

La nueva peste: condicionantes sociales de la morbilidad y la mortalidad

LUIS IGNACIO ROMÁN MORALES*

Resumen: *En este artículo se presenta un análisis de las implicaciones y los efectos de la pandemia en la economía. Desde la premisa de que nuestro sistema económico es “patogénico”, puesto que las injusticias que genera nos hace más frágiles para enfrentar eventos como este, se comparan las afectaciones del covid-19 en diversos países para después revisar la efectividad de los apoyos financieros a las unidades económicas en México. Se concluye la necesidad de establecer esquemas fiscales, financieros, productivos, legales, sociales y ambientales en los que se nos considere ciudadanos, productores y consumidores, y no solo votantes, compradores y vendedores.*

Palabras clave: *incidencia, mortalidad y letalidad del covid-19, efectos de la pandemia en la economía, estrategias socioeconómicas frente a la pandemia*

Abstract: *This article offers an analysis of the implications and effects of the pandemic on the economy. Taking as a starting point the premise that our economic system is “pathogenic” because the injustices it generates make us more fragile when it comes to dealing with crises like this one, first a comparison is made of covid-19’s effects on different countries, followed by a review of the effectiveness of*

/* Es economista por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y doctor en Estructuras Productivas por la Universidad París VII y en Trabajo y Política Social por la Universidad París X. Profesor del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Correo electrónico: iroman@iteso.mx. El autor agradece ampliamente el apoyo de Vanessa Betzabeth Haro Medina, estudiante de la Licenciatura en Relaciones Internacionales del ITESO, para la realización de este artículo.

the financial supports offered to economic units in Mexico. The analysis leads to the conclusion that what is needed is the establishment of fiscal, financial, productive, legal, social and environmental frameworks that see us as citizens, producers and consumers, and not just voters, buyers and sellers.

Key words: *incidence, mortality and lethality of covid-19; the pandemic's effects on the economy; socio-economic strategies to deal with the pandemic*

A mediados del siglo XIV una gigantesca epidemia, la más mortífera de la historia, arrasó Europa, matando entre 26 y 200 millones de personas, dependiendo del estudio de referencia. El “quédate en casa” fue la forma básica de supervivencia en un mundo occidental dominado por el dogma y el terror de la Santa Inquisición y por aquellos capaces de interpretar los textos sagrados. La “peste negra” era atribuida a un castigo, uno debido a los pecados humanos. La solución a la epidemia era obvia... había que acabar con los pecadores. El problema es que la peste no cesaba, por lo que había que ser más severos con los pecadores, los herejes y las brujas.

El hubiera no existe, pero sirve como reflexión retrospectiva. En un contexto más abierto a la crítica, con un poder menos centralizado, con mayor respeto por los pensamientos alternativos, difícilmente la peste negra hubiese provocado tanto daño como el que causó. El peligro de que llegara la epidemia no hubiese sido muy distinto, pero el riesgo de enfermar o morir no depende solo de la existencia de los patógenos, sino de la vulnerabilidad de las poblaciones ante su llegada.

En la tercera década del siglo XXI, y guardando las proporciones, también hemos llegado a un contexto de predominancia de dogmas, centralización del poder y alta vulnerabilidad, ya no solo de la población de un continente, sino de todo el planeta. Cabe hacer una analogía económica con la Edad Media. En la lógica que se ha impuesto, sobre todo desde la década de los ochenta del siglo XX, la racionalidad económica individual es el motor que mueve al mundo. Más eficiencia genera mayor productividad, que a su vez genera más producto, más empleo, mejores salarios, menos pobreza y bienestar general. Para que

ese aumento de la productividad se logre se requiere que los agentes privados sean más libres, que el Estado no entorpezca las iniciativas empresariales y que en cambio les otorgue confianza, facilidades, subsidios, y que se les cobre los menores impuestos posibles. Sin embargo, las pandemias de la pobreza, de la concentración de la riqueza, de la oligopolización y monopolización económicas, así como del deterioro del medio ambiente, siguen creciendo de manera exponencial... la curva no se aplana. Si la mayor parte de la humanidad se encuentra en situaciones de vulnerabilidad física, mental, laboral, de vivienda, educativa y sanitaria, no es de extrañar que el nuevo virus llegue con un caudal de destrucción y muerte en especial intenso en las sociedades en las que se ha generado mayor marginación, exclusión y vulnerabilidad. En México, frente a las crisis de 1982, 1987, 1994, 2001 y 2008, el diagnóstico fue recurrente: la liberalización es correcta, pero no se ha hecho lo suficiente, el mismo argumento del Santo Oficio en el siglo XIV. Del “cambio estructural” de los ochenta pasamos a los “ajustes estructurales” del cambio de siglo y, de ahí, a las reformas estructurales de Enrique Peña Nieto, presidente de la República en el periodo de 2012 a 2018. Con frecuencia lo “estructural” refería un fortalecimiento del poder del mercado, en detrimento del estado y del cumplimiento de derechos sociales. Al llegar coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo, SRAS-CoV-2, el escudo de protección económica y social de los hogares estaba resquebrajado y la población quedó casi indefensa, económica y socialmente, ante el avance del gran enemigo de cinco micras. ¿Cuántas víctimas cobrará esta nueva peste? La Universidad Johns Hopkins lleva registro de más de 800 mil fallecidos y más de 23,5 millones de contagiados al 24 de agosto de 2020 —ya nos ubicamos en una de las 10 epidemias más letales de las que se tenga registro en la historia de la humanidad.¹ Por otro lado,

1. ABC Sociedad. “El coronavirus, comparado con las pandemias de la historia”, en *ABC Sociedad*, 14 de abril de 2020. Recuperado de https://www.abc.es/sociedad/abci-coronavirus-no-lejos-peor-epidemias-mas-letales-historia-202003201350_noticia.html

las expectativas económicas no son mejores, al igual que en la Edad Media el deterioro es recurrente y cada gran crisis se vuelve más profunda.

Este artículo pretende efectuar un boceto de la crisis de la pandemia del coronavirus para México con respecto al plano internacional en dos esferas: la evolución en la incidencia de la epidemia (casos confirmados) y el comportamiento de la letalidad / mortalidad.

La referencia internacional responde a la dificultad de comparar en términos temporales la evolución de México con respecto a sí mismo en un periodo previo, a menos que comparásemos la situación actual con la que se presentó durante la gripe española de 1917 a 1919, o la epidemia de viruela durante la conquista española, lo que sería un despropósito dada la diferencia de contextos. La comparación internacional también es muy limitada, en vista de las enormes diferencias de entornos económicos y sociales, las características sociodemográficas de las poblaciones, las formas de medición y la temporalidad de la pandemia, al aterrizarse nacionalmente. Por ello es importante subrayar justamente las diferencias tanto estructurales como de estrategia, seguidas por México y los casos con los que se le compare.

Partimos del supuesto de que la incidencia de contagios y la letalidad, aunque están relacionadas (no puede morir con covid-19 alguien que no haya sido contagiado por el virus), cuentan con un conjunto de determinantes diferenciados.

Consideramos que la incidencia de covid-19 está afectada por la efectividad de la estrategia epidemiológica, la que a su vez está determinada ante el advenimiento del SRAS-CoV-2. En este caso, resulta fundamental el balance entre la necesidad económica de mantener la actividad productiva y los ingresos de la población frente a la necesidad social de detener tal actividad ante el riesgo de contagio, de enfermedad y muerte. Esto no indica que no haya también factores estructurales y de

marco institucional que también cumplen un efecto significativo, como lo son los principales factores de comorbilidad (obesidad, diabetes, hipertensión y tabaquismo) y un marco económico-institucional que impide a gran parte de la población guardar el confinamiento, como lo es la baja estabilidad laboral y la inexistencia nacional de seguro de desempleo, lo que obliga a gran parte de la población a buscar el sustento diario, sea como sea.

En cambio, la letalidad (proporción de fallecimientos con respecto a la población contagiada) no puede depender de la estrategia implantada en la coyuntura. Es posible establecer una nueva política alimentaria y de regulación frente a los alimentos y bebidas chatarra, pero ello ya no salvará a la población que ya está afectada por el covid-19 y tiene obesidad, diabetes o hipertensión. Podría diseñarse una nueva política de movilidad, pero ello ya no salvará a quienes aún ahora siguen estando obligados a desplazarse en el transporte público sin que pueda operar la “sana distancia”. Podría diseñarse una nueva política de vivienda y de desarrollo urbano, pero ello no evitará la necesidad de grandes y peligrosos desplazamientos para la población suburbana. Además, los intereses corporativos de las grandes firmas de alimentos, bebidas, tabaco, industria automotriz, vivienda, comercios y demás con dificultad aceptarían una política que atentara contra sus intereses financieros. Nuestra economía es patogénica, nos enferma, y nos hace más frágiles ante la llegada de eventos como el SRAS-CoV-2. Además, el impacto sobre la letalidad depende por igual de la infraestructura sanitaria y la disponibilidad de profesionales de la salud. Si se ha restringido cada vez más la formación de médicos y enfermeras (medicina es tal vez la carrera de más difícil acceso en las universidades públicas); si se ha retrasado y abandonado la construcción de hospitales, clínicas, laboratorios y centros de salud en general; si los presupuestos públicos en salud refieren una erogación proporcional al gasto público que apenas representa una fracción de las recomendaciones de la Organización

Mundial de la Salud (OMS);² si el crecimiento del producto interno bruto (PIB) en salud es poco significativo frente al del sector financiero o de telecomunicaciones... no es de sorprender la alta letalidad mexicana ante el coronavirus.³ En suma, estamos expuestos a una deterioro súbito o progresivo de nuestra salud y, al mismo tiempo, el sistema de salud es cada vez más precario.

Por último, la mortalidad (proporción de fallecimientos con respecto a la población total) refiere un balance entre la incidencia de contagio y la letalidad. Al cambiar el denominador de la ratio de población contagiada a la población total, una eficiente estrategia epidemiológica puede amortizar la fragilidad de la población y las carencias del sistema médico hospitalario.

A las tasas de letalidad y mortalidad conviene añadir el debate sobre los tratamientos; por su costo, eficiencia, pertinencia y daños colaterales.⁴ La competencia entre farmacéuticas, laboratorios y naciones, así como la competencia entre las grandes potencias económicas por encontrar la vacuna frente a la enfermedad, no pueden estar exentas del gran interés económico que representa encontrar el potencial tratamiento frente al covid-19.

Ubicaremos a México en el plano internacional en cuanto a la evolución mensual, de marzo a julio, de la incidencia del coronavirus (casos confirmados), la mortalidad (con respecto al total de la población) y la letalidad (con respecto a los casos confirmados). Luego abordaremos la estrategia y los impactos económicos constatados y previsibles. La información sobre los casos de contagios y muertes son tomados de

2. OMS. "Estadísticas Sanitarias Mundiales", 2014. Recuperado en 2020, de https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/
3. Conforme al Sistema de Cuentas Nacionales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), base 2013, la tasa promedio de crecimiento anual del PIB total en México ha sido de 2.4% entre 1993 y el 2018, pero lo ha sido de 5.6% en fabricación de equipo de transporte (sobre todo industria automotriz), 8.1% en información en medios masivos (básicamente la Internet), 8.6% en servicios financieros y solo 1.9% en el sector salud (Inegi. "Banco de Información Económica", Inegi, México, 2018. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?tm=0>)
4. Las consultas de precios se hicieron a partir de la oferta de tales medicamentos en cadenas farmacéuticas y portales diversos de la Internet para el aprovisionamiento del medicamento.

la base de datos creada por la Universidad Johns Hopkins, y la población total por país de Wikipedia que, aunque no refiera un dato censal preciso, establece una aproximación estandarizada para 244 países soberanos y territorios dependientes.⁵

1. LA INCIDENCIA DEL CORONAVIRUS (CASOS CONFIRMADOS)

Sabemos que el nuevo coronavirus mata en mucho mayor proporción a personas con hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo y enfermedades autoinmunes. También sabemos que el riesgo de contraer la enfermedad y morir aumenta con respecto a la edad. Por otro lado, existen correlaciones entre la propagación de la enfermedad y tipo de sangre (mayor en la población con sangre tipo “A”),⁶ así como, aunque parezca difícil de creer, con el grado de escolaridad (mayor letalidad entre la población con escolaridades menores).⁷ Sin embargo, existen países con una muy alta incidencia del coronavirus, pero con una muy baja letalidad: a escala mundial, la tasa de incidencia de casos confirmados era al 17 de julio de 2.36 personas por cada mil habitantes, en tanto que la de letalidad era de 4.9% de los contagiados. Por ejemplo, Catar registra 41.4 contagiados por cada mil personas, pero solo había fallecido 0.16% de estos contagiados; otros casos similares en sus registros son Bielorrusia (7.2 casos y 0.84%, respectivamente), Omán (16.4 y 0.53%), Kuwait (16.4 y 0.68%), Singapur (9.21 y 0.05%), Bahreín (26.7 y 0.36%) y el propio Vaticano (14.08 y cero fallecidos). Todos estos casos muestran una muy elevada tasa de incidencia combinada

5. “Anexo: Países y territorios dependientes por población”. En *Wikipedia*, 5 de agosto de 2020. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_y_territorios_dependientes_por_poblaci%C3%B3n

6. Información basada en las conferencias vespertinas ofrecidas a los medios de comunicación por parte de la Subsecretaría de Salud

7. Méndez, E. “71% de los mexicanos muertos por covid-19, con escolaridad de primaria o inferior”, en *Excelsior*, 9 de julio de 2020. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/71-de-los-mexicanos-muertos-por-covid-19-con-escolaridad-de-primaria-o-inferior/1393033>

con una muy baja tasa de letalidad, lo que puede estar asociado a una detección masiva temprana.

Con excepción de Bielorrusia, en los demás casos se trata de países con niveles de PIB per cápita muy superiores al de México y, por ende, con mejores capacidades financieras nacionales para la realización de pruebas, lo que puede explicar un registro mucho más elevado de casos que en los promedios internacionales.⁸ Las pruebas más precisas, como la de reacción a la polimerasa (PCR), cuestan alrededor de 50 euros cada una en Europa (en México van de 1,300 a 4,500 pesos).⁹ Alemania llegó a realizar alrededor de 300 mil pruebas por semana, lo que implicaría 65 millones de euros al mes,¹⁰ equivalentes a alrededor de 1,500 millones de pesos mensuales en México (17,000 millones anuales), lo que a su vez representaría 13.2% del presupuesto total de la Secretaría de Salud para 2020, solo para hacer las pruebas. Además, para procesarlas se requieren aparatos cuyo costo va de 50 mil a 250 mil euros por unidad (con capacidades de procesamiento diferenciadas según el precio). Es decir, aun reorientando una parte significativa del presupuesto hacia salud, el orientarlo hacia las pruebas mermaría el presupuesto para atender la enfermedad misma.

Claudia Cohen señala que un tipo de prueba intermedia, la serológica, tiene un costo unitario de 10 a 25 euros (260 a 650 pesos), sin embargo, su costo sigue siendo elevado y su precisión está menos demostrada (solo 60%).¹¹ De igual modo, el *Financial Express* indica que la búsqueda

8. Datos del Banco Mundial. "GDP per capita (current US\$) - Belarus, Mexico, Qatar, Kuwait, Omán, Singapore, Bahrein", Banco Mundial, 2020. Recuperado de <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&locations=BY-MX-QA-KW-OM-SG-BH&start=2000>
9. Blaize, A. y J. Giorgetta. "Test coronavirus: PCR, sérologique, prix, en pharmacie, résultats", en *Le Journal Des Femmes Santé*, 19 de agosto de 2020. Recuperado de <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2623965-coronavirus-test-france-virologique-pcr-nasal-serologique-gratuit-prix-salivaire-rapide-resultats-ordonnance-pharmacie/#:-:text=Le%20co%C3%BBt%20du%20test%20de,m%C3%A0me%20sans%20avoir%20d'ordonnance>
10. Agencia AFP. "Alemania apuesta por el modelo surcoreano para frenar el covid-19", en *Gestión*, 30 de marzo de 2020. Recuperado de <https://gestion.pe/mundo/coronavirus-alemania-apuesta-por-el-modelo-de-surcoreano-para-frenar-el-covid-19-noticia/>
11. Cohen, C. "Coronavirus: ¿Cuánto cuestan las pruebas de detección?", en *Le Figaro*, 24 de abril de 2020. Recuperado de <https://www.lefigaro.fr/societes/coronavirus-combien-coutent-les-tests-de-depistage-20200424>

de tipos de prueba nos arroja algunas de hasta 650 rupias (200 pesos mexicanos).¹² El problema es que, con un alto margen de error, los falsos positivos y falsos negativos podrían generar una propagación de la pandemia mayor a la que se daría si no se hicieran pruebas, como fue el uso masificado de pruebas de bajo costo en el Perú.

Al restringirnos solo a los datos de incidencia, relativizados por el tamaño de población, así como a la tasa de crecimiento diario del número de casos, se resalta lo siguiente:

- El número de casos por cada 100 mil habitantes indica que las naciones más afectadas no son (salvo al inicio de la pandemia) las que han estado en el epicentro (China, Italia o Estados Unidos y Brasil, sucesivamente) sino pequeños estados nacionales con poco margen de maniobra local (Vaticano, San Marino y Catar) y una alta capacidad de detección de todos o la mayor parte de los casos.
- La incidencia crece de unos cuantos casos por 100 mil habitantes en marzo a cientos en abril, algunos alcanzan los miles en mayo, lo que se va extendiendo a todos los países con mayor número de casos, hasta abarcar la totalidad de los 10 primeros a mediados de julio.
- Hay una gran variabilidad de los países que se encuentran en la lista de los que sufren la mayor incidencia: solo Bahrein, Catar, el Vaticano, San Marino y Andorra se encuentran en la mayor parte de los meses.
- Los países con mayor tasa de crecimiento en la progresión de contagios no se encuentran entre los países con mayor incidencia, en virtud de que tales tasas de crecimiento refieren los momentos incipientes en el brote de la enfermedad. Solo Sudán del Sur, Mauritania, Nepal, Santo Tomé, Lesoto, Namibia y Botswana se ubican durante dos meses entre los de mayor tasa de crecimiento. Ninguno se ubica

12. "World's cheapest COVID testing kit? IIT Delhi launches Corosure, to cost Rs 650 per test". En *Financial Express*, 15 de julio de 2020. Recuperado de <https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/worlds-cheapest-covid-testing-kit-iit-delhi-launches-corosure-to-cost-rs-650-per-test/2025258/>

TABLA 8.1 PAÍSES CON MAYOR INCIDENCIA* Y CRECIMIENTO DIARIO

	País	Casos	País	Casos	País	Casos
Incidencia						
Lugar	10 de marzo		1 de abril		1 de mayo	
1	Italia	18	Vaticano	749	San Marino	1,706
2	Corea del Sur	15	San Marino	694	Vaticano	1,373
3	Irán	9	Andorra	507	Andorra	968
4	Bahréin	7	Luxemburgo	393	Luxemburgo	644
5	China	6	Islandia	334	Catar	524
6	Suiza	4	España	220	Islandia	493
7	Noruega	4	Suiza	208	España	451
8	Singapur	3	Italia	183	Irlanda	434
9	Dinamarca	3	Liechtenstein	178	Bélgica	427
10	Suecia	3	Mónaco	141	Suiza	348
	México (<10 de casos)		(113) México	1	(85) México	16
Tasa de crecimiento diario de decesos						
	Marzo		Abril		Mayo	
1	Indonesia	121.5%	Somalia	18.5%	Mauritania	21.3%
2	Turquía	53.8%	Bangladesh	18.2%	Tayikistán	19.8%
3	Níger	39.6%	Sierra Leona	16.6%	Nicaragua	13.7%
4	Honduras	37.8%	Cabo Verde	15.9%	Yemen	12.6%
5	Nueva Zelanda	29.7%	Sudán	15.3%	Nepal	11.7%
6	Rep. Dom.	29.3%	Sudán del Sur	15.0%	Santo Tomé	11.6%
7	Estados Unidos	29.0%	Santo Tomé	14.3%	Haití	11.1%
8	Moldavia	29.0%	Guinea	14.0%	Comoras	10.8%
9	Portugal	28.2%	Rusia	13.2%	Sudán del Sur	10.5%
10	Ucrania	27.4%	Yibuti	12.4%	República Centroafricana	9.1%
	(17) México	25.9%	(28) México	9.5%	(41) México	5.0%

* Casos por cada 100,000 habitantes.

** Se consideran países a partir de los 10 casos. De marzo a julio de 2020.

Nota: una tasa de crecimiento de 42% implica una duplicación de casos cada dos días; una de 26% cada tres; de 19% cada cuatro días; de 15% cada cinco; de 12% cada seis; de 11% cada siete; de 9%, cada ocho; de 8.04% cada nueve; de 7.2% cada 10; de 4.9% cada 15 días; de 3.5% cada 20; de 2.3% cada mes; de 0.19% cada año y de 0.007% cada 1,000 días.

DEL NÚMERO DE CASOS**					
País	Casos	País	Casos	País	Casos
Incidencia					
1 de junio		2 de julio		4 de agosto	
Catar	2,168	Catar	3633	Catar	4,139
San Marino	1,974	San Marino	2053	Bahréin	2,670
Vaticano	1,498	Bahréin	1776	San Marino	2,056
Andorra	994	Vaticano	1498	Chile	1,873
Bahréin	758	Chile	1469	Panamá	1,645
Luxemburgo	681	Kuwait	1140	Omán	1,639
Kuwait	661	Andorra	1111	Kuwait	1,639
Singapur	609	Armenia	909	Vaticano	1,498
Estados Unidos	546	Perú	899	Estados Unidos	1,432
Chile	543	Omán	881	Armenia	1,339
(59) México	74	(55) México	187	(53) México	347
Tasa de crecimiento diario de decesos					
Junio		Julio			
Lesoto	19.5%	Lesoto	9.9%		
Surinam	8.5%	Gambia	8.1%		
Namibia	8.3%	Papúa-Nueva Guinea	7.6%		
Nepal	6.9%	Namibia	6.9%		
Mauritania	6.9%	Zimbabue	6.1%		
Irak	6.9%	Bahamas	6.0%		
Seychelles	6.7%	Kirguistán	5.8%		
Palestina	6.4%	Montenegro	5.4%		
Botsuana	5.9%	Madagascar	5.1%		
Eritrea	5.7%	Costa Rica	5.1%		
(58) México	3.0%	(61) México	2.2%		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Universidad y Medicina Johns Hopkins. "Coronavirus Resource Center", Johns Hopkins University & Medicine, 2020. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

durante tres meses o más. Ello indica que las mayores intensidades se pueden sostener durante periodos breves.

- Mientras que los países con mayor número de casos son naciones con una situación económica fuerte para generar un registro significativo y confiable de su número de casos, las mayores tasas de crecimiento se encuentran en países con bajos niveles de ingreso, lo que puede ser indicativo de un problema aún mayor al registrado, ya que implicaría impactos sociales y vitales más dramáticos en estos países, así como el riesgo de nuevos rebrotes mayores a escala global.

- México se ubica en un papel cada vez más elevado en la tasa de incidencia y en uno cada vez menor en su tasa de crecimiento. Al 10 de marzo de 2020 no alcanzaba los 10 casos totales; al 1 de abril solo tenía un caso por cada 100 mil habitantes, ubicándose en el lugar 113 mundial; al 1 de mayo llegó a una tasa de 16 contagiados por 100 mil habitantes, lo que lo colocó en el sitio 85 del planeta; al 1 de junio ya tenía una incidencia de 74 casos por 100 mil habitantes, llegando al lugar 59 del mundo; a inicios de julio ya habían sido 187 contagiados de cada 100 mil y a comienzos de agosto 347, colocándose en los lugares 55 y 53 del conjunto de naciones, respectivamente. De manera inversa, en marzo, México fue el lugar 17 en su tasa de crecimiento, bajando a los sitios 21, 48 y 58 en abril, mayo y junio, respectivamente. Es así como, al empezar agosto, México registra una tendencia a duplicar su número de casos cada mes.¹³

Los datos de México, en el entorno global, muestran una evolución de la epidemia (expresión nacional de la pandemia) similar a la media mundial. Al 4 de agosto el promedio mundial era de 236 casos por cada 100,000 habitantes contra 347 de México (valores cercanos a la media,

13. Universidad Johns Hopkins. "Coronavirus Resource Center", 2020. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

dada la enorme desviación estándar entre los datos nacionales). Dada la colindancia de tres mil kilómetros con el epicentro mundial (Estados Unidos), los inmensos cruces diarios de personas y mercancías entre ambos países (Tijuana es la frontera más transitada del mundo), la enorme proporción de la economía informal, la concentración de la población en grandes metrópolis y la carencia nacional de seguro de desempleo, que impide que la mayor parte de la población pueda mantenerse en confinamiento, entre otros factores, permiten valorar una evolución epidemiológica favorable de México, dadas sus condiciones.

2. LA MORTALIDAD Y LA LETALIDAD

Si bien a México no le ha ido tan mal en términos de incidencia del coronavirus, los datos de mortalidad son menos favorables, en tanto que los de letalidad se encuentran entre los más graves del planeta. Si la incidencia de la enfermedad depende de la estrategia epidemiológica, en tanto que la de muertes depende de las condiciones estructurales del país, cabría señalar una estrategia exitosa en medio de condiciones desfavorables.

En este apartado presentaremos la evolución desde comienzos de abril, ya que, si bien la incidencia global se generalizó en las semanas previas, la mortalidad representa una parte menor del número de contagiados y por ende la consolidación de un alcance mayor a escala global se presenta semanas después.

El paso del virus alrededor del mundo se asemeja al de un huracán: la muerte que va dejando a su paso va impactando a distintas naciones, es decir, su impacto geográfico no es simultáneo sino secuencial. Luego de su desencadenamiento en China, las referencias básicas de crecimiento fueron Italia e Irán, pero ningún país se ha repetido más de un mes en el listado de los 10 con mayor tasa de crecimiento de la enfermedad, con excepción de Mauritania, que continuó con uno de los mayores ritmos de aumento en mayo y junio. De hecho, México

TABLA 8.2 PAÍSES CON MAYOR MORTALIDAD,* LETALIDAD Y PORCENTAJE**

Lugar	País	Casos	País	Casos	País	Casos
Mortalidad						
1 de abril			1 de mayo		1 de junio	
1	San Marino	76.5	San Marino	120.6	San Marino	123.5
2	Italia	21.8	Bélgica	66.0	Bélgica	82.5
3	España	19.8	Andorra	55.9	Andorra	66.3
4	Andorra	18.2	España	51.9	Reino Unido	58.2
5	Bélgica	7.2	Italia	46.8	España	57.4
6	Holanda	6.7	Reino Unido	41.0	Italia	55.5
7	Francia	6.2	Francia	37.9	Francia	44.4
8	Suiza	5.7	Holanda	28.1	Suecia	44.1
9	Luxemburgo	4.9	Suecia	26.6	Irlanda	34.3
10	Irán	3.6	Irlanda	25.7	Holanda	34.3
	(92) México	0.03	(47) México	1.5	(24) México	8.0
Letalidad						
	País	%	País	%	País	%
1	Sudán	28.6%	Yemen	28.6%	Yemen	23.7%
2	Botsuana	25.0%	Nicaragua	21.4%	Bélgica	16.2%
3	Gambia	25.0%	Bélgica	15.5%	Francia	15.2%
4	Angola	25.0%	Reino Unido	15.4%	Italia	14.4%
5	Nicaragua	20.0%	Francia	14.7%	Reino Unido	14.1%
6	Siria	20.0%	Italia	13.6%	Hungría	13.5%
7	Cabo Verde	16.7%	Bahamas	13.6%	Holanda	12.8%
8	Mauritania	16.7%	Mauritania	12.5%	Suecia	11.6%
9	Zimbabue	12.5%	Suecia	12.3%	Antigua y B.	11.5%
10	Italia	11.9%	Holanda	12.3%	España	11.3%
	(63) México	2.7%	(19) México	9.5%	(14) México	10.8%
Tasa de crecimiento diario de decesos						
	Abril		Mayo			
1	México	13.7%	Yemen	12.8%	Surinam	8.6%
2	Rusia	13.6%	Mauritania	10.6%	República Centroafricana	8.3%
3	Bielorrusia	13.2%	Chad	8.7%	Irak	7.7%
4	Bulgaria	12.0%	Yibuti	8.3%	Etiopía	7.2%
5	Nigeria	12.0%	Guinea Ecuatoriana	8.3%	Guatemala	6.6%
6	Canadá	11.9%	Santo Tomé	8.3%	Benín	6.5%
7	Perú	11.5%	Nicaragua	8.2%	Mauritania	5.7%
8	Bangladesh	11.4%	Sudán	7.1%	Chile	5.5%
9	Brasil	11.2%	Guinea Bissau	6.9%	Libia	5.5%
10	Croacia	10.9%	Kuwait	6.7%	Bahréin	5.3%
			(18) México	5.4%	(42) México	3.5%

* Casos por cada 100,000 habitantes.

** Porcentaje con respecto a los contagios confirmados.

*** Se consideran países a partir de los 10 casos. De abril a julio de 2020.

DE CRECIMIENTO DIARIO DEL NÚMERO DE DECESOS

País	Casos	País	Casos
Mortalidad			
2 de julio		4 de agosto	
San Marino	123.5	San Marino	123.5
Bélgica	84.9	Bélgica	85.7
Andorra	67.6	Reino Unido	68.9
Reino Unido	65.6	Andorra	67.6
España	60.0	Perú	61.0
Italia	57.7	España	60.3
Suecia	54.2	Italia	58.3
Francia	46.0	Suecia	57.6
Estados Unidos	38.8	Chile	50.3
Irlanda	36.2	Estados Unidos	47.1
(17) México	22.8	(13) México	37.6
Letalidad			
País	%	País	%
Yemen	26.6%	Yemen	28.8%
Bélgica	15.8%	Reino Unido	15.1%
Reino Unido	15.4%	Italia	14.2%
Francia	14.7%	Bélgica	14.0%
Italia	14.4%	Francia	13.3%
Hungría	14.1%	Hungría	13.1%
México	12.2%	Holanda	11.0%
Holanda	12.1%	México	10.8%
España	11.3%	República Árabe Saharaui	10.0%
Bahamas	10.6%	España	9.4%
Tasa de crecimiento diario de decesos			
Kirguistán	10.1%		
Zimbabue	8.0%		
Costa Rica	7.7%		
Palestina	7.2%		
Malawi	6.7%		
Gambia	6.3%		
Uzbekistán	5.8%		
Zambia	5.6%		
Kazajstán	5.5%		
Madagascar	5.2%		
(60) México	1.6%		

Nota: al 1 de mayo solo se tenía registro de decesos en 123 de los 186 países con registros de covid-19; al 1 de junio, aumentó a 158 y, al 1 de julio y hasta el 4 de agosto, aumentó a 166.

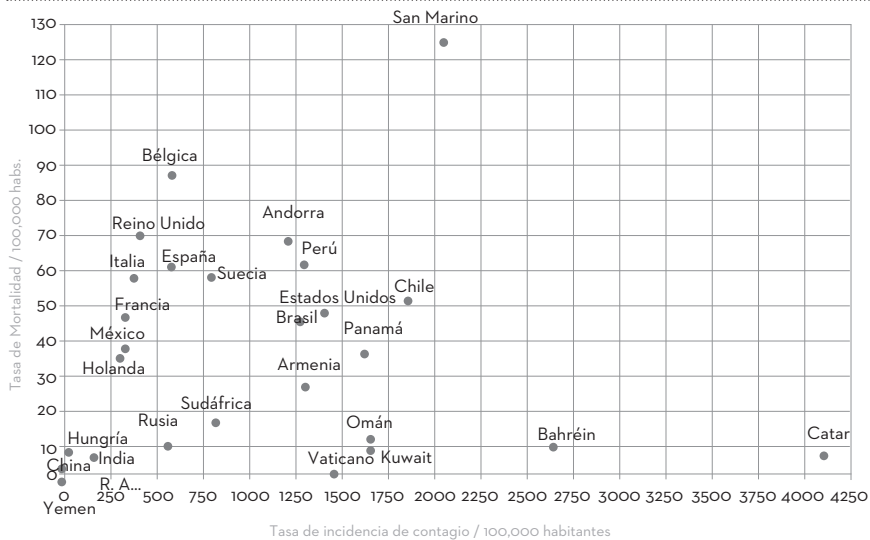
Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Universidad y Medicina Johns Hopkins. "Coronavirus Resource Center", Johns Hopkins University & Medicine, 2020. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

encabezó el listado mundial del porcentaje de incremento diario de fallecimientos durante abril.

Si bien este “virus–huracán” afecta a todo el mundo, también se parece a un terremoto en cuanto a las grandes diferencias de sus impactos en función de las condiciones de los países, las cuales no están delimitadas solo por su nivel de desarrollo económico o PIB per cápita, sino por la cobertura de derechos sociales de su población.

Las figuras 8.1 y 8.2 representan, respectivamente, la relación entre las tasas de contagio y tasas de mortalidad y de letalidad. Para construirla, integramos los datos de incidencia de contagios, mortalidad y letalidad de los 10 países con mayores valores relativos en cada uno de estos aspectos (con respecto a su tamaño poblacional). A ello añadimos a China (donde se desató la pandemia) y a los países con mayor número de casos que no entraban en las listas previas (Brasil, India, Rusia

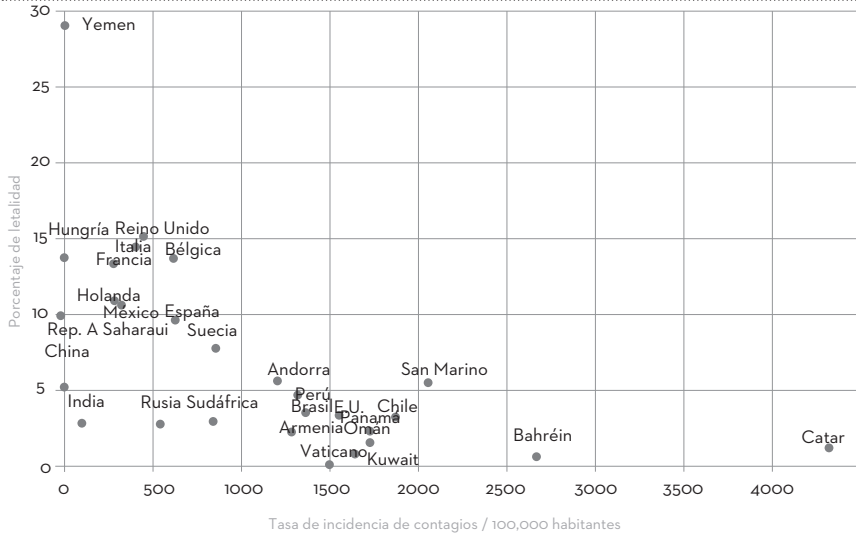
FIGURA 8.1 INCIDENCIA DE CONTAGIO Y MORTALIDAD*



* Casos por 100,000 habitantes.

Fuente: con base en *Universidad y Medicina Johns Hopkins*. “Coronavirus Resource Center”, Johns Hopkins University & Medicine, 2020. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

FIGURA 8.2 INCIDENCIA DE CONTAGIO Y LETALIDAD*



* Casos por cada 100,000 habitantes y porcentaje de fallecidos con respecto a contagiados.
Fuente: con base en Universidad y Medicina Johns Hopkins. "Coronavirus Resource Center", Johns Hopkins University & Medicine, 2020. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

y Sudáfrica). En conjunto, obtuvimos un listado de 28 países (dada la repetición de algunos en dos variables).

De esta manera, lo que la figura 8.1 muestra es:

- Las naciones con mayor número absoluto de casos no representan altos niveles de incidencia en contagios o mortalidad, al relativizar tales números por el tamaño de su población, sobre todo China y la India, pero inclusive Rusia y Sudáfrica (aunque en este último caso la velocidad de su propagación en julio-agosto puede generar un drama grave). Esta situación es distinta a la de Estados Unidos, que además de ser el epicentro mundial de la pandemia en términos absolutos, también se encuentra entre los 10 países tanto con mayor incidencia de covid-19 como en la tasa de mortalidad con respecto a su población.

- Naciones tan distantes unas de las otras, como la República Árabe Saharaui, Yemen y Hungría, pese a sus altos índices de letalidad, cuentan con reducidos valores tanto en incidencia como en mortalidad. Es decir, es reducida la probabilidad de contagio en estos países, pero para quien llega a contagiarse su riesgo de muerte es enorme. En mucho menor proporción, pero es este el tipo de comportamiento al que se acerca México.
- En el otro extremo, diversos países del Medio Oriente (Catar, Bahrein, Kuwait y Omán) y el Vaticano se encuentran con las mayores tasas de incidencia, pero una mortalidad ínfima. Es factible pensar que siendo pequeños estados con muy elevado PIB per cápita, hayan contado con los recursos suficientes para efectuar una amplia y temprana detección de los contagios, lo que habría permitido tratamientos y confinamientos oportunos y, por ende, una baja mortalidad.
- Dentro de la gravedad de contagios y fallecimientos de los países incluidos en este listado, Armenia, Panamá y México se encuentran con niveles bajos en ambos rubros, pero es notoria la mayor incidencia con menor mortalidad en Armenia y Panamá, frente a la menor incidencia pero mayor mortalidad en México.
- Chile y Francia se encuentran en niveles medios y muestran tasas de mortalidad similares, pero a partir de niveles de contagio mucho mayores en Chile.
- En general, los europeos enlistados muestran muy altas tasas de mortalidad, aunque los contagios no sean tan elevados como en otras regiones. Tal mortalidad no es directamente relacionada con su nivel económico: con incidencias de contagio similares, los datos de mortalidad son ascendentes entre Francia, Suecia, Italia, España, Reino Unido, Andorra, Holanda y Bélgica. Esto puede estar asociado a las estrategias de contención de la pandemia. Destaca el caso sueco, que actuó de forma distinta al resto de los escandinavos, que no se encuentran en las listas de los más altos contagios ni fallecimientos. Por igual destaca que se trata de economías internacionalizadas

tanto en los mercados de bienes y servicios (Francia, Italia, España), como en los financieros y de logística (Reino Unido y Holanda), en el comercio local internacional (Andorra, pequeño estado limítrofe entre España y Francia) y la principal sede de la Unión Europea (Bélgica).

- En el plano latinoamericano resaltan los casos de Brasil, por el número absoluto de contagios; de Perú, por su tasa de mortalidad y de Chile, por la amplitud de su propagación. Con una intensidad menor en Panamá también se advierten niveles altos a escala mundial de contagios y mortalidad, así como en México en este segundo aspecto.
- Resalta que la mayor parte de los estados enlistados sean pequeños territorios y núcleos poblacionales, como la República Árabe Saharaui (ocupada por Marruecos), los estados incluidos del Medio Oriente en el entorno de la península arábiga, el Vaticano, Andorra, Panamá o incluso Bélgica. El caso más extremo es San Marino, enclavado en el territorio italiano, siendo el único en el que se registra una alta incidencia de la enfermedad y una también muy alta mortalidad. Esto sugiere el pobre margen de maniobra de los pequeños estados nacionales ante las vicisitudes de este evento mayor de carácter global.
- En suma, hasta comienzos de agosto se registra una alta incidencia en estados pequeños, aun y cuando cuentan con niveles elevados de actividad económica. Sin embargo, la mayor mortalidad se asocia con niveles mayores de internacionalización económica. Cabe recordar que las mayores tasas de crecimiento se encuentran en las naciones más pobres, lo que está modificando la estructura de la población afectada, en detrimento de las poblaciones con menos posibilidades de infraestructura y de reservas económicas para enfrentar tanto la pandemia como la crisis económica asociada.

Por su parte, la figura 8.2 ubica a México en una situación más complicada:

- Con excepción de los casos extremos de Yemen (la mayor letalidad pero con una reducida incidencia de contagios) y de Catar (en la situación inversa), se observa que las naciones con mayor incidencia tampoco se corresponden con la de mayor letalidad. El dramático caso de Yemen, con enorme escasez de agua y a donde no llegaron los mantos petrolíferos del Medio Oriente, refiere 28% de probabilidad de morir para una persona enferma con covid-19, en tanto que en Catar la probabilidad correspondiente es de 0.4%.
- La mitad de los países enlistados cuentan con bajas tasas de letalidad, aunque cuenten con alta incidencia de covid-19, lo que en el caso de países muy poblados llega a traducirse en una rara combinación de baja tasa de letalidad y una enorme cantidad de fallecimientos. Son casos tan diversos en sus condiciones económicas y sus contextos geográficos y culturales como Armenia, Omán, Panamá, Kuwait, Vaticano, Chile, Bahréin y Catar. Es un amplio contingente de países pequeños (con excepción de Chile) pero con recursos económicos significativos para la atención de la pandemia que complementan a las naciones con mayor número de casos de coronavirus: Estados Unidos, Rusia, China, India y Brasil.
- Aunque con grados de letalidad más elevados, coexisten países con muy baja incidencia de la pandemia (República Árabe Saharaui) y otros con una gran incidencia (Suecia, Andorra y San Marino). En estos últimos casos es factible una capacidad sanitaria elevada en el contexto europeo.
- La letalidad se dispara en varias de las economías europeas de mayor tamaño e interacciones económicas muy significativas y México, que comparte con los europeos (Reino Unido, Bélgica, Italia, Francia, Holanda y España) niveles extremos de letalidad. México está tendiendo a privilegiar la supervivencia económica inmediata aun ante el riesgo de contagio, dada la carencia estructural de mecanismos efectivos de cumplimiento de los derechos sociales básicos.
- La letalidad de México registra valores elevados, aun comparándolo con las demás naciones latinoamericanas que aquí se encuentran

enlistadas (Perú, Brasil, Panamá y Chile). Ello lleva a dos conjeturas alternativas: una, que en el caso de México se presente una información de fallecimientos más completa que la registrada en otros casos latinoamericanos. Sin embargo, esto implicaría una puesta en cuestión de los datos, lo que puede ser válido para cualquier nación. Otra explicación puede estar dada por los factores socioeconómicos de México que le llevan a una mayor vulnerabilidad de la población ante un evento externo, como lo es la crisis del coronavirus.