas que restan de 2021, el ritmo promedio de vacunación observado entre el 28 de marzo y el 29 de mayo. Para mantener la velocidad de vacunación alcanzada en ese subperiodo se requeriría disponer de un total de 75.1 millones de dosis en lo que resta del año en curso. Esto equivale a multiplicar por 2.5 veces el número de las vacunas administradas hasta mayo. Si este escenario hipotético se verificase –y suponiendo una mezcla similar a la actual entre pautas completas e incompletas–, hacia final del año se habría vacunado a otro 40% de la población. Lo que equivale a decir que, un año después de haber dado inicio la campaña, 55% de la poblacional mexicana estaría protegida con la vacuna contra el COVID-19.

El planteamiento de tal escenario suscita varias interrogaciones. Aunque el progreso en las coberturas nacionales de vacunación de países como Estados Unidos y Reino Unido (aunado a la ampliación de los volú-

menes de producción de sus laboratorios) está aumentando la oferta de vacunas para el resto del mundo, persiste un sesgo hacia el “nacionalismo sanitario” en los países productores, al tiempo que la incertidumbre sobre la regularidad de los suministros está lejos de haberse desvanecido. Si bien el panorama internacional presenta en este aspecto una mejoría respecto del primer trimestre del año, ningún país, incluido México, tiene garantizado un programa de entregas en las cantidades y plazos que cada caso nacional exige. La incertidumbre crece y se hace más compleja, en un entorno general en el que el número diario de nuevos casos confirmados y de defunciones durante los primeros cinco meses de 2021 mantuvo en el mundo valores muy superiores a lo que se registraron durante todo 2020. En cada país y a escala global la evolución de la pandemia ha seguido hasta el presente una trayectoria sinuosa, de cuyas ondulaciones y recodos rebrotan sin cesar nuevos casos y nuevas variantes del virus. Esta trayectoria errática está en la base del escepticismo sobre una pronta recreación de las condiciones necesarias para que las sociedades recuperen su “normalidad”. Una normalidad a la que aún no parece factible regresar en lo que resta de 2021 y quizá durante una buena parte de 2022. Tal es, al menos, la percepción de algunos especialistas y científicos a la luz de la experiencia acumulada en el mundo al momento en el que la pandemia se adentra firmemente en su segundo año.¹⁹

La agenda sanitaria de México –y de todos los países, cada uno en su propia circunstancia– tiene dos exigencias inmediatas, que deben atenderse de manera simultánea junto con la intensificación de las vacunas: redoblar las acciones conducentes a cortar la transmisión del virus, y reforzar las capacidades de prevención de los efectos de la enfermedad y sus consecuencias fatales, en particular entre los sectores más vulnerables de la población.

19 Véase Aschwanden (2021). En este trabajo se sostiene que la vacunación puede hacer que el virus se disipe paulatinamente, pero a medida que surgen nuevas variantes y disminuye potencialmente la inmunidad a las infecciones, “podríamos encontrarnos meses o un año más adelante luchando contra la amenaza y lidiando con futuras oleadas”. En este mismo horizonte temporal, los científicos contemplan una nueva normalidad que no incluye la inmunidad colectiva.

2. El desplome económico y social y la negligencia no benigna

La irrupción de la pandemia exacerbó, a finales del primer trimestre de 2020, las tendencias recesivas que ya estaban presentes al menos un año antes en la economía mexicana. Al cierre de las actividades económicas no esenciales y la implantación de las normas de distanciamiento social siguió, de manera inmediata, un colapso de las actividades económicas. El segundo trimestre del año (T.2.20) fue escenario de una auténtica caída a plomo del nivel general de actividad que, tanto por su amplitud sectorial como por su severidad, carece de antecedentes en la historia económica mexicana posterior a la Gran Depresión de los años 1930.

Entre abril y junio de 2020 (y en varios casos desde marzo) el índice de actividad se derrumbó de manera simultánea a lo largo de todo el arco productivo. Sin excepción, los sectores observaron contracciones severas. En comparación con los niveles del periodo diciembre 2019-febrero 2020 (que en la mayoría de los casos ya evidenciaban los efectos de la recesión que había tomado curso algunos trimestres más atrás) el volumen de la producción descendió sectorialmente en proporciones excepcionales que fluctuaron entre 10 y 70%. Se produjo así, inducido por razones exógenas, un choque de la oferta agregada que a su vez impactó, sin mucha dilación de por medio, sobre la oferta. La investigación y el análisis empírico de las cadenas de causalidad y las consecuencias macroeconómicas de la interacción de estos choques casi paralelos, que son atribuibles a la pandemia, han producido ya algunos resultados.²⁰ La configuración secuencial del súbito colapso económico del T.2.20 partió del cierre de las actividades no esenciales,²¹ al que respondió una reduc-

20 Por ejemplo Banxico (2020), en donde se analizan efectos del choque de oferta y demanda sobre la dinámica de los precios. Véase también el artículo de José Casar, incluido en este mismo número de la *Revista de Economía Mexicana*, que analiza diversa dimensiones de este choque en el contexto de la política fiscal de 2020.

21 El choque de la oferta agregada fue un resultado directo de las medidas de distanciamiento social, y su dimensión estuvo determinada por el volumen del trabajo “desactivado” con el cierre de las llamadas actividades no esenciales y el paro parcial de otras cuya operación exige inevitablemente la interacción de las personas.

ción sectorialmente heterogénea de la demanda de bienes y servicios. Conforme el desempleo y la desocupación se disparaban y los ingresos salariales de las familias y los individuos decrecían, se gestó un impacto real y potencial (o efecto de “segundo orden”) sobre la demanda, reforzando una espiral descendente sobre el producto, el empleo, los ingresos y el consumo, que condujo a reducciones adicionales de la oferta. Si bien los choques de la oferta y la demanda mostraron grados diferenciados de intensidad y persistencia, su efecto fue instantáneo, con pérdidas que se acumularon en los resultados de la economía en el resto de 2020 y los trimestres –y en varios aspectos quizá años– posteriores.

La trayectoria sectorial del choque ejercido por la pandemia sobre el aparato productivo muestra que las actividades en las que el impacto inicial fue más severo son las mismas en las que la contracción ha sido más persistente (Tabla 3). Se trata de los servicios de transportación, de los servicios culturales, deportivos y de esparcimiento, la hostelería y la restauración, en los que las interacciones personales y sociales son intensivas, más algunos segmentos especializados de las industrias de la construcción, editorial, textil y de bienes muebles. Los índices de actividad de estos sectores sufrieron las caídas más pronunciadas de toda la economía en el T.2.20 y ninguno logró en los meses posteriores restablecer el nivel de producción de los meses inmediatamente anteriores a la pandemia. Al finalizar 2020, dichos índices registraban entre 6 y 39 puntos porcentuales menos respecto de los valores que prevalecían al inicio del año. Este conjunto de actividades es el origen de poco más de una quinta parte (22%) del PIB total.

En un segundo segmento del aparato productivo, más numeroso y con mayor peso relativo (es la fuente de 57% del PIB), el impacto inmediato del cierre parcial de la economía fue también severo, pero su intensidad fue aminorando hasta cierto grado en el transcurso del segundo semestre del año. Además de algunos servicios significativos (educación y salud, banca y finanzas, comercio al menudeo, servicios profesionales), este grupo está compuesto mayoritariamente por industrias básicas (como las energéticas) y por ramas de la industria manufacturera de gran im-

pacto directo e indirecto en el producto, el empleo y el comercio exterior, como fabricación de maquinaria y equipo, equipos de transportación, productos metálicos básicos, la industria química. El núcleo industrial de este segundo segmento quedó semiparalizado en el T.2.20, con reducciones promedio de la actividad entre 80 y 20% respecto de los primeros meses del año. La reclasificación de las actividades no esenciales a finales de mayo facilitó el repunte relativo que registraron las ramas productivas incluidas en este grupo en los meses posteriores. Hacia finales de 2020, se observaban en todas ellas niveles de actividad ligeramente por debajo de sus valores de enero y febrero.

Un tercer grupo de actividades económicas está constituido por actividades ligadas a la producción de bienes de primera necesidad, como la industria alimentaria y el sector agropecuario, la prestación de servicios básicos como el comercio mayorista, la fabricación de insumos de uso generalizado (combustibles, plásticos, metales, papel y cartón) o de equipos de cómputo y comunicación, que se tornaron en herramientas indispensables para el trabajo en el hogar y los servicios educativos a distancia, entre otros, que impuso el confinamiento social. Estos segmentos del aparato productivo también resintieron la dureza de los efectos contractivos del congelamiento económico-social del T.2.20, pero debido a su carácter esencial, en el transcurso del tercer trimestre del año pudieron restablecer –y en algunos casos hasta rebasar– los niveles de producción de principios de 2020. Este tercer grupo genera una quinta parte (21%) del PIB total.

La distribución territorial del gran abatimiento del producto en el T.2.20 y en los meses subsiguientes está determinado por la estructura y el patrón de especialización económica regionales. El predominio de los servicios turísticos en las economías de los dos polos peninsulares del país, en el Mar Caribe y el Golfo de California, deprimió durante casi todo el año el empleo y el ingreso. La implantación de empresas vinculadas a las grandes cadenas internacionales de valor y a las corrientes de comercio internacional de productos manufacturados, que es dominante en el corredor industrial-exportador del Bajío y los estados fronterizos

con Estados Unidos, encajó el gran impacto inicial del cierre económico con fuertes caídas del producto y el empleo, experimentando posteriormente rebrotes y repuntes incipientes que en algunos casos parecen estar consolidándose. En las regiones en las que la producción primaria tiene un peso relativamente alto, y en especial en las que las actividades agroalimentarias tienen mayor relevancia, la economía y el empleo tendieron generalmente a decaer con menor fuerza.²²

En términos del producto agregado, la pandemia profundizó el curso declinante del ciclo económico, dando lugar en 2020 a la mayor contracción del producto agregado desde 1932. La trayectoria de esta recesión presenta algunos rasgos peculiares en comparación con los “hechos estilizados” de otras grandes fases recesivas (1981, 1985, 1994, 2008). Uno es que el desplome súbito y pronunciado de la actividad y el empleo esta vez no provino directamente de desequilibrios macroeconómicos y financieros ni de la balanza de pagos, y tampoco se acompañó de corridas especulativas y cambiarias ni de presiones inflacionarias insostenibles. Como se argumentó en otro texto (Godínez 2020), la recesión actual, cuyo curso fue magnificado por la pandemia, tiene sobre todo un origen estructural (la insuficiencia de largo plazo de la formación de capital) que se explica en gran medida por la postura restrictiva que mantuvieron en este renglón de la política económica los últimos gobiernos, incluyendo el que ahora está en funciones. En comparación con las cuatro recesiones que la precedieron, la actual tuvo un inicio casi imperceptible, propio de una economía que había entrado en un “punto muerto”, como si fuera la prolongación inevitable de la larga crisis de crecimiento que padece la economía mexicana. No fue precipitada por un estallido financiero y monetario al estilo de los que ocurrieron en las décadas anteriores, sino por su paulatino deslizamiento a un estado de falta de estímulos dinámicos sustentables. Al cabo de los primeros cuatro trimestres, en el T.1.20, el decrecimiento acumulado del producto era el menor de todas recesiones ocurridas en los últimos cuarenta años (Tabla 4).

22 Véase el examen detallado del itinerario secto-regional de la crisis de productiva de 2020 de Mendoza *et al.* incluido en este número mismo de la revista.

Tabla 3
Evolución del Índice global de actividad económica por componentes, marzo-diciembre de 2020
(Datos desestacionalizados. Promedio diciembre de 2019 / febrero de 2020 = 100)

Clave SCIAN	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Sectores y subsectores con impacto persistente										
3231	100.0	52.9	69.3	67.71	75.7	87.2	86.0	85.6	89.2	93.6
337	90.1	37.9	37.8	74.7	89.4	91.4	92.2	94.2	91.8	92
48-49	98.8	72.8	72.1	78.2	80.6	81.9	88.0	87.5	90.3	91.2
236	99.8	59.0	63.0	77.8	78.6	90.2	81.3	88.1	92.7	88.0
71	91.6	70.7	66.8	72.2	80.5	80.4	81.4	81.4	81.5	80.5
213	96.0	98.4	99.3	92.9	92.6	90.6	88.8	85.0	85.8	79.7
237	96.4	80.5	79.1	80.0	79.6	81.7	81.2	81.5	80.1	79.3
316	91.5	14.9	14.7	49.0	66.6	71.8	74.2	79.9	79.3	78.5
315	91.2	25.1	25.5	42.6	60.5	68.9	72.1	72.4	77.9	74.4
72	74.0	29.5	29.0	32.3	40.3	48.6	56.9	57.5	59.1	60.6
Sectores y subsectores con impacto severo										
33	93.6	63.1	59.4	84.2	86.5	92.0	92.8	97.8	98.3	99.8
61-62	99.0	99.4	99.0	98.9	97.4	99.4	99.4	99.8	99.5	99.7
238	96.9	76.0	69.5	82.0	84.3	90.1	97.3	97.4	96.2	99.5
313	98.1	27.6	29.1	56.4	71.8	82.9	89.2	89.8	91.1	98.7
331	95.9	79.0	81.5	76.5	82.6	87.8	97.5	98.3	98.3	98.5
339	99.0	73.3	77.3	82.1	90.2	96.5	97.6	97.4	99.3	98.4
336	82.9	14.1	20.7	75.1	94.0	91.3	96.2	96.1	96.5	98.3
321	90.1	63.15	57.9	75.6	84.5	91.0	90.9	98.1	100.4	98.2
46	97.2	67.5	67.2	80.0	94.1	92.2	93.1	96.9	99.7	98.2

314	99.5	41.4	54.8	73.3	91.2	93.6	95.4	96.4	95.8	98.1
325	101.1	94.4	88.6	91.5	94.8	97.5	97.7	98.8	98.4	98.0
52-53	100.3	97.3	99.5	98.8	98.5	98.8	99.0	99.0	98.7	98.0
54	99.6	99.1	99.4	90.4	99.6	98.0	98.5	98.1	96.6	97.2
211	100.8	100.0	95.9	94.4	94.2	95.9	96.2	96.6	96.4	96.6
312	95.8	62.6	61.6	84.7	101.3	103.1	101.0	102.7	104.1	96.5
22	98.0	97.2	86.2	86.4	92.5	98.7	95.2	96.4	93.7	95.6
Sectores y subsectores con impactos fuerte y medio										
211-212	99.3	98.2	100.7	100.0	79.7	92.4	113.6	112.9	95.6	111.9
334	100.3	78.6	78.3	95.6	104.9	100.8	104.5	104.5	102.4	108.7
326	97.0	65.9	60.2	82.9	93.0	99.5	108.8	102.6	100.6	106.5
335	101.0	89.2	79.0	82.5	99.1	102.5	106.6	107.1	108.6	106.5
43	97.8	84.6	71.6	90.4	93.2	92.6	97.0	98.8	100.7	104.6
332	98.3	62.6	57.9	74.4	97.6	99.4	100.4	104.1	102.6	104.4
11	106.4	102.8	104.3	98.7	112.4	106.7	107.8	108.3	108.4	103.7
327	98.4	60.8	66.6	82.6	91.5	97.7	98.6	99.8	100.5	101.8
311	100.8	99.7	98.4	98.7	99.6	98.8	100.0	100.3	100.1	100.6
322	101.3	94.9	82.5	87.5	94.5	98.4	99.7	100.5	100.8	100.5

Impacto persistente.- 3231. Impresión e industrias conexas. 337. Fabricación de muebles, colchones y persianas. 49-49. Transportes, correos y almacenamiento. 23. Edificación. 71. Servicios de esparcimiento culturales y deportivos y otros servicios recreativos. 213. Servicios relacionados con la minería. 237. Construcción de obras de ingeniería civil. 316. Curtido y acabado de cuero y piel y derivados. 315. Prendas de vestir. 72. Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos. Impacto severo.- 33. Maquinaria y equipo. 61-62. Servicios educativos y Servicios de salud y de asistencia social. 238. Trabajos especializados para la construcción. 313. Fabricación de insumos y acabados textiles. 331. Industrias metálicas básicas. 339. Otras industrias manufactureras. 336. Fabricación de equipo de transporte. 321. Industria de la maquina. 46. Comercio al por menor. 314. Fabricación de productos textiles excepto prendas de vestir. 325. Industria química. 52-53. Servicios financieros y de seguros y Servicios inmobiliarios y de alquiler. 54. Servicios profesionales, científicos y técnicos. 211. Extracción de petróleo y gas. 312. Industria de las bebidas y el tabaco. 22. Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica. Impacto fuerte y medio.- 211-212. Petróleo y carbón. 334. Fabricación de equipo de cómputo, comunicación, medición y otros. 326 Industrias del plástico y el hule. 335. Fabricación de accesorios, aparatos eléctricos y de generación eléctrica. 43. Comercio al por mayor. 332. Fabricación de productos metálicos. 11. Agricultura, aprovechamiento forestal, ganadería, pesca y caza. 327. Fabricación de productos a base de minerales no metálicos. 311 Industria alimentaria. 322. Industrias del papel.

Fuente: Adaptado de Díaz de León (2021) con base en información del INEGI.

La irrupción de la pandemia precipitó el gran colapso del T.2.20, que ya fue referido, alterando por completo el curso del ciclo recesivo iniciado 12 meses antes. Otro rasgo característico es el repunte posterior a esta gran caída de la economía, dado que al cierre del T.3.20 el valor del producto agregado había recuperado diez puntos porcentuales. Más que a factores idiosincrásicos o estructurales, dicha reactivación se debe al relajamiento relativo de las restricciones impuestas por la pandemia, un hecho que se registró prácticamente en todo el mundo.²³ Esta reacción está lejos de sugerir una pronta recuperación de la economía considerada en su conjunto. Los datos del T.4.20 y del T.1.21 muestran que el repunte sigue en curso, pero a una menor velocidad. Al cabo del octavo trimestre del inicio de la recesión, el volumen del producto agregado está cinco puntos por debajo de la inmediata precrisis, una situación comparable con la recesión que siguió al estallamiento de la crisis de la deuda externa al inicio de la década 1980, en tanto que en los ciclos de 1985, 1994 y 2008 la economía se encontraba en ese momento en la puerta de salida de la recesión. Salvo que en el transcurso de 2021 llegara a producirse una contracción (que podría originarse en un regreso al confinamiento por un repunte eventual de la pandemia), es muy probable que la duración del actual episodio recesivo –con todo y ser el más severo– no sea diferente al del patrón temporal de los ciclos económicos de México desde principios de la década 1980.²⁴

23 Este hecho dio una respuesta a las interrogantes teórico-analíticas de varios economistas en el mundo acerca de la forma en que se habría de conformar la recesión inducida por la pandemia, en “L” o en “V”, como finalmente sucedió. Véase la discusión sobre el caso estadounidense de Gregory *et al.* (2020).

24 De acuerdo con Heath (2011), la duración de los momentos recesivos de los ciclos económicos de México de 1980 a 2009 se ubica entre un mínimo de 18.5 y un máximo de 36 meses.

Tabla 4

*Evolución del índice trimestral del PIB en cinco recesiones
(Serie con ajuste estacional a precios de 2013)*

Trimestre	1981-4	1985-3	1994-4	2008-2	2019-1
0	100.00	100.00	100.00	100.00	100.0
1	98.99	99.82	94.20	100.31	99.90
2	99.11	97.87	89.63	98.70	99.70
3	98.60	96.74	91.37	93.68	99.07
4	96.29	95.27	93.08	92.26	97.62
5	94.72	94.69	95.51	95.26	81.15
6	93.03	95.62	96.84	96.90	91.26
7	93.40	98.20	98.53	97.93	94.20
8	94.62	98.95	101.44	98.97	95.02

Nota: el trimestre de referencia ("trimestre 0") corresponde a la cima del ciclo económico precedente.

Fuente: elaborado con base en información del Sistema de Cuentas Nacionales del INEGI.

Un colapso como el ocurrido en el T2.20 tienen numerosas secuelas económicas y sociales de carácter acumulativo. Entre ellas, las huellas que deja en el mercado de trabajo son profundas. Un dato que resume las consecuencias laborales de la pandemia, y a la vez las fragilidades estructurales del mercado de trabajo, es la reducción de la población económicamente activa. Las personas en edad de trabajar (15 años y más) que ya tuvieron una relación laboral o que están a la búsqueda de un empleo formaban un contingente de 57 millones en el T.1.20; un año más tarde, en el T.2.21, su número cayó a 55.4 millones.

Como puede verse en la figura 3, cuando la economía se deslizaba lentamente hacia la recesión, la tasa de desocupación de la fuerza de trabajo (expresada en porcentajes de la PEA) se mantuvo alrededor de valores promedio de 3.3% (en línea con los del trienio 2016-2018, de los más bajos en muchos años). La desocupación se disparó a partir del confinamiento económico y social, alcanzando su valor más elevado en el T.3.20. A pesar

de la reanimación de varios segmentos de la economía desde la segunda mitad de 2020, el nivel general de este indicador sigue elevado (4.4% en el T.1.2021, el mayor desde finales 2015). Por su parte, la tasa de subocupación (ocupados que trabajan menos tiempo del que están dispuestos a laborar), que venía experimentando incrementos paulatinos desde el T.2.19, no al ritmo pero sí al mismo tiempo que tomaba curso la recesión, observó una subida extraordinaria: casi se triplicó entre el primero y el segundo trimestres de 2020, y aunque en los siguientes tres trimestres tiende a ser menor, la porción de la PEA en esta situación es una de las mayores de la historia económica reciente, 13.2% en el T.1.21, cinco puntos porcentuales o casi dos terceras partes más en comparación con la tasa de un año antes. El número de trabajadoras y trabajadores que se encontraban en esta situación laboral en marzo de 2021 ascendía a 7.1 millones (dos millones más que un año antes).

En consecuencia, en este mismo lapso también subieron significativamente las tasas de la población no económicamente activa (quienes no buscan empleo en forma activa, pero tienen disponibilidad de trabajar) y la parte de la PEA en condiciones críticas de ocupación (ocupados que trabajan menos de 35 horas a la semana por razones de mercado, que trabajan más de 35 horas con ingresos menores al salario mínimo, o más de 48 horas, pero percibiendo menos de dos salarios mínimos).

El impacto laboral de la crisis sanitaria ha sido muy fuerte en México, y sus efectos profundizaron un proceso de debilitamiento del mercado de trabajo que ya estaba en curso antes de la emergencia del SARS-CoV-2. El volumen del contingente mayoritario del empleo formal en México, representado por los trabajadores afiliados al Seguro Social, inició desde fines de 2018, cinco trimestres antes de que se decretase la crisis sanitaria, una pronunciada desaceleración, como se muestra en el panel gráfico incluido en la figura 3. Una parte de la explicación de esta tendencia está en la disminución del personal ocupado en la industria manufacturera, producto de la pérdida de dinamismo en los años previos a la pandemia de algunas ramas vinculadas a las cadenas internacionales de valor (i.e.

la automotriz), o en menor medida, en la ya prolongada crisis de la industria de la construcción, en la que desapareció una quinta parte de los puestos de trabajo entre 2011 y 2019.²⁵ De manera general, el debilitamiento del mercado de trabajo formal traduce la pérdida de impulso de la economía y la progresiva entrada en recesión de diversas actividades productivas en el transcurso del bienio 2018-2019.

Como es evidente, las bajas registradas en la PEA, la pérdida de empleos formales y la degradación laboral, que suponen la ampliación del subempleo y de la ocupación en condiciones críticas, tienen repercusiones negativas en materia de ingreso y derechos laborales y sociales, y por tanto representan una grave amenaza para el bienestar y la seguridad de millones de individuos y familias. En México, el grado de vulnerabilidad de los trabajadores y sus dependientes está estrechamente relacionado con la situación laboral —una relación que se torna tanto más crítica en un contexto de emergencia sanitaria y económica como el desatado por la pandemia del SARS-CoV-2. Las y los trabajadores subordinados y remunerados representaban 70% de la ocupación total en el T.1.20 y 68 por ciento en el T.1.21 (ENOE 2021).²⁶ De acuerdo con las estimaciones del CONEVAL (2020), 77% de este contingente (que equivale a 53% de la población ocupada total) carecía, en tanto que prestación laboral, de servicios de seguridad social. Por su parte, la población que trabaja por cuenta propia (23% de la ocupación total, sin considerar jubilados) carece por completo de estas prestaciones. Puede decirse, por tanto, que tres cuartas partes de la población ocupada de México está marginada de prestaciones laborales, incluida, en primer término, la seguridad social.

25 De acuerdo a la ENOE citados por CONEVAL (2020), ocho de cada diez trabajadores ocupados en la industria de la construcción carecen de prestaciones laborales básicas, como servicios médicos, y por tanto no están afiliados al régimen de la seguridad social.

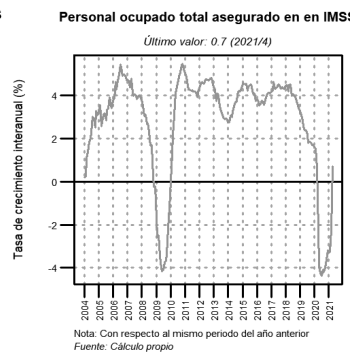
26 Este cambio porcentual significa que, en los primeros doce meses de la pandemia, dicha categoría laboral experimentó una disminución de 2.2 millones de efectivos.

Figura 3
Huellas laborales de la recesión y la pandemia del SARS-CoV-2

Trimestre	Indicadores de empleo				
	Tasa de Desocupación 1/	Tasa de Subocupación como % de la PEA 2/	PNEAD como % de FTP 3/	Brecha Laboral como % de FTP 4/	Tasa de Condiciones Críticas de Ocupación 5/
1T 2016	4.04	7.63	10.20	20.68	13.95
2T 2016	3.93	7.60	9.92	20.30	14.50
3T 2016	4.03	7.44	9.24	19.65	13.55
4T 2016	3.54	6.81	9.84	19.17	13.06
1T 2017	3.39	6.90	9.66	18.96	14.43
2T 2017	3.46	6.98	9.69	19.12	13.24
3T 2017	3.55	6.78	9.11	18.51	13.37
4T 2017	3.35	6.61	9.34	18.36	14.32
1T 2018	3.14	6.55	9.58	18.34	15.55
2T 2018	3.34	6.88	9.10	18.39	15.37
3T 2018	3.46	6.84	9.08	18.44	15.55
4T 2018	3.26	6.57	9.44	18.34	15.30
1T 2019	3.37	6.57	9.19	18.21	18.96
2T 2019	3.54	7.46	9.04	19.04	18.85
3T 2019	3.74	7.56	9.29	19.54	19.13
4T 2019	3.37	7.46	9.19	19.02	18.80
1T 2020	3.45	8.17	9.14	19.70	22.58
2T 2020	4.81	23.76	27.01	47.86	26.55
3T 2020	5.15	16.17	16.81	34.54	23.86
4T 2020	4.56	14.56	13.78	30.27	23.47
1T 2021	4.35	13.22	13.11	28.38	25.80

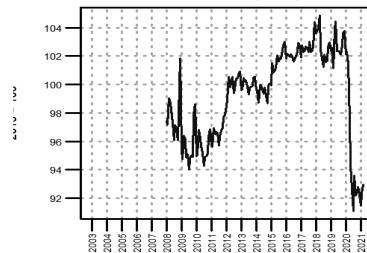
Fuente: SIEM, con base en datos de la ENOE.

1./ Tasa en % de la PEA. 2./ Población no económicamente activa disponible en % de la fuerza de trabajo potencial (FTP = PEA + PNEAD). 3./ Desocupación + subocupación + PNEAD en % de la fuerza de trabajo potencial.



Índice del personal ocupado en servicios no financieros

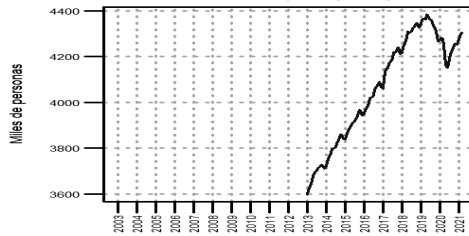
Último valor: 93.0 (2021/3)



Nota: Sin ajustes por estacionalidad
Fuente: INEGI. Servicios Web

Personal ocupado en la industria manufacturera

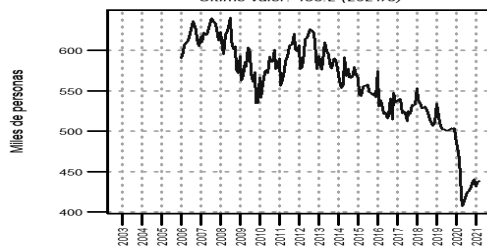
Último valor: 4,305.5 (2021/3)



Nota: Sin ajustes por estacionalidad
Fuente: INEGI. Servicios Web

Personal ocupado en la construcción

Último valor: 438.2 (2021/3)



Nota: Sin ajustes por estacionalidad
Fuente: INEGI. Servicios Web

La combinación nada virtuosa entre la privación histórica de prestaciones básicas de la mayor parte de la fuerza de trabajo y los severos efectos de la pandemia sobre el mercado laboral tiene consecuencias distributivas inmediatas y repercuten en los ámbitos de la pobreza y la desigualdad. Los artículos de Luis Monroy y de Cerecero, Barroso y Bautista, incluidos en este mismo número de la revista, analizan distintas dimensiones de los efectos de la crisis económico-sanitaria en la desigualdad del ingreso salarial de los trabajadores y los hogares. La más reciente medición de la pobreza laboral por parte del CONEVAL arroja resultados comparables entre el T.1.20 y el T.1.21 que permiten observar algunas de las consecuencias más significativas de la crisis económico-sanitaria en el plano social.²⁷ Como puede apreciarse en el recuadro 1, todas ellas suponen importantes retrocesos en el plano del bienestar en la población de menores ingresos, y tienen implicaciones preocupantes en el corto y largo plazos en materia de inclusión económica y cohesión social.

Es apabullante el legado social de un año dominado por la mayor contracción del producto y la mayor crisis sanitaria que se hayan registrado en casi un siglo: pérdida del poder adquisitivo de los ingresos laborales, ampliación de la brecha distributiva de los ingresos del trabajo, incremento del coeficiente de Gini, reconcentración de la ocupación en bajos rangos salariales, reducción de la masa salarial, aumento de las líneas de pobreza por ingresos, expansión de la informalidad laboral, mayor relación de dependencia en los hogares. A este deterioro masivo de las condiciones de vida se suma el drama comunitario, familiar y personal que hay detrás de los cientos de miles de decesos por COVID-19.

En 2020 se configuró un panorama económico y social de alto riesgo, en el que la interacción entre los diversos factores de exclusión y vulnerabilidad que prevalecen en nuestro modelo de desarrollo expuso a sectores mayoritarios –los más pobres y desprotegidos– de la población a un proceso de destrucción, agotamiento y erosión de sus activos humanos y materiales. El déficit histórico de los mecanismos de inclusión –que están estrechamente relacionados con las instituciones económicas– reveló la persistencia de defectos de interlocución entre “lo social” y la política pública, que impiden contrarrestar o reducir prácticas y situaciones

.....
²⁷ Los resultados pueden consultarse en CONEVAL (2021)..

de exclusión, especialmente del mercado laboral, que obstaculizan y ponen en peligro la cohesión social.

Recuadro 1

Cambios de la pobreza laboral entre el T.1.20 y el T.121: un resumen

Poder adquisitivo del ingreso laboral real por persona: disminución de 4.8% entre el primer trimestre 2020 y el primer trimestre 2021, al pasar de \$1,919.84 a \$1,827.39. Esta variación anual del ingreso laboral representa una pérdida de \$92.46 pesos respecto al primer trimestre de 2020, antes del inicio de la pandemia por COVID-19.

Desigualdad en la distribución del ingreso laboral promedio por persona: la disminución del ingreso laboral por persona se concentra en el primer y segundo quintil de ingresos laborales. En el primero pasó de \$156.46 a \$92.69 pesos constantes (40.8% anual); para el segundo, de \$868.90 a \$769.11 (11.5% anual). En 20% de la población con mayores ingresos (quinto quintil) la disminución fue de 1.5%.

Coefficiente de Gini: tales disminuciones se traducen en un aumento anual de la desigualdad del ingreso laboral real per cápita promedio, que pasan el coeficiente de 0.490 a 0.512.

Ocupación por rangos de salarios: las personas ocupadas con ingreso laboral menor al salario mínimo aumentaron 3% al pasar de 29.3 a 32.3%; los ocupados con ingresos de más de dos y hasta tres salarios disminuyó 2.7%, pasando de 17.5 a 14.8% del total de ocupados. Resultado: reconcentración de ocupados en rangos de salarios más bajos.

Masa salarial: cayó 3.8%, pasando de \$218,146.98 a \$209,821.71 millones de pesos (\$8,325.27 millones de pesos menos), como consecuencia del descenso del ingreso laboral real y el número de ocupados.

Líneas de pobreza extrema por ingresos (valor monetario de la canasta alimentaria): aumentaron 3.7% en zonas urbanas y 4.0% en zonas rurales.

Población con un ingreso laboral inferior al costo de la canasta alimentaria: pasó de 35.6 a 39.4%, debido a la disminución del ingreso laboral real y el aumento en los precios de la canasta alimentaria.

Informalidad: disminución de 5.5% de la ocupación; el porcentaje de ocupados informales con ingreso laboral promedio debajo de la canasta alimentaria pasó de 19.9 a 19.8%. El ingreso laboral real disminuyó 1.6%. Las mayores caídas fueron en los transportes, comunicaciones, correo y almacenamiento (11%); en servicios sociales (4.7%); en restaurantes y servicios de alojamiento (4.5%).

Relación de dependientes económicos en los hogares por residente ocupado: pasó de 1.4 a 1.5 (4.3%).

Los costos de la crisis económico-sanitaria se han concentrado de una forma desproporcionada en los sectores económica y socialmente más vulnerables. La experiencia nacional e internacional ofrece numerosos ejemplos para sugerir que las consecuencias negativas de este choque social seguirán manifestándose en los próximos años. Es un hecho estilizado de los esquemas de desarrollo sin redes sólidamente institucionalizadas de protección social, como lo es en gran medida el mexicano, que en los momentos de contracción económica tienden a desaparecer las ganancias materiales y de bienestar que hubieran podido obtener en las fases previas de expansión los sectores ubicados en la parte baja de la distribución. La restauración del statu quo ante –si llega a ocurrir– no es automática ni inmediata. Y tanto más si se considera que ahora está presente un factor adicional: la prolongación temporal de los efectos regresivos de la pandemia en el plano de la distribución y la desigualdad. Hay un cúmulo creciente de investigaciones empíricas sobre las probables consecuencias agregadas del COVID-19 en dichos planos, que se basan en la experiencia de otras epidemias históricas. El análisis comparativo realizado por Feuci, Loungani *et al.* (2021) de cinco eventos sanitarios en un grupo representativo de países muestra que las grandes epidemias del siglo XXI aumentaron la desigualdad y redujeron la participación en el ingreso general de los deciles inferiores, al tiempo que también disminuyeron las oportunidades de empleo de la fuerza de trabajo menos calificada. Los datos aportados en este estudio muestran que esas pandemias dieron lugar en los países considerados a un aumento persistente de la desigualdad medida por el índice de Gini, a lo largo de un periodo promedio de cinco años posteriores a las crisis epidémicas.²⁸

La imbricación de la crisis sanitaria y la crisis económica trastocó los escenarios del desarrollo de todos los países a partir de 2020 y alteró radicalmente los supuestos que sustentaban el diseño, la toma de decisiones y el orden de prelación de sus políticas públicas. Es de sobra conocido que la reacción de la mayoría de los gobiernos fue la adopción de un conjunto de medidas de emergencia que supuso un cambio inopi-

28 Las cinco epidemias incluidas en este análisis son SARS (2003), H1N1 (2009), MERS (2012), Ébola (2014) y Zika (2016).

nado del régimen de política económica “neoliberal” que predominó en el mundo desde los años 1980. La mayoría de los bancos centrales abrieron la llave de la liquidez, las autoridades fiscales realizaron cuantiosas transferencias monetarias a los hogares y las empresas, y otorgaron variados subsidios salariales y tributarios, todo ello en adición a la puesta en movimiento, bajo condiciones de exigencia extrema, de sus respectivas redes de seguridad, seguro de desempleo y asistencia social. Más allá del alcance efectivo que en cada caso nacional tuvo este paquete de medidas para prevenir mayores caídas del producto y el empleo, el giro de la política económica dio lugar a un cambio sin precedentes, por su rapidez y los montos involucrados, hacia una postura abiertamente expansiva y la consiguiente ampliación del déficit fiscal y la deuda pública.²⁹

Las acciones del gobierno mexicano fueron globalmente más modestas.³⁰ En términos fiscales los efectos de sus medidas fueron casi nulos. El análisis de José Casar en su contribución a esta entrega de la *Revista de Economía Mexicana* deja ver un tímido esfuerzo fiscal ante la crisis sanitaria (equivalente a 0.7% del PIB, en 2020), que lo es no solo en comparación con el realizado por otros gobiernos, sino por los montos relativos del presupuesto que fueron asignados a los programas de apoyo que se adoptaron para contrarrestar los estragos económicos y sociales de la emergencia sanitaria. La política fiscal y presupuestaria no registró en 2020 ningún cambio sustancial respecto de la postura asumida en 2019: una postura que tiene como prioridad mantener un control férreo del déficit primario, que al cierre de 2020 presentó una variación de un punto porcentual del PIB (que fue con mucho la menor frente a la que registraron las principales economías de la OCDE y del grupo de países de ingresos medios).

29 Al cierre de 2020, el déficit fiscal de los países avanzados promedió 11.7 del PIB, en las economías emergentes llegó a 9.8% y en los países de ingresos bajos a 5.5% (FMI, 2021).

30 Los programas adoptados son descritos detalladamente en el sitio web del Gobierno de México, www.gob.mx/covid19medidaseconomicas. En términos generales, son acciones de apoyo para personas y grupos vulnerables y de bajos recursos, incluyendo créditos y ayudas financieras para micro y pequeñas empresas, más diversos programas de reforzamiento del sistema sanitario y de salud.

A la luz de los resultados sanitarios y sociales de 2020 y sus implicaciones de corto, mediano y largo plazos, mantener la inflexibilidad de la política fiscal –que está anclada en una aversión de las autoridades al aumento del déficit primario y del endeudamiento– no asegura el financiamiento de la agenda de reconstrucción, o al menos de reparación de daños mayores, que se vislumbra como necesaria en la postpandemia. Baste enumerar algunas de las principales necesidades que una institución del Estado como el CONEVAL (2020a) ha identificado, y que en su diagnóstico exigirán ser atendidas sin demora en el mediano y largo plazos para detener la degradación de las condiciones sociales (sin perjuicio de las urgencias que demanda en lo inmediato la doble crisis económica y epidémica que sigue su curso). Para la institución encargada de evaluar las políticas sociales es indispensable adoptar, entre otras medidas, nuevas políticas de ingreso y de trabajo (pensión universal, ingreso mínimo de retiro e invalidez, seguro de trabajo contributivo, renta básica ciudadana, transferencias monetaria para asegurar un “piso mínimo solidario”); realizar intervenciones concertadas con los actores del mercado para la seguridad alimentaria de los hogares; fortalecer los servicios de salud en los tres órdenes administrativos de gobierno (homologación de sistemas de información, ampliación de infraestructuras y capacidades de atención). La atención de cada una de estas esferas de necesidad social (a las que se añaden muchas más en los campos de la salud y la educación) es indispensable para avanzar en la instauración de una red institucionalizada de protección social, con derechos exigibles que reduzca las vulnerabilidades y los riesgos de la población ante las oscilaciones del ciclo económico y los efectos de acontecimientos críticos como la pandemia del COVID-19. Hacerlo, incluso por lo mínimo, implica un aumento de los costos fiscales y supone, por tanto, además de la flexibilidad de la actual política fiscal, una reforma tributaria –frente a la que también existen numerosas renuencias.

La salida de la crisis exige políticas económicas y sociales activas. Esperar que la recuperación, cuando se consume, sea dinámica y sustentable debido (o casi) a las virtudes reales y supuestas del equilibrio presupuestario, parece más bien una variante peligrosa del benigno neogotico, la otrora

célebre negligencia benigna practicada con frecuencia en la posguerra por las autoridades monetarias estadounidenses: una especie de *laissez-faire* indiferente, que privilegiaba la prosecución de objetivos internos sin preocuparse de las consecuencias de sus políticas en el sistema monetario internacional. Privilegiar la obtención de objetivos fiscales sin preocuparse de las consecuencias de ese enfoque en las otras esferas de la política pública puede convertirse, en México, en una negligencia... no benigna.

Referencias

- Aschwanden, Ch. (2021). "Five reasons why COVID herd immunity is probably impossible", *Nature* 591, 18 de marzo. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00728-2>
- Cano (2021). "¿Cómo va el abance en la aplicación de vacunas contra covid-19 en México?", Taller de datos, *Nexos*, www.datos.nexos.com.mx/author/alejandro-cano
- CONEVAL (2020). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2020*, https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/Informes/IEPDS_2020.pdf
- (2020a). *La política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México*, www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Paginas/Politica_Social_COVID-19.aspx
- (2021). "Información referente a la pobreza laboral al primer trimestre de 2021", www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITPLP-IS_resultados-a-nivel_nacional.aspx
- CSSE (2021). "COVID-19 Dashboard", Coronavirus Resource Center, Johns Hopkins University & Medicine, www.coronavirus.jhu.edu
- Díaz de León, A. (2021). "HSBC 9th Annual Opportunities Forum", febrero 25, www.banxico.org.mx
- Furceri, D., P. Loungani, J. D. Ostry y P. Pizzutto (2021). "Will COVID-19 Have Long-Lasting Effects on Inequality? Evidence from Past Pandemics", IMF Working Paper, WP/21/127, abril.
- FMI (2021). *Fiscal Monitor*, abril, www.imf.org/Publications/FM/Issues/2021/03/29/fiscal-monitor-april-2021
- Godínez, V. M. (2020). "La gestación de una gran crisis en una economía en recesión", *Revista de Economía Mexicana. Anuario UNAM*, núm 5.
- Gregory, V., M. Guido y D. G. Wiczer (2020). "Pandemic Recession: L or V-Shaped?", *National Bureau of Economic Research*, working Paper 27105, mayo.

- Heath, J. (2011). "Identificación de los ciclos económicos de México: 30 años de evidencia", *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía*, vol. 2, n° 2, mayo-agosto.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). "Estimation of total mortality due to COVID-19", <http://www.healthdata.org>
- Instituto Belisario Domínguez (2021). "Estrategia de mitigación para enfrentar al COVID-19 en México: Análisis y resultados tras un año de pandemia", *Notas estratégicas 127*, marzo. (2020). "Covid-19: evolución y estimaciones de las curvas epidémicas", *Temas estratégicos 78*, mayo.
- Kevadiya, B. D. et al. (2021). "Diagnosis for SARS-CoV-2 infections", *Nature Materials* 20.
- Kindleberger, C. P. (1989). *Mania, panics, and crashes*, Basic Books, Nueva York.
- Morson, G. S. y M. Schapiro (2017). *Cents and Sensibility*, Princeton University Press, Princeton y Oxford.
- OCDE (2021). OECD.Stat.Health, stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA_H
- (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, París.
- (2016). OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Guía operativa para la vigilancia centinela de ETI e IRAG*, Unidad de Enfermedades Transmisibles, Washington D. C.
- Ornelas Aguirre, J. M y A. Vidal Gómez Alcalá (2020). "Crítica al modelo centinela de vigilancia epidemiológica en la COVID-19", *Cirugía y cirujanos*, Academia Mexicana de Cirugía. Disponible en: www.cirugiaycirujanos.com
- Our World in Data (2021). Universidad de Oxford, COVID-19 Stringency Index. www.ourworldindata.org/grapher/covid-stringency-index
- Saturno-Hernández, P. et al. (2019). "Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016", *Salud Pública de México*, vol. 61, n° 2, marzo-abril.
- Shiller, R. J. (2019). *Narrative economics*, Princeton University Press, Princeton y Oxford.
- The Economist* (2021). Tracking covid-19 excess deaths across countries. www.economist.com/coronavirus-excess-deaths-tracker
- The New York Times* (2021). "Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World" <https://nyti.ms/2Yqfz92>
- UCSF (2021). *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*, Institute for Global Health Sciences, Universidad de California, San Francisco, https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf