

LA DÉCADA **COVID**
EN **MÉXICO**

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

Pandemia y **desigualdades** sociales y económicas en **México**

Fernando Lozano Ascencio
Marcos Valdivia López
Miguel Ángel Mendoza González
(Coordinadores)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Lozano Ascencio, Fernando, editor. | Valdivia López, Marcos, editor. | Mendoza González, Miguel Ángel, editor.

Título: Pandemia y desigualdades sociales y económicas en México / Fernando Lozano Ascencio, Marcos Valdivia López, Miguel Ángel Mendoza González, (coordinadores).

Descripción: Primera edición. | Cuernavaca : Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2022. | Serie: La década COVID en México : los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 1.

Identificadores: LIBRUNAM 2169310 (impreso) | LIBRUNAM 2169321 (libro electrónico) | ISBN 9786073068475 (impreso) | ISBN 9786073068857 (libro electrónico).

Temas: Igualdad -- México -- 2020-- . | Violencia conyugal -- México. | Mujeres -- Empleo -- Disparidades regionales. | Juventud -- México -- Condiciones sociales. | Salud pública -- Accesibilidad -- México. | México -- Política social -- 2020- . | México -- Política económica -- 2020- .

Clasificación: LCC HN120.Z9.S663 2022 (impreso) | LCC HN120.Z9 (libro electrónico) | DDC 305.50972—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos expertos y cuenta con el aval del Comité Editorial del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México para su publicación.

Imagen de forros: Fernando Garcés Poó

Apoyo gráfico: Diego Milon Rodríguez y Juan Carlos Rojas Cruz

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Av. Universidad s/n, Circuito 2, colonia Chamilpa,

C. P. 62210, Cuernavaca, Morelos

www.crim.unam.mx

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-6885-7 Título: Pandemia y desigualdades y económicas en México

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-6847-5 Título: Pandemia y desigualdades y económicas en México

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional. Hecho en México

Contenido

	Presentación	13
	<i>Enrique Graue Wiechers</i>	
	Prólogo	15
	<i>Guadalupe Valencia García</i>	
	<i>Leonardo Lomelí Vanegas</i>	
	<i>Néstor Martínez Cristo</i>	
	Introducción: Pandemia y desigualdades sociales y económicas en México	23
	<i>Fernando Lozano Ascencio</i>	
	<i>Marcos Valdivia López</i>	
	<i>Miguel Ángel Mendoza González</i>	
1	COVID-19, los choques de demanda y la desigualdad del ingreso por habitante regional en México, 1970-2021	53
	<i>Miguel Ángel Mendoza González</i>	
	<i>Alberto Villagra Piña</i>	
2	El efecto de los programas sociales en la reducción de la pobreza y la desigualdad en tiempos de COVID-19	91
	<i>Luis Huesca</i>	
	<i>Linda Llamas</i>	
3	Desigualdad e impactos distributivos de la pandemia de COVID-19 en los estados mexicanos	123
	<i>Luis Quintana Romero</i>	
	<i>Carlos Salas Páez</i>	

4	Desigualdad de ingresos y participación salarial: efectos de la pandemia de COVID-19 a través del teletrabajo	159
	<i>Marcos Valdivia López</i> <i>Rafael Borrayo L.</i>	
5	Desigualdades en el trabajo en tiempos de pandemia	189
	<i>Mercedes Pedrero Nieto</i> <i>Edith Pacheco Gómez</i>	
6	Desigualdades de género y clase en el mercado del trabajo durante la pandemia: el falso dilema salud-economía	225
	<i>Fiorella Mancini</i>	
7	El impacto de la pandemia del COVID-19 en la desigualdad salarial por género en México	261
	<i>Reyna Elizabeth Rodríguez Pérez</i> <i>David Castro Lugo</i>	
8	Desigualdad de género y violencia contra las mujeres en México durante la pandemia de COVID-19	301
	<i>Irene Casique</i> <i>Roberto Castro</i>	

- 9 Desigualdad en la mortalidad por COVID-19 entre la población hablante de lengua indígena de México 337
Fernando Lozano Ascencio
Telésforo Ramírez-García
- 10 Corrupción, unidades médicas, desigual oportunidad de acceso a la salud e impacto de la pandemia de COVID-19 en México 373
Mateo Carlos Galindo Pérez
Manuel Suárez Lastra
- 11 Dimensión territorial de la desigualdad y desarrollo regional en México: implicaciones de política pública en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 401
Javier Delgadillo Macías
Rafael Antonio Olmos Bolaños
Carlos Enrique Vázquez Juárez
- 12 Experiencias de desigualdad y malestares juveniles durante la pandemia de COVID-19 en México 441
María Herlinda Suárez Zozaya

Corrupción, unidades médicas, desigual oportunidad de acceso a la salud e impacto de la pandemia de COVID-19 en México

10

Mateo Carlos Galindo Pérez
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM

Manuel Suárez Lastra
Instituto de Geografía, UNAM

INTRODUCCIÓN

En el año 2020, Transparencia Internacional presentó la actualización de su Índice de Percepción de la Corrupción, en el que México ocupó la posición 124 de una lista de 180 países.¹ Un rasgo distintivo de ese informe es el énfasis que pone en la incidencia de la corrupción en el contexto de la emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19. La principal conclusión obtenida es que la corrupción reforzó la desigualdad en la oportunidad para acceder a servicios de salud, al reducir la capacidad de respuesta sanitaria justa y equitativa a escala global frente al virus SARS-CoV-2, cuya consecuencia fue el incremento de víctimas mortales. Durante la crisis sanitaria, los casos de corrupción han abarcado desde el soborno, la malversación de fondos, inflación de precios y el favoritismo. En el sector salud en general, se reveló que la corrupción está profundamente arraigada y adopta distintas formas (Transparencia Internacional, 2020).

Para México, una evidencia que valida la conclusión de dicho informe es la declaración del secretario de Salud federal del 6 de junio de 2019, en la

¹ Para ese año, México compartió dicha posición con Bolivia, Kenia, Kirguistán y Pakistán.

que anunció la decisión de suspender la construcción de 160 hospitales en diferentes puntos del país como consecuencia de irregularidades detectadas en el proceso de licitación de la obra, incumplimiento de contrato o por inviabilidad financiera del proyecto (Gobierno de México, 2019; SSA, 2019a). Un año después, esos 160 hospitales se convertirían en tema de controversia en medio del ambiente de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus.

La polémica se originó a raíz de las declaraciones emitidas por algunos exsecretarios de salud de los niveles federal y local (específicamente, de la Ciudad de México), en las que se denunciaba el pésimo manejo de la pandemia de COVID-19 en el país (Monroy, 2020). El subsecretario federal de Prevención y Promoción de la Salud en funciones, al ser cuestionado sobre tales declaraciones, replicó que, si esos 160 hospitales (cuya construcción fue suspendida un año antes) hubieran estado en funcionamiento, la capacidad de los servicios de salud para enfrentar la pandemia hubiera sido diferente (Gobierno de México, 2020; SSA, 2020). De manera implícita, el subsecretario insinuaba la imperante corrupción dentro del sector salud heredada de sexenios anteriores en materia de asignación y construcción de unidades médicas en todo el territorio nacional.

Más allá de la controversia y del intercambio de declaraciones y acusaciones, para el presente documento, el objetivo es responder a esta pregunta: en México, en el contexto de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus y bajo un escenario de desigual oportunidad de acceso a servicios de salud, ¿cuál fue el impacto de la corrupción, evidenciada en la suspensión del proyecto de construcción de los hospitales en mención?

CORRUPCIÓN Y UNIDADES MÉDICAS

Glaeser (2011) afirma que: *a)* la corrupción contemporánea limita la eficacia de los servicios públicos; *b)* las ciudades son menos saludables como consecuencia de la corrupción, y *c)* la corrupción incide en un mayor número de defunciones. Al trasladar estos enunciados al caso específico de los servicios de salud, su validez es indiscutible, ya que al restringir o impedir el funcionamiento de

unidades médicas, la corrupción genera o refuerza la desigual oportunidad para acceder a dichos servicios. Como consecuencia, la eficacia de los servicios de salud se reduce e incrementa la probabilidad de morir por cualquier tipo de enfermedad o lesión. Por tanto, la corrupción influye para que los centros de población (independientemente de su jerarquía urbana) se tornen menos saludables, lo que se refleja en la agudización de los padecimientos y el incremento del número de defunciones (Tormusa e Idom, 2016; Bruckner, 2019; García, 2019; Vian, 2008, 2020).

Con tales afirmaciones se reconoce también que la corrupción no puede ni debe quedar enmarcada dentro de una visión reduccionista, que la considere un acto inapropiado, individual o grupal (circunscrito en relaciones discretas), por medio del que se busca un beneficio o recompensa (Lozano y Merino, 1998; Arellano-Gault, 2017; Córdova y Ponce, 2017). La corrupción debe abordarse desde una concepción más completa, que la revele como un fenómeno social denso, con ramificaciones e implicaciones en contextos sociales, económicos y políticos (Arellano-Gault, 2017).

Desde esta otra óptica, se busca *desnormalizar* la corrupción para dejar de considerar ciertos comportamientos y prácticas “tradicionales” como uno de los *modus operandi* más estables y antiguos (Arellano-Gault, 2018), un secreto a voces (*open secret*) o un *endemismo* con presencia en dos terceras partes de los países en el mundo (García, 2019). La corrupción es, para algunos especialistas, una pandemia ignorada (Bruckner, 2019; Burki, 2019).

En el caso particular de México, el presupuesto destinado al sector salud es visto como una fuente de recursos disponibles a fondo muerto (o “caja chica”), tanto por organizaciones sindicales como por Gobiernos estatales y municipales (Arvizu y Jiménez, 2016; Jiménez, 2019; Gómez, 2020). La corrupción en dicho sector tiene tal arraigo que se percibe como una cotidianidad; evidencia de ello son las recurrentes notas sobre irregularidades en la compra, distribución, acaparamiento u ocultamiento de medicamentos (Bladinieres, 2019; Mares, 2020; Monreal, 2020; Cruz, 2022), venta de plazas médicas (*Proceso*, 2019; Martel, 2020; Morales y Villa, 2020), así como en la concertación por anticipado en los procesos de licitación y adjudicación de proyectos de

construcción, y en el sobrecosto, retraso e incumplimiento en la entrega de unidades médicas (Belmont, 2019; Zavala y Morales, 2019; Ramírez, 2020).

En el caso de México, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha documentado el combate a la manipulación y colusión en los procesos de licitación de la compra de medicamentos y contratación de obra pública para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (OCDE, 2013) y para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (OCDE, 2014). La OCDE (2015) también realizó un informe general sobre el combate a la colusión en los procesos de contratación de obra pública en México.

El arraigo de la corrupción en los proyectos de construcción de unidades médicas tiene como consecuencia que se ignore de manera premeditada que, en la fase de planeación urbana y regional, hay criterios definidos para localizar y construir unidades médicas. Por ejemplo, en México, para la Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el ISSSTE, están definidos los criterios normativos que se deben considerar para ubicar unidades médicas, entre ellos: el tamaño de la localidad de la población receptora, el nivel del servicio y las localidades dependientes (Sedesol, 1999).

De igual forma, están definidos los parámetros de dotación (población usuaria potencial y beneficiada, número de consultas), dimensionamiento (m^2 de terreno y construidos por consultorio) y dosificación del servicio (número de consultorios y población atendida); además, se considera la compatibilidad con los usos del suelo y las vialidades. Por último, se toman en cuenta las características físicas del inmueble y los requerimientos de infraestructura y servicios urbanos complementarios (sin olvidar los componentes arquitectónicos) (Sedesol, 1999).

Adicional a los criterios normativos, se debe considerar el acceso al servicio de salud propiamente dicho, que incluye una serie de dimensiones, entre ellas: la disponibilidad, la accesibilidad, el alojamiento, la asequibilidad y la aceptabilidad (Penchansky y Thomas, 1981; Reyes y Galindo, 2019).

Pero ni los criterios de planeación ni las dimensiones consideradas contribuirán a lograr una óptima localización de las unidades médicas y un eficiente funcionamiento de los servicios de salud si en el trasfondo hay corrupción.

Entre las consecuencias negativas que se derivan del arreglo discrecional en la asignación de proyectos de construcción de unidades médicas están: *a)* desfase entre el nivel del servicio y la jerarquía urbana de la localidad; *b)* ubicación en zonas de difícil acceso y alejadas de las mayores concentraciones de población, y *c)* emplazamiento en terrenos sin la disponibilidad de servicios urbanos básicos (agua, drenaje, energía eléctrica). El resultado es la creación de unidades médicas inaccesibles (o accesibles para unos pocos), inservibles, o la creación de *elefantes blancos* subutilizados que terminan en el abandono (López-Acuña, 1980).

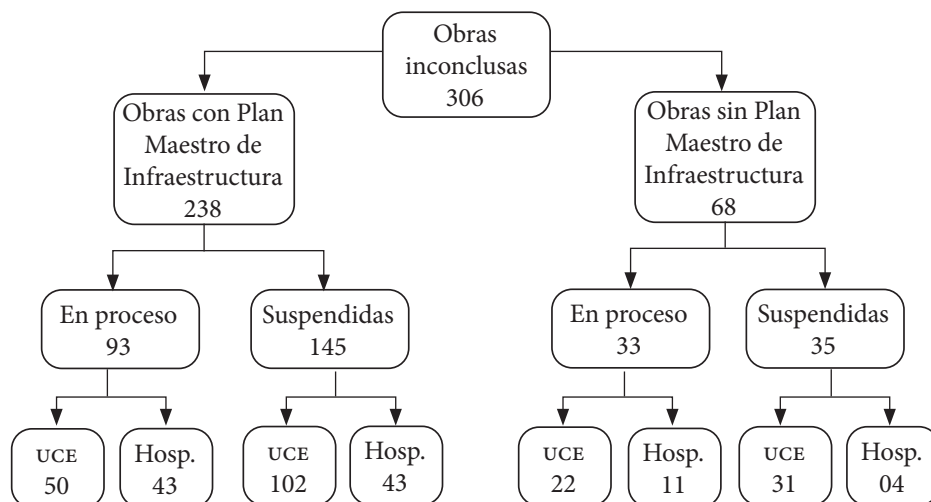
Asimismo, se debe tomar en cuenta que una inadecuada localización de unidades médicas no solo es consecuencia del desconocimiento de los criterios técnicos (pendiente del terreno, tipo de suelo, disponibilidad hídrica, entre otros), sino también de razones políticas. Tal es el caso de la localización de unidades médicas en terrenos con tenencia de la tierra en situación irregular o que son propiedad de prestanombres o familiares de los gobernantes en turno (Guerrero, 2017).

Otro ejemplo de corrupción es el abandono de la reconstrucción de nosocomios, como ocurrió con el Hospital Cuajimalpa (Ciudad de México), que después de quedar afectado por la explosión de un camión cisterna con combustible (el 29 de enero de 2015), simplemente fue olvidado (Suárez, 2018). La emergencia sanitaria provocada por el coronavirus puso en evidencia la corrupción que desde hace décadas impera en el sector salud de México, específicamente, al hacer notoria la falta de preparación del sistema territorial a diferentes escalas ante escenarios de demanda extraordinaria de servicios de salud (Galindo y Suárez, 2018).

LOS HOSPITALES DE LA CONTROVERSIA

La Secretaría de Salud (ssa) de México, en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI) (abril de 2019), informó que, como herencia de anteriores administraciones, en el país se contabilizaron 306 obras abandonadas o inconclusas; 126 de esas obras fueron incorporadas al PMI para evaluar y dar continuidad a su

FIGURA 1
SITUACIÓN DE LAS OBRAS DE HOSPITALES Y UNIDADES MÉDICAS



Fuente: SSA (2019b).

construcción, pero 180 fueron suspendidas debido a la inviabilidad del proyecto (47 hospitales y 133 unidades de consulta externa, UCE) (ssa, 2019b) (figura 1).

Se informó también que las obras suspendidas, tentativamente, no podrían concluirse hasta que se garantizaran los requisitos mínimos indispensables de operación, ya que, de permitir su funcionamiento, se convertirían en un riesgo para los usuarios. En la tabla 1 se presentan los motivos que la SSA estableció para justificar la suspensión.

Con base en información proporcionada por el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) (Roldán, 2019), al examinar las cifras correspondientes a la SSA, se obtiene un conteo de 250 proyectos de construcción de unidades médicas que fueron revisados, con un costo total que asciende a los 18884.1 millones de pesos. Como resultado de esa revisión, se autorizó la continuación de 126 proyectos (51 hospitales y 75 UCE), por lo que se les colocó en estatus de *en proceso* (lo que involucró un costo de 15418.1 millones de pesos); por otra parte, 124 proyectos fueron suspendidos (33 hospitales y 91 UCE), lo

TABLA 1
MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LAS OBRAS

Motivo	Tipo de unidad	
	Hospital	Consulta externa
1	Falta de financiamiento para concluir obra	Falta de financiamiento para concluir obra
2	Revisión técnica y jurídica por incumplimiento de la empresa	Obra en proceso jurídico Incumplimiento de la empresa contratada
3	Rescisión anticipada de contrato	Sin acreditar propiedad del terreno en que se estaba ejecutando la obra
4	Sin plantilla de recursos humanos y sin gasto operativo	Sin plantilla de recursos humanos y sin gasto operativo
5	Proyecto incumple normatividad en salud vigente	Corrupción

Fuente: SSA (2019b).

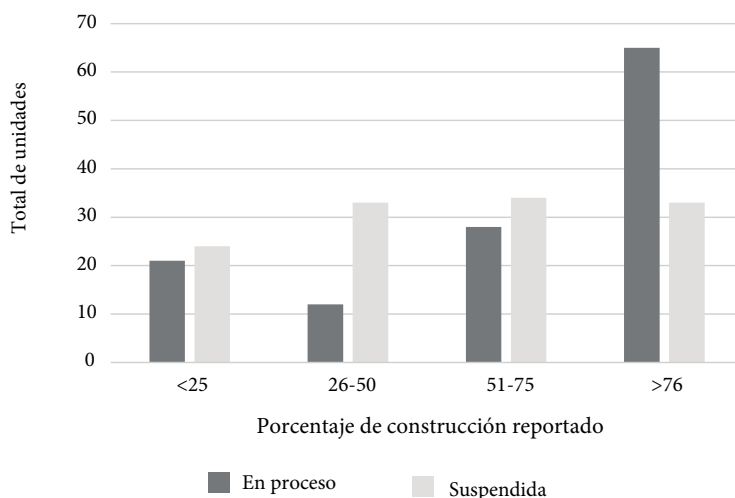
que significó un costo de 3 466 millones de pesos (18 % del costo total). El costo en unidades médicas que después de varios años aún están en proceso de construcción podría denominarse *gasto latente*, y el costo ejercido en unidades médicas que ya fueron descartadas, *gasto infructuoso*.

Al respecto, destaca un detalle particular: de las 124 unidades médicas que fueron suspendidas, 34 reportan un porcentaje de construcción de entre 51 y 75 %, y otras 33 unidades médicas reportan un porcentaje de construcción superior a 75 %. Esto implica un serio cuestionamiento al proceso de inspección y evaluación de los proyectos de construcción de unidades médicas por parte de la SSA (figura 2).

Respecto al año del que datan los proyectos de construcción para la SSA, se reconoce que:

1. Durante el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012) se establecieron contratos para construir 89 unidades médicas por un monto de 4 120.1 millones de pesos;
2. Para el sexenio de Enrique Peña (2012-2018), se contrataron 160 proyectos de construcción, para lo que se ejercieron 14 764 millones de pesos,

FIGURA 2
MÉXICO: UNIDADES MÉDICAS DE LA SSA SEGÚN ESTATUS
Y PORCENTAJE DE CONSTRUCCIÓN REPORTADO



Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

lo que representa casi el doble de proyectos y casi cuatro veces el costo del sexenio anterior, y

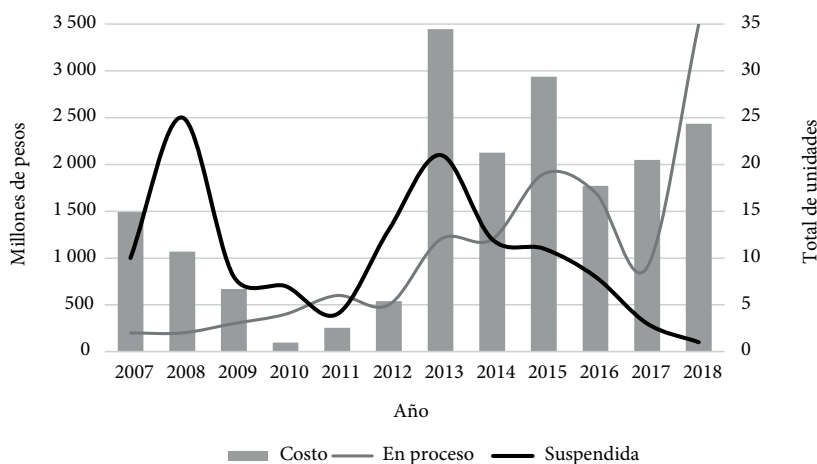
3. El mayor número obras suspendidas (y costo) datan del inicio de ambos sexenios² (figura 3).

Por entidad federativa, Oaxaca reporta el mayor número de obras suspendidas: 7 hospitales y 38 UCE; en segundo lugar está Jalisco, con 6 hospitales y 12 UCE, y en tercer lugar se ubica Veracruz, con 2 hospitales y 28 UCE. Al agregar las cifras anteriores, se reconoce que 75 % de las unidades suspendidas se concentra en solo tres entidades.

Entre el tipo de acciones contratadas está: *a)* ampliación; *b)* fortalecimiento; *c)* obra nueva, y *d)* sustitución. Con la *ampliación* se busca aumentar la capacidad operativa de alguna unidad o área médica mediante el incremento

² Hay un proyecto de construcción de un hospital comunitario en Jalisco que data de 2004, pero no se especifica el costo.

FIGURA 3
MÉXICO: UNIDADES MÉDICAS DE LA SSA SEGÚN ESTATUS DE CONSTRUCCIÓN,
AÑO DE INICIO DEL PROYECTO Y COSTO GLOBAL



Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

de la superficie construida para incorporar, por ejemplo, más consultorios, camas, quirófanos o la construcción de áreas de laboratorio o anexos. Los proyectos de *fortalecimiento* implican reforzar o complementar unidades o áreas médicas mediante acciones específicas, como la instalación del suministro de energía eléctrica con sus correspondientes sistemas y subsistemas de emergencia, o dotación de sanitarios y cuarto de aseo. Por su parte, se contrata *obra nueva* para construir nuevas unidades médicas. El número total de acciones, según su estatus de construcción (en proceso o suspensión) y el costo, se presenta en la tabla 2.

En cuanto a la *sustitución*, este tipo de acción implica demoler una unidad médica preexistente para volver a construirla, por lo que es el tipo de obra más oneroso y ayuda a explicar el monto ejercido, que asciende a 14 197.9 millones de pesos, equivalentes a 75 % del costo global. Un detalle llama inmediatamente la atención: de los 250 proyectos de construcción para la SSA, 143 son sustituciones y 56 fueron suspendidas (figura 4).

TABLA 2
SSA: UNIDADES MÉDICAS POR ESTATUS
DE CONSTRUCCIÓN, TIPO DE ACCIÓN Y COSTO

Tipo de acción	Estatus			Costo (millones de pesos)	
	En proceso	Suspendida	Total	Total	%
Ampliación	13	14	27	1 238.8	6.6
Fortalecimiento	7	7	14	71.6	0.4
Obra nueva	19	47	66	3 375.8	17.9
Sustitución	87	56	143	14 197.9	75.2
Total	126	124	250	18 884.1	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

FIGURA 4
MÉXICO: UNIDADES MÉDICAS DE LA SSA SEGÚN TIPO DE ACCIÓN
Y COSTO EN MILLONES DE PESOS POR ENTIDAD FEDERATIVA



Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

En cuanto al costo por entidad federativa, de nueva cuenta Oaxaca se ubica entre los primeros lugares (por el número de unidades médicas involucradas), con 1 514.1 millones de pesos. Pero destacan casos como Aguascalientes (2 sustituciones, 1 564.4 millones de pesos), Estado de México (6 obras nuevas, 2 sustituciones, 1 325.8 millones de pesos) y Michoacán (1 ampliación, 2 fortalecimientos, 9 sustituciones, 1 694.2 millones de pesos) que, con pocos proyectos, se colocan en los primeros lugares de costos. Estas cuatro entidades concentran 32 % del costo nacional en proyectos de construcción de unidades médicas para la Secretaría de Salud.

Por su parte, el IMSS y el ISSSTE también reportaron obras en construcción con irregularidades. En el caso del IMSS, se contabilizaron 49 unidades médicas por un monto de 4 635.2 millones de pesos y el tipo de acciones contratadas fueron: adecuación o remodelación, ampliación, obra nueva, reestructuración y sustitución. En cuanto al estatus de las obras, llama la atención que no hay suspensión, todas están en proceso. El número total de acciones y el costo se presentan en la tabla 3.

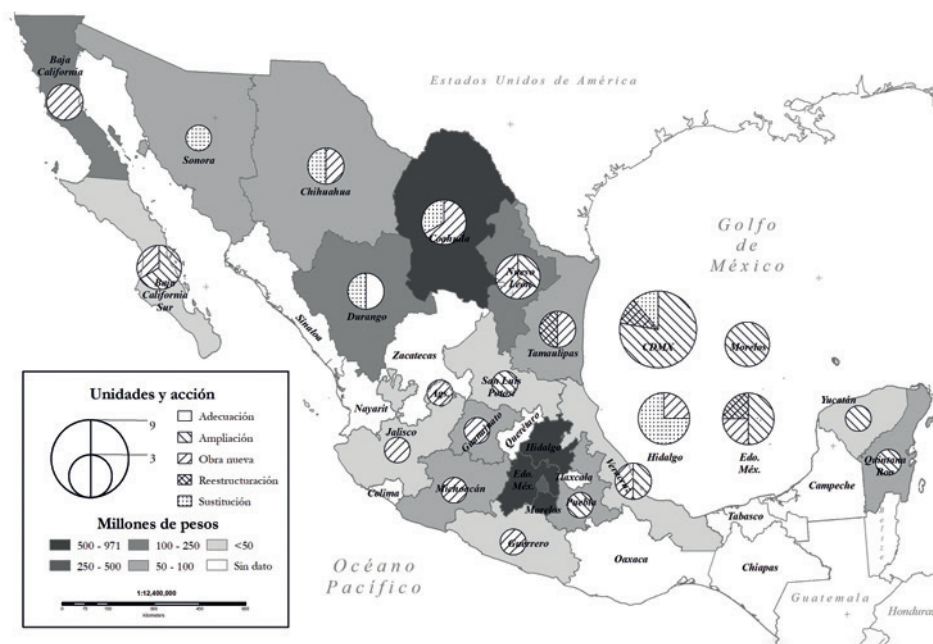
Para el IMSS, el mayor número de proyectos contratados fue para construir nuevos hospitales y ampliaciones, hacia donde se canalizó 78 % del gasto. Respecto al año de contratación, todos los proyectos datan del sexenio peñista; incluso, 53 % fueron contratados en 2018, último año de dicha administración. Por entidad federativa, en solo cinco estados se ejerció 77 % del gasto total

TABLA 3
IMSS: UNIDADES MÉDICAS POR ESTATUS
DE CONSTRUCCIÓN, TIPO DE ACCIÓN Y COSTO

Tipo de acción	Estatus	Costo (millones de pesos)	
	En proceso	Total	%
Adecuación	1	67.4	1.5
Ampliación	20	1 441.7	31.1
Obra nueva	17	2 178.5	47.0
Reestructuración	3	45.6	1.0
Sustitución	8	902.0	19.5
Total	49	4 635.2	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

FIGURA 5
MÉXICO: UNIDADES MÉDICAS DEL IMSS SEGÚN TIPO DE ACCIÓN
Y COSTO EN MILLONES DE PESOS POR ENTIDAD FEDERATIVA



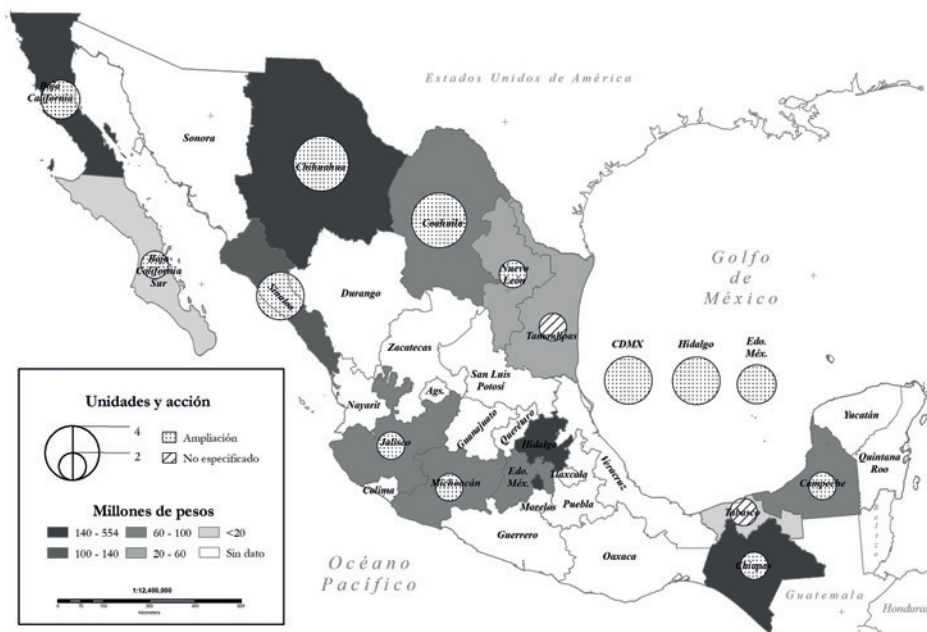
Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

del IMSS: Coahuila, Estado de México, Hidalgo, Morelos y Ciudad de México (figura 5). La inconformidad del IMSS alcanzó tal magnitud, que se amagó con revelar públicamente el nombre de las empresas que abandonaron la construcción de los hospitales (López, 2019).

Para el ISSSTE, se contabilizaron 29 unidades médicas por un monto de 1 845.2 millones de pesos. El mayor número de proyectos contratados fue para realizar ampliaciones, hacia donde se canalizó prácticamente todo el gasto. Destaca que se reportan 4 casos para los que el tipo de acción no está especificado. En cuanto al estatus, hay 23 proyectos en proceso y 6 rescisiones de contrato (figura 6).

Respecto al año de contratación (al igual que el IMSS), todos los proyectos datan del sexenio peñista; el año en el que se contrataron más proyectos fue

FIGURA 6
MÉXICO: UNIDADES MÉDICAS DEL ISSSTE SEGÚN TIPO DE ACCIÓN
Y COSTO EN MILLONES DE PESOS POR ENTIDAD FEDERATIVA



Fuente: Elaboración propia con base en Roldán (2019).

2016, con 19 (66 %). Por entidad federativa, en solo cinco se ejerció 70 % del gasto total del ISSSTE: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México e Hidalgo.

En suma, para el país, el costo global en unidades médicas que reportaron irregularidades de la SSA, el IMSS y el ISSSTE fue de 25 364.5 millones de pesos.³ La entidad con el mayor monto invertido fue el Estado de México (2 335.9 millones de pesos) y con el menor se registró Quintana Roo (64.4 millones).

³ Para dimensionar, este monto representa 32 % del presupuesto total asignado para la construcción del nuevo Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles (AIFA), que fue de 79 305 millones de pesos (AIFA, 2022).

Por otra parte, solo dos entidades no reportaron unidades médicas con anomalías: Colima y Tlaxcala.

Ahora bien, la pregunta que se plantea es la siguiente: ¿cómo estimar el impacto de la corrupción (expresada en la distribución territorial y el costo de unidades médicas suspendidas y en proceso de construcción) ante el escenario de emergencia sanitaria provocada por el coronavirus en el país? En el siguiente apartado se responde a esta interrogante.

IMPACTO DE LA CORRUPCIÓN DURANTE LA PANDEMIA

Dado que al momento de elaborar este documento (abril de 2022) la pandemia de COVID-19 aún se mantiene vigente en México y el mundo, es requisito establecer una fecha de corte para realizar el análisis. Se decidió que fuera el 9 de septiembre de 2020 porque fue el día del pronunciamiento de los exsecretarios de Salud respecto al manejo de la pandemia, y que dio inicio al intercambio de declaraciones sobre la corrupción en los proyectos de construcción de unidades médicas heredados de sexenios anteriores.⁴

Ante la gravedad de la emergencia sanitaria, las autoridades anunciaron que cualquier persona podría atenderse de forma indistinta en cualquier unidad médica de la SSA, el IMSS o el ISSSTE, por lo que, metodológicamente, se trabajó solamente con las estadísticas conjuntas de las tres instituciones de salud (que además son las que presentaron casos de corrupción asociada a unidades médicas). La escala de agregación de los datos fue por entidad federativa. De la plataforma Datos abiertos de la Secretaría de Salud se obtuvo: *i*) el número de pruebas COVID-19 realizadas (suma de positivas y negativas), y *ii*) el total de defunciones por coronavirus. De manera agregada, la SSA, el IMSS y el ISSSTE realizaron 1.35 millones de pruebas y registraron 82 598 defunciones, lo que representó 92 y 94 % del total nacional,⁵ respectivamente (tabla 4).

⁴ Además, a partir de esta fecha, algunas de las empresas constructoras ya han entregado unidades médicas terminadas en diferentes puntos del país.

⁵ Para este análisis, se omitieron las estadísticas de la Cruz Roja, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, institutos estatales y municipales de salud,

TABLA 4
MÉXICO: PRUEBAS REALIZADAS Y DEFUNCIONES POR COVID-19
POR INSTITUCIÓN DE SALUD (AL 9 DE SEPTIEMBRE DE 2020)

Institución	Pruebas		Defunciones	
	Total	%	Total	%
SSA	912 162	62.2	25 403	28.8
IMSS	386 511	26.4	51 235	58.1
ISSSTE	55 449	3.8	5 960	6.8
Otras	111 571	7.6	5 632	6.4
Total	1 465 693	100	88 230	100

Fuente: SSA (s. f.).

Por otra parte, se recurrió al índice de estado de derecho en México 2020-2021,⁶ que determina, para cada entidad federativa, su adhesión al estado de derecho. Para la obtención del índice se sintetizan ocho factores (subíndices):

1. límites al poder gubernamental;
2. ausencia de corrupción;
3. Gobierno abierto;
4. derechos fundamentales;
5. orden y seguridad;
6. cumplimiento regulatorio;
7. justicia civil, y
8. justicia penal.

En concordancia con el objetivo de este trabajo, se utilizó el factor 2, que mide la ausencia de corrupción, definida en ese documento como: “el uso del poder público para obtener un beneficio privado, en los poderes ejecutivo, legislativo, y judicial locales, y en el sistema de seguridad y procuración de justicia” (World Justice Project, 2021, p. 19 [traducción propia]). Se consideran tres

Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, instituciones privadas y otros.

⁶ La metodología empleada para calcular el índice toma como base el proceso para obtener el índice global a escala internacional, pero se adapta al contexto mexicano.

formas básicas de corrupción: sobornos, tráfico de influencias y la apropiación indebida de recursos públicos.⁷ Un valor del subíndice próximo a cero (0) se interpreta como mayor corrupción, y un valor cercano a uno (1) como menor de corrupción. El promedio del subíndice para las 32 entidades federativas del país fue de 0.37.

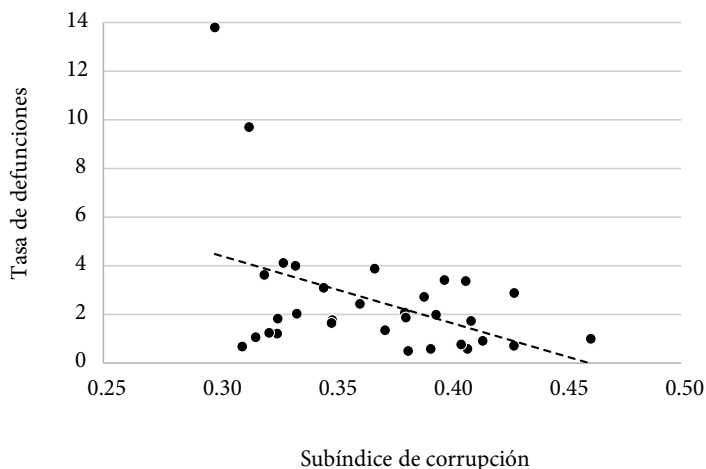
Como primer estadístico de prueba, se obtuvo el valor de correlación de Pearson entre la tasa de defunciones por COVID-19 por cada mil habitantes (al 9 de septiembre de 2020) y el subíndice de ausencia de corrupción. El resultado se muestra en la figura 7.

Se obtuvo una correlación negativa moderada entre variables (-0.426), lo que significa que la corrupción, a escala de entidad federativa, se asocia estadísticamente con las tasas más altas de defunción por COVID-19. Para afinar el resultado y encontrar posibles relaciones causales, se construyó un modelo de regresión. Como variable dependiente se designó Y = la tasa de defunciones por coronavirus por cada mil habitantes; las variables independientes seleccionadas fueron X_1 = el subíndice de ausencia de corrupción, X_2 = el logaritmo del costo en unidades médicas con estatus de En proceso y Suspendidas (gasto latente e infructuoso), y X_3 = el índice de rezago social 2020, calculado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, s. f.). El efecto esperado de las variables independientes es que, a partir de su interacción, sea posible explicar el impacto de la corrupción en el patrón territorial de distribución/concentración de defunciones por COVID-19 en México. Los resultados del modelo se muestran en la tabla 5.

El modelo y las variables independientes fueron estadísticamente significativas y el valor del coeficiente de determinación (R^2) fue de 0.46 (se rechaza

⁷ A su vez, este factor incluye cuatro subfactores: 2.1. Las personas servidoras públicas del poder ejecutivo estatal no incurrir en actos de corrupción; 2.2. Las personas servidoras públicas del poder judicial no abusan de sus funciones para obtener beneficios privados; 2.3. Las personas servidoras públicas de los sistemas de seguridad y de procuración de justicia no abusan de sus funciones para obtener beneficios privados, y 2.4. Las personas servidoras públicas del poder legislativo no abusan de sus funciones para obtener beneficios privados (World Justice Project, 2021).

FIGURA 7
CORRELACIÓN DE PEARSON: TASA DE DEFUNCIONES POR COVID-19
EN FUNCIÓN DEL SUBÍNDICE DE AUSENCIA DE CORRUPCIÓN



Correlación de Pearson entre la tasa de defunciones y el subíndice de corrupción: 0.427, valor- $p=0.0149$

Fuente: Elaboración propia.

la hipótesis nula), lo que significa que, a escala estatal, el modelo propuesto explica 46 % de la mortalidad por COVID-19. Por su parte, el signo de los coeficientes indica:

1. A menor corrupción, menor tasa de defunción por COVID-19: por cada décima que disminuye el subíndice de ausencia de corrupción (mayor corrupción), se suman cinco defunciones por cada mil habitantes (en igualdad de circunstancias).
2. Un mayor gasto latente e infructuoso se correlaciona positivamente con mayores tasas de defunción (se asigna y ejerce el recurso, pero las unidades médicas no están en funcionamiento).
3. A menor índice de rezago social, mayor tasa de defunciones.

TABLA 5
MODELO DE REGRESIÓN

	Parámetros estimados	Error estándar	Estadístico t	Pr (> t)
(Constante)	-0.3323	8.9277	-0.037	0.970596
Subíndice de ausencia de corrupción	-50.0263	11.6117	-4.308	0.000208 ***
(Ln) Gasto latente e infructuoso	1.1469	0.3994	2.872	0.008013 **
Índice de rezago social	-1.1092	0.3883	-2.857	0.008310 **

Signif. codes: 0 '***', 0.001, '**' 0.01, '*' 0.05, '.' 0.1, ' ' 1

R²: 0.5151, R² ajustada : 0.4592

Estadística F: 9.208 on 3

26 Grados de libertad Valor p: 0.0002539

Fuente: Elaboración propia con base en Coneval (s. f.); SSA (s. f.) y World Justice Project (2021).

Esta última asociación se explica de la siguiente forma: debido al retraso (por corrupción) en el inicio de operaciones de las unidades médicas en determinadas zonas del país, la población se desplazó hacia otras áreas con mayor y mejor cobertura hospitalaria (con menor rezago social), por lo que, en caso de fallecimiento, el hecho se contabilizó en la entidad donde la persona fue hospitalizada y ocurrió el deceso, y no en su entidad de origen o procedencia (Galindo y Juárez, 2020).

Dada la gravedad y el desconocimiento del cuadro clínico de COVID-19, la probabilidad de hospitalización fue mayor, por lo que la carencia/ausencia de unidades médicas significó un incremento del riesgo patológico. Así se demostró para México, al reconocerse, para la región sur, la correlación entre alta marginación, condición indígena, mayor riesgo de hospitalización y menor disponibilidad del servicio y, por tanto, retraso en recibir atención médica; en el extremo opuesto, atenderse en servicios privados se asoció con menor mortalidad (Ortiz-Hernández y Pérez-Sastré, 2020; Suárez et al., 2020).

La interpretación conjunta del resultado de la regresión permite señalar que la corrupción sí tuvo (y tiene) un efecto negativo, al retrasar o impedir el inicio de operaciones de unidades médicas. De esta forma, la corrupción subyacente en los proyectos de construcción de unidades médicas refuerza

la desigual oportunidad para acceder a servicios de salud, reduciendo así la capacidad de respuesta sanitaria justa y equitativa frente a la emergencia sanitaria. Se reconoce así que la corrupción agravó el impacto de la pandemia en el país, al traducirse en mayor mortalidad.

Por entidad federativa, las mayores tasas de defunción por COVID-19 coinciden con el más alto costo en unidades médicas que aún siguen en proceso de construcción, o que fueron suspendidas. Esto significa que la corrupción retrasó o impidió el inicio de operaciones de unidades médicas donde más se requirieron. Se corrobora así uno de los supuestos de la geografía médica, que establece que la dotación de unidades médicas contribuye a recuperar la salud, pero su carencia se convierte en un factor patológico e incluso agravante de los padecimientos (Olivera, 1993). De igual forma, se corroboran los postulados de Glaeser (2011) al reconocer que la corrupción limita la eficacia de los servicios públicos y, por tanto, genera ciudades menos saludables, lo que incide en un mayor número de defunciones.

Si durante la pandemia ese conjunto de hospitales —que después de varios años aún se encontraban en proceso de construcción y otros suspendidos— hubieran estado en funcionamiento, la capacidad para realizar más pruebas, detectar casos positivos y, por tanto, atender a un mayor número de personas, se reflejaría en menores tasas de defunción. ¿Cuántas muertes podrían haberse evitado? La respuesta será una incógnita, pero en las sociedades civilizadas y democráticas, el derecho, el respeto y la preservación de la vida, sea de una persona o de un millar, no es un tema que se discuta.

La pregunta que dirigió este trabajo fue: para el caso de México, en el contexto de emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2 y bajo un escenario de desigual oportunidad de acceder a servicios de salud: ¿cuál fue el impacto de la corrupción, evidenciada en la distribución territorial y el costo de unidades médicas suspendidas y en proceso de construcción? Con base en el análisis hasta aquí realizado, la respuesta es: la corrupción se convirtió en un factor etiológico (causa) del agravamiento de la morbilidad y del incremento de la mortalidad por coronavirus en México. Asimismo, la corrupción remarcó aún más las brechas de desigualdad en el acceso a servicios de salud.

CONCLUSIONES

La labor realizada en este capítulo permite concluir que:

- La corrupción ejerce un efecto estructural negativo en la oportunidad de acceso a la salud y, por tanto, en el incremento de la mortalidad.

Diversas investigaciones hallaron evidencia de que la mortalidad es evitable si existe la posibilidad de acceder de manera efectiva a los servicios de salud. Para un estudio donde se incluyeron 137 países, Kruk y colaboradores (2018) estimaron que 42 % de las muertes evitables se deben al nulo acceso a los servicios de salud.

Análisis emanados de la pandemia por coronavirus han concluido que una mejor respuesta sanitaria requiere un enfoque de equidad en la asignación de los recursos destinados a la salud (equipamiento y personal) para así reducir las desigualdades sociales (Ortiz-Hernández y Pérez-Sastré, 2020).

- El costo de la corrupción se traduce en un costo en salud.

Como se observó, el costo global de las unidades médicas con estatus de construcción En proceso y Suspensión para la SSA, el IMSS y el ISSSTE ascendió a 25 364.5 millones de pesos, y ese costo, que se tradujo en unidades médicas que aún están a la espera de iniciar funciones (y otras que ya fueron descartadas definitivamente), repercutió en tasas de defunción más altas.

Con base en los resultados del Índice de Percepción de la Corrupción 2020, Transparencia Mexicana hizo recomendaciones a la Auditoría Superior de la Federación y a la Fiscalía General de la República (y demás instituciones que imparten justicia); a la primera se le recomendó fiscalizar el gasto público, con especial énfasis en el sector salud. A la segunda, imponer sentencias a redes de corrupción, recuperar activos desviados en grandes casos de corrupción y reparar daños a las víctimas de dichos actos.

- La corrupción contribuye a configurar escenarios de alta vulnerabilidad en salud.

Las ciudades nos vuelven más saludables. Esta sentencia de Glaeser (2011) es realmente significativa y verídica, y aún más al observar las proyecciones de urbanización a nivel mundial que estiman que, para 2050, más de 90 % de la población mundial radicará en ciudades. Sin embargo, si la corrupción sigue operando, será más difícil combatir futuras emergencias sanitarias, por lo que habrá un detrimento de la salud del individuo y del colectivo, lo que convertirá a las ciudades en lugares insalubres.

- Para reducir la desigualdad en todas sus dimensiones, se debe combatir la corrupción.

En México, el combate a la corrupción está en marcha. La creación del Sistema Nacional Anticorrupción puede verse como el inicio de la instrumentación. Con la pandemia de COVID-19, el saneamiento del sector salud se ubicó en un lugar prioritario. La nueva estrategia de combate a la corrupción contempla, en el área que concierne a la obra pública relacionada con unidades médicas: *a)* la supervisión estricta de las obras en proceso y verificar de qué forma se puede acompañar a las entidades federativas para su conclusión; *b)* no autorizar obra nueva si no entra en el Plan Maestro de Infraestructura Federal; *c)* realizar proyectos de acuerdo con las necesidades de cada uno de los hospitales, implementando estrategias para concluir los trabajos en los tiempos establecidos; *d)* dar seguimiento a las revisiones de estimaciones por parte de supervisión y residencia para no retrasar el proceso de pago, y *e)* avanzar en el Hospital Universal para obra nueva e intercambio de servicios en las instituciones actuales (Plan Maestro de Infraestructura, 2019).

- El futuro global depende (en pequeña o en gran parte) de reducir la corrupción.

En 2015, se anunciaron los Objetivos del Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, s. f.), que definen la agenda de trabajo con la que se busca erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos. Cada objetivo establece metas que deben ser alcanzadas para 2030. En el objetivo 16, Paz e instituciones sólidas, quedaron establecidas las metas: 16.5 Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas, y 16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

Distintas investigaciones han demostrado que, al aumentar el nivel de educación de las personas, la corrupción suele disminuir porque la ciudadanía está más capacitada para enfrentarla y, de esta forma, reducir el clientelismo político (Glaeser y Saks, 2006). Este mismo planteamiento es defendido por Calderón y Castells (2019), al señalar que la vida es posible sin corrupción sistémica, pero para ello, se requiere reducir la desigualdad social, elevar los niveles de educación, promover el Estado de bienestar y consolidar un poder judicial independiente, con una fuerte autorregulación.

Pero mientras haya actos y lógicas sociales que se realicen bajo el cobijo de la corrupción, desde unidades médicas sin entregar (escala macro), hasta la obtención de medicamentos sin receta (escala micro) (Córdova y Ponce, 2017; Arellano-Gault, 2020), los esfuerzos por erradicar la corrupción representarán solo una poda para que dicha conducta brote con más fuerza. La lucha por eliminar la corrupción está en marcha, pero es un trabajo que involucra al conjunto de la sociedad.

- La corrupción es una epidemia que se sincronizó con la pandemia sanitaria.

La presidenta de Transparencia Internacional declaró sin ambages: “la COVID-19 no es solo una crisis sanitaria y económica, es una crisis de corrupción”. Otras investigaciones coinciden al reconocer que la evidente pandemia por coronavirus se sobrepuso a otra pandemia, no tan evidente: la de la corrupción (Bruckner, 2019; Burki, 2019), la cual tiene tal arraigo y con la que se ha convivido por tantos años que, al parecer, la sociedad ya desarrolló inmunidad de rebaño hacia ella. Si esta pandemia por corrupción no se supera, futuros flagelos impactarán con igual o más fuerza y con peores consecuencias

que la sufrida por el coronavirus. Como lo señaló una exministra de Salud peruana (García, 2019): la corrupción es una de las más grandes amenazas a la salud global.

REFERENCIAS

- Aeropuerto Internacional Felipe Ángeles. (1 de abril de 2022). Presupuesto total del AIFA. *Blog AIFA*. <https://www.gob.mx/aifa/es/articulos/presupuesto-total-del-aifa?idiom=es>
- Arellano-Gault, D. (2017). Corrupción como proceso organizacional: comprendiendo la lógica de la *desnormalización* de la corrupción. *Revista Internacional. Contaduría y Administración*, 62, 810-826. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2016.01.005>
- Arellano-Gault, D. (2018). *¿Podemos reducir la corrupción en México? Límites y posibilidades de los instrumentos a nuestro alcance*. CIDE.
- Arellano-Gault, D. (2020). *Corruption in Latin America*. Routledge.
- Arvizu, J. y Jiménez, H. (30 de agosto de 2016). Seguro Popular, caja chica de gobernadores: Joel Ayala. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2016/08/30/seguro-popular-caja-chica-de-gobernadores-joel-ayala>
- Belmont, J. (9 de mayo de 2019). Sector salud, líder en obras abandonadas. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/sector-salud-lider-en-obras-abandonadas>
- Bladinieres, J. (11 de junio de 2019). Corrupción en la compra de medicamentos del sector salud. *Forbes México*. <https://www.forbes.com.mx/corruptcion-en-la-compra-de-medicamentos-del-sector-salud/>
- Bruckner, T. (2019). *The ignored pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage*. Transparency International Health Initiative, The Global Coalition Against Corruption. <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEb-v2.pdf>

- Burki, T. (2019). Corruption is an “ignored pandemic”. *The Lancet. Infectious Diseases*, 19(5), 471.
- Calderón, F. y Castells, M. (2019). *La nueva América Latina*. FCE.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (s. f.). *Índice de rezago social 2020 a nivel nacional, estatal, municipal y localidad*. Coneval. https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2020.aspx
- Córdova Guzmán, J. y Ponce, A. (2017). Los tipos de corrupción y la satisfacción con los servicios públicos. Evidencia del caso mexicano. *Región y Sociedad*, 29(70), 231-262.
- Cruz Martínez, Á. (15 de abril de 2022). Denuncian corrupción en el Consejo de Salubridad en la compra de medicamentos. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2022/04/15/politica/009n1pol>
- Galindo Pérez, C. y Juárez Gutiérrez, C. (2020). Mortalidad, causas y efecto en el capital territorial. Un análisis a escala municipal para Guanajuato. *Perspectivas emergentes del desarrollo regional. Capital territorial, política pública y desarrollo endógeno local* (pp. 164-182). Juan Pablos, ENES-León UNAM.
- Galindo Pérez, C. y Suárez Lastra, M. (2018). Servicios de salud del ISSSTE en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. ¿Qué pasaría si nos enfermáramos todos? *Gestión y Política Pública*, 27(2), 475-499. <http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/ojsaide/index.php/gyp/article/view/479/127>
- García, P. (2019). Corruption in global health: the open secret. *The Lancet*, 394, 2119-2124. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32527-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32527-9/fulltext)
- Glaeser, E. (2011). *Triumph of the City. How our greatest invention makes us richer, smarter, greener, healthier and happier*. The Penguin Press.
- Glaeser, E. y Saks, R. (2006). Corruption in America. *Journal of Public Economics*, 90(6-7), 1053-1072. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2005.08.007>
- Gobierno de México (6 de junio de 2019). *Conferencia de prensa sobre infraestructura médica*. [Archivo de video]. Periscope. <https://www.pscp.tv/GobiernoMX/1YqKDBjkRwoJV?t=1h58m4s>

- Gobierno de México (28 de agosto de 2020). *Conferencia de prensa. Actualización del COVID-19 en México*. [Archivo de video]. Periscope. <https://www.pscp.tv/w/1ZkJzmdMzwoGv?q=28+de+agosto>
- Gómez, R. (21 de enero de 2020). Gobiernos que se niegan al Insabi usaban Seguro Popular como caja chica: Morena Jalisco. *La Crónica de Hoy*. https://www.cronicajalisco.com/notas-gobiernos_que_se_niegan_al_insabi_usaban_seguro_popular_como_caja_chica_morena_jalisco-97336-2020
- Guerrero, J. (16 de mayo de 2017). URO y Cué construyeron hospitales y clínicas en terrenos sin escrituras. *El Piñero. Periodismo y debate*. <https://www.elpinero.mx/uro-cue-construyeron-hospitales-clinicas-terrenos-sin-escrituras/>
- Jiménez, E. (1 de julio de 2019). La millonaria caja chica de los sindicatos del sector Salud. *Gaceta Reivindicación Sindical*. <https://rssindical.mx/2019/07/01/la-millonaria-caja-chica-de-los-sindicatos-del-sector-salud/>
- Kruk, M., Gage, A., Joseph, N., Danaei, G., García-Saisó, S. y Salomon, J. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392, 2203-2212. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- López Ponce, J. (23 de mayo de 2019). IMSS revelará qué empresas dejaron hospitales inconclusos. *Milenio Diario*. <https://www.milenio.com/politica/amlo-imss-revelara-empresas-dejaron-hospitales-inconclusos>
- López-Acuña, D. (1980). *La salud desigual en México*. Siglo XXI.
- Lozano, J. y Merino, V. (comps.). (1998). *La hora de la transparencia en América Latina: el manual de anticorrupción en la función pública*. Granica.
- Mares, M. (14 de julio de 2020). Medicamentos: desorden en Gobierno. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/opinion/Medicamentos-desorden-en-Gobierno-20200714-0130.html>
- Martel Castro, M. (12 de enero de 2020). SUTGCDMX vende plazas de médicos y enfermeras en 250 mil pesos, acusan galenos. *Crónica*. https://www.cronica.com.mx/notas-sutgcdmx_vende_plazas_de_medicos_y_enfermeras_en_250_mil_pesos_acusan_galenos-1142908-2020

- Monreal Ávila, R. (3 de agosto de 2020). El cártel farmacéutico. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/ricardo-monreal-avila/el-car-tel-farmaceutico>
- Monroy, J. (9 de septiembre de 2020). Exsecretarios de Salud piden “golpe de timón” urgente para evitar 150,000 muertes en enero por COVID-19. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Exsecretarios-de-Salud-piden-golpe-de-timon-urgente-para-evitar-150000-muertes-en-enero-por-COVID-19-20200909-0080.html>
- Morales, A. y Villa, P. (28 de mayo de 2020). Investigarán venta de exámenes para residencias a médicos. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/investigaran-venta-de-examenes-para-residencias-medicos>
- Organización de las Naciones Unidas (s. f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Olivera, A. (1993). *Geografía de la salud*. Síntesis.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2013). *Estudio sobre la contratación pública del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en México*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264197565-es.pdf?expires=1634159375&id=id&accname=oid006814&checksum=98A9664403C86D42DDAE1B839BAFF383>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2014). *Estudio sobre la contratación pública del Instituto Mexicano del Seguro Social*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264200364-es.pdf?expires=1634159472&id=id&accname=oid006814&checksum=61EB1A0E-0C23661E82A4D112CF27A33F>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2015). *Combate a la Colusión en los Procesos de Contratación Pública en México*. <http://www.oecd.org/daf/competition/CombateColusi%C3%B3nContrataci%C3%B3nP%C3%BAblica-M%C3%A9xico-InformeCFE-2015.pdf>
- Ortiz-Hernández, L. y Pérez-Sastré, M. (2020). Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.106>

- Penchansky, R. y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Proceso (24 de junio de 2019). Investigan presunta venta de plazas en Salud de CDMX; denuncian negocio con fármacos. *Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/cdmx/2019/6/24/investigacion-presunta-venta-de-plazas-en-salud-de-cdmx-denuncian-negocio-con-farmacos-226913.html>
- Ramírez, M. (7 de abril de 2020). El costo de la corrupción en tiempos del coronavirus: hospitales del norte de México están inconclusos en un momento clave de la pandemia. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/07/el-coste-de-la-corupcion-en-tiempos-del-coronavirus-hospitales-del-norte-de-mexico-estan-inconclusos-en-un-momento-clave-de-la-pandemia/>
- Reyes Plata, J. y Galindo Pérez, C. (2019). Access to basic services: from public benefit to sustainable approach. En W. Leal Filho, A. Azul, L. Brandli, P. Gökcin Özyur y T. Wall (Eds.), *Sustainable Cities and Communities. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals*. Springer.
- Roldán, M. (31 de marzo de 2019). El cementerio de hospitales del sector salud. *La Silla Rota*. <https://lasillarota.com/nacion/el-cementerio-de-hospitales-del-sector-salud/278033>
- Secretaría de Desarrollo Social (1999). *Sistema Normativo de Equipamiento Urbano. Tomo II. Salud y Asistencia Social*. https://www.academia.edu/22368204/SISTEMA_NORMATIVO_DE_EQUIPAMIENTO_URBANO_TOMO_II_SALUD_Y_ASISTENCIA_SOCIAL_SALUD_Y_ASISTENCIA_SOCIAL
- Secretaría de Salud (s. f.). *Datos abiertos-Bases históricas. Dirección General de Epidemiología*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-bases-historicas-direccion-general-de-epidemiologia>
- Secretaría de Salud (6 de junio de 2019a). *Conferencia de prensa encabezada por el secretario de Salud, Jorge Alcocer Varela*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/conferencia-de-prensa-encabezada>
- Secretaría de Salud (2019b). *Situación de infraestructura. Hospitales y unidades médicas*. DGPLADES. Secretaría de Salud. <https://lasillarotarm.blob.core.windows.net/docs/2019/06/06/cpmssaludinfrasestructura06jun19.pdf>

- Secretaría de Salud (28 de agosto de 2020). *Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 México*. <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-251374?idiom=es>
- Suárez, G. (29 de enero de 2018). A tres años de la explosión, olvidan el hospital de Cuajimalpa. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/olvidan-el-hospital-de-cuajimalpa>
- Suárez Lastra, M., Valdés González, C., Galindo Pérez, C., Salvador Guzmán, E., Ruiz-Rivera, N., Alcántara-Ayala, I., López-Cervantes, M., Rosales Tapia, A., Lee, W., Benítez-Pérez, H., Juárez Gutiérrez, C., Bringas López, A., Oropeza Orozco, O., Peralta Higuera, A. y Garnica-Peña, R. (2020). An index of vulnerability to COVID-19 in Mexico. *Investigaciones Geográficas*, 104. <http://dx.doi.org/10.14350/rig.60140>
- Tormusa, D. e Idom, A. (2016). The impediments of corruption on the efficiency of healthcare service delivery in Nigeria. *Online Journal of Health Ethics*, 12(1). <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1201.03>
- Transparencia Internacional (2020). *Índice de percepción de la corrupción 2020*. https://mcusercontent.com/61dfdb1c3176a38518ac0dc4d/files/0b99e-d7b-4892-444d-af17-2aba9e067d79/CPI2020_Report_ES_WEB_.pdf
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
- Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(1), 1694744. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1694744>
- World Justice Project (2021). *Mexico States Rule of Law Index 2020-2021*. https://worldjusticeproject.mx/wp-content/uploads/2021/04/2_msi-2020-2021-ENG.pdf
- Zavala, M. y Morales, A. (29 de mayo de 2019). Salud detecta riesgo en 160 hospitales en construcción. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/desahuciados-50-de-hospitales-de-pena-nieto>

Tomo 1
La década covid en México
Pandemia y desigualdades sociales
y económicas en México



Este libro discute diversos fenómenos relacionados con la desigualdad social y económica de México y cómo se vieron alterados por la pandemia de covid-19. Las profundas desigualdades históricas de México y la complejidad que impuso la pandemia en la sociedad son el contexto en el que se elaboró este libro. La pandemia provocó una fuerte crisis sanitaria, económica y social que obligaba a preguntarse sobre los efectos producidos y su duración en las desigualdades estructurales de México. Esta obra analiza cómo la pandemia afectó distintas dimensiones de desigualdad presentes tanto en la sociedad como en la economía mexicana. A lo largo de sus capítulos, aborda algunas de estas dimensiones, en específico, aspectos relacionados con crecimiento económico regional, ingresos, empleo remunerado y no remunerado, desigualdad salarial, teletrabajo, violencia de género, población indígena, juventudes vulnerables y políticas públicas regionales.



SECRETARÍA GENERAL
Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS
Dirección General de Comunicación Social



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES