

Vulnerabilidad al acceso a los servicios de salud de los trabajadores informales en México ante la pandemia por SARS-CoV-2

Vulnerability of access to health services for informal workers in Mexico in the face of the SARS-CoV-2 pandemic

Oswaldo Sinoe Medina-Gómez (<https://orcid.org/0000-0003-1286-7317>)¹

Abstract *This critical-reflective essay problematizes the labor dynamics in the framework of informality considered as a determinant for access to the health system in Mexico and discusses the vulnerability of workers to the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus. This analysis aims to contribute to the construction of proposals aimed at improving the lives of male and female workers by guaranteeing their right to health.*

Key words COVID-19, Informal workers, Access to Health Services, Mexico

Resumen *El presente ensayo critico-reflexivo problematiza las dinámicas laborales en el marco de la informalidad considerado como un determinante para acceso al sistema de salud en México y discute la vulnerabilidad de los trabajadores ante la pandemia por el virus SARS-CoV-2. El presente trabajo pretende contribuir en la visibilización del problema para motivar la construcción en propuestas que contribuyan a mejorar la vida de trabajadores y trabajadoras garantizando su derecho a la salud.*

Palabras-clave COVID-19, Trabajadores informales, Acceso a los Servicios de Salud, México

¹ Unidad de investigación en epidemiología clínica, HGR 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Av. Paseo de la Reforma 476 Juárez, Cuauhtémoc. 06600 Ciudad de México CDMX México. epired@gmail.com

Introducción

Durante la implementación del modelo neoliberal en México se impulsó un régimen de apertura y desregulación de los mercados de bienes y servicios, para lo cual fue necesario subordinar en forma extrema el mundo del trabajo y en forma simultánea dismantelar el sistema de bienestar existente^{1,2}.

La desregulación y flexibilización del mercado laboral, justificadas como mecanismos para incrementar la productividad y competitividad, implicaron el abaratamiento de la fuerza de trabajo mientras que el desgaste físico y emocional incrementó la vulnerabilidad para generar daños a la salud asociados con las actividades que se realizan³⁻⁵.

Las actuales relaciones contractuales entre trabajadores y patrones se orientan hacia el trabajo productivo y en nuevas formas de relación laboral altamente precarizadas, las cuales se caracterizan por procesos de flexibilización del mercado laboral y el incremento de la inseguridad social económica mediante esquemas de subcontratación u outsourcing⁴⁻⁶ como en el caso de la prestación de servicios entre particulares y con intermediación de consorcios empresariales a través de plataformas electrónicas, cuyas ganancias económicas se derivan de esta intermediación.

Previo al avance de la economía digital se impulsaba el emprendedurismo, que no es más que una forma de autoempleo bajo una aparente pertenencia a la clase empresarial. Con el avance de nuevas plataformas digitales que han fomentado una forma de trabajo denominado “microtarefas”, donde la aparente libertad del trabajo se acompaña de precarización, falta de derechos laborales y ausencia de un marco regulatorio. La falta de reconocimiento de la relación laboral construye nuevas identidades hacia las personas trabajadoras como el hecho de denominarlos “socios” y que permiten construir la idea entre las personas trabajadoras de ser parte de la empresa⁷.

Las políticas de salud como parte de las políticas sociales son expresión de las características específicas que configuran al Estado. Desde la visión del liberalismo clásico se considera que el Estado no debe intervenir en la economía para corregir las desigualdades sociales y que por lo tanto su intervención a través de políticas sociales debe ser mínima, ya que el mejor mecanismo para la distribución de bienes para la satisfacción de necesidades mediante el “libre mercado”.

Las reformas a los sistemas de salud se han reorientado en sus objetivos hacia una lógica de

mercado, no necesariamente bajo una forma de privatización total y directa de los servicios de salud, sino sobre ciertos servicios que presentan algún grado de rentabilidad; en caso contrario se busca refuncionalizar los servicios o en el caso de no lograrlo se decide por el abandono^{8,9}.

Al reducir el papel de Estado, en el mejor de los casos, a un simple mediador entre el mercado y la sociedad, las políticas sanitarias van reflejando este nuevo rol en la determinación del acceso y oferta de los servicios y las acciones referentes a la salud, siendo un elemento de inequidad en salud.

La dimensión del trabajo informal en México

La transformación del mercado laboral se refleja en la distribución del trabajo formal e informal, mediante la medición basada en el *Measuring Informality: a new statistical manual on the informal sector and informal employment*¹⁰ y de los trabajos realizados por el grupo Delhi. Se pueden identificar dos dimensiones: la naturaleza o tipo de la unidad económica y la perspectiva laboral. La primera dimensión identifica el sector en el cual se realiza la actividad laboral mientras que la segunda dimensión aborda el marco legal o institucional del empleo. Se considera que todo el empleo que se lleva a cabo sin la protección social o laboral, en empresas formales o no, se considera como empleo informal mientras que todo el empleo vinculado a unidades económicas informales constituye el empleo en el sector informal. La información que conforma ambas dimensiones constituye la matriz de Hussmanns.

En México, según datos disponibles por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), se identifica que, en el cuarto trimestre del 2019, la tasa de ocupación en el sector informal fue del 27,5% de la población ocupada (hombres 26,4% y mujeres 29,1%) mientras que la tasa de informalidad laboral desestacionalizada fue de 56,2% de la población de 15 años y más¹¹.

La Tasa de Informalidad Laboral (TIL) presentaba valores de 56,24% en el último trimestre de 2019. Los estados con mayores tasas de informalidad laboral fueron Oaxaca (80,5%), Guerrero (79,3%) e Hidalgo (75,0%) mientras que Coahuila presenta la menor tasa del país (34,8%).

Cabe mencionar que durante este periodo de tiempo la TIL fue más alta entre las mujeres (57,64) respecto a los hombres (55,31). En el último trimestre de 2019, la población ocupada en el sector informal ascendió en México a 15.281.473 personas, de ellas 41,9% fueron mujeres (Tabla

1). El 41,47% de la población con ocupación informal tenía entre 25 y 44 años. Llama la atención que de los adultos mayores que laboran, el 77,69% se encuentran en la informalidad¹¹.

Existe una relación importante respecto al nivel de escolaridad y el tipo de ocupación. El 56,6% de la población con ocupación formal tienen escolaridad media superior y superior contrastando al sector informal donde el 38,75% de los trabajadores tienen el nivel secundario y 37,96% solo cuentan con primaria. De manera específica, entre los trabajadores informales en el sector formal, 36,93% tienen una escolaridad de secundaria completa y 25,97% escolaridad medio superior y superior¹¹.

La constitución de la matriz de Husmanns identificando el sector y la condición del trabajo formal e informal por sexo se presenta en las tablas 2 y 3.

Barreras de acceso a los servicios de salud

Debido a las características del sistema de salud mexicano, existe un acceso inequitativo a los servicios públicos de salud determinados por la condición laboral de las personas y resulta difícil identificar la posible existencia de organizaciones e iniciativas de los trabajadores informales que favorezcan o promuevan el acceso a servicios de salud debido al hermetismo que guardan algunas actividades para otorgar información que permitan conocer las dinámicas y condiciones de trabajo, principalmente entre los trabajadores informales que realizan actividad comercial ambulante¹².

En 2004 entró en vigor el Seguro Popular, orientado a otorgar atención médica a población sin afiliación a los sistemas de seguridad social, desde su origen se consideró su implementación en tres etapas: la afiliación universal; la cobertura universal, y posteriormente alcanzar la cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo¹³.

Sin embargo, el gasto de bolsillo, que se integra del gasto de los hogares y las cuotas de recuperación (copago), principalmente de las personas sin afiliación a la seguridad social, ha presentado una ligera reducción en los últimos años mientras que el gasto de los hogares para la adquisición de bienes y servicios en materia de salud muestra un

Tabla 1. Distribución de condición de formalidad según el tipo de unidad empleadora en población ocupada de 15 años y más en México, Octubre-Diciembre 2019.

Tipo de unidad económica empleadora	Posición en la ocupación y condición de informalidad												Total					
	Trabajadores subordinados y remunerados						Empleadores											
	Asalariados			Con percepciones no salariales			Trabajadores por cuenta propia			Trabajadores no remunerados				Subtotal por perspectiva de la unidad económica y/o laboral				
	Informal	Formal		Informal	Formal		Informal	Formal		Informal	Formal	Informal		Formal				
Sector informal	4.153.178			761.381			1.045.728			8.283.288			1.037.898			15.281.473	15.281.473	
Trabajo doméstico remunerado	2.319.923	79.550		16.595	0											2.336.518	2.416.068	
Empresas, Gobierno e Instituciones	6.152.119	20.163.002		929.639	210.467											7.708.335	23.367.755	31.076.090
Ámbito agropecuario	2.556.892	446.161		170.550	12.545											5.987.923	921.896	6.909.819
Subtotal	15.182.112	20.688.713		1.878.165	223.012		1.045.728			10.681.726			1.829.386			31.314.249	24.369.201	
Total		35.870.825			2.101.177					12.511.112						2.526.518	55.683.450	

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html#Tabulados>.

Tabla 2. Distribución de condición de formalidad según el tipo de unidad empleadora en población masculina ocupada de 15 años y más en México. Octubre-Diciembre 2019.

Tipo de unidad económica empleadora	Posición en la ocupación y condición de informalidad																	
	Trabajadores subordinados y remunerados				Empleadores				Trabajadores por cuenta propia				Trabajadores no remunerados				Subtotal por perspectiva de la unidad económica y/o laboral	
	Asalariados		Con percepciones no salariales		Formal		Informal		Formal		Informal		Formal		Informal		Formal	Informal
Sector informal	3.132.189	668.099	810.019	3.975.115	300.370	8.885.792	243.939											
Trabajo doméstico remunerado	209.571	32.260	0															
Empresas, Gobierno e Instituciones	3.406.174	12.018.196	170.332	880.010	1.144.844	193.334	4.254.646	14.213.382	18.468.028									
Ámbito agropecuario	2.312.752	349.038	139.541	9.577	432.994	2.254.314	555.220	5.261.827	791.609	6.053.436								
Subtotal	9.060.686	12.399.494	1.464.886	179.909	810.019	1.313.004	6.229.429	1.144.844	1.048.924	18.613.944	15.037.251							
Total	21.460.180	1.644.795	2.123.023	7.374.273	1.048.924	33.651.195												

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html#Tabulados>**Tabla 3.** Distribución de condición de formalidad según el tipo de unidad empleadora en población femenina ocupada de 15 años y más en México. Octubre-Diciembre 2019.

Tipo de unidad económica empleadora	Posición en la ocupación y condición de informalidad																	
	Trabajadores subordinados y remunerados				Empleadores				Trabajadores por cuenta propia				Trabajadores no remunerados				Subtotal por perspectiva de la unidad económica y/o laboral	
	Asalariados		Con percepciones no salariales		Formal		Informal		Formal		Informal		Formal		Informal		Formal	Informal
Sector informal	1.020.989	93.282	235.709	4.308.173	737.528	6.395.681	2.172.129											
Trabajo doméstico remunerado	2.110.352	47.290	0															
Empresas, Gobierno e Instituciones	2.745.945	8.144.806	274.501	40.135	284.890	684.542	433.243	3.453.689	9.154.373	12.608.062								
Ámbito agropecuario	244.140	97.123	31.009	2.968	30.196	144.124	306.823	726.096	130.287	856.383								
Subtotal	6.121.426	8.289.219	413.279	43.103	235.709	315.086	4.452.297	684.542	1.477.594	12.700.305	9.331.950							
Total	14.410.645	456.382	550.795	5.136.839	1.477.594	22.032.255												

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html#Tabulados>

incremento importante (Gráfico 1). Del total del gasto de los hogares, el 51,2% se destina para la compra de medicamentos y 17,0% para consulta o atención médica¹³.

Previo al año 2020, los trabajadores que se encontraban fuera del mercado laboral formal tenían como única opción la atención de servicios privados según su capacidad de pago, el autocuidado, la automedicación o la afiliación al Seguro Popular, la cobertura universal a los servicios de salud se había limitado a la afiliación de la población bajo graves problemas de infraestructura y recursos humanos, limitando el concepto de cobertura universal al acceso regular a un paquete de servicios de salud para las personas inscritas al programa⁸.

El Seguro Popular ha presentado anomalías en el manejo financiero incluyendo la falta de evidencia del uso pleno de los recursos asignados y observaciones por parte de la Auditoría Superior de la Federación sobre la falta de acreditación de la existencia del personal contratado, irregularidades en la adquisición de medicamentos y servicios, transferencias de recursos a otras cuentas bancarias, entre otros¹⁰ que incidieron en la infraestructura sanitaria y la falta de recursos para otorgar atención y dar respuesta ante contingencias y emergencias sanitarias.

Al desaparecer el Seguro Popular en 2020, se constituyó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual tiene como objetivo el proveer de forma gratuita los servicios públicos de salud,

medicamentos e insumos asociados a la población sin acceso a la seguridad social, al momento de requerir la atención¹⁵.

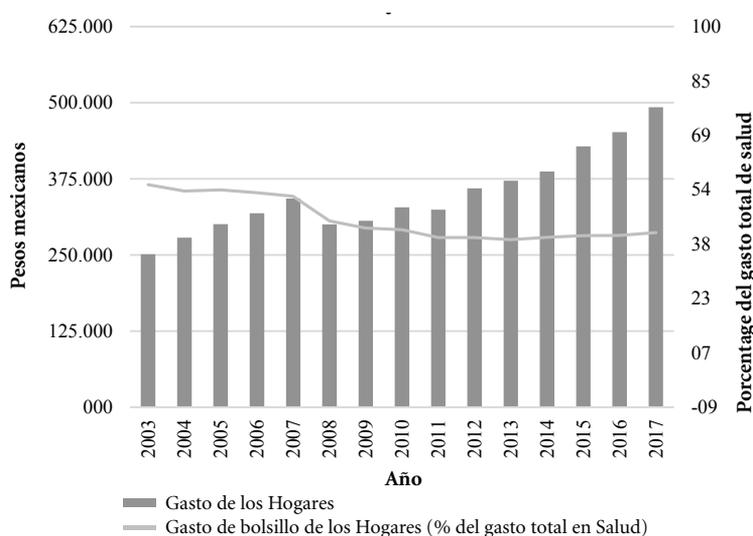
Lo anterior pretende garantizar una atención médica a las personas social y económicamente más desfavorecidas, principalmente por su condición laboral, y que se fundamenta en la perspectiva de derecho a la salud alejándose de la limitada visión del derecho al acceso a la salud, delimitado según la condición laboral de las personas, además de frenar los esfuerzos de mercantilización de los servicios públicos de salud.

El escenario ante la pandemia por SARS-CoV-2

La aparición de un nuevo virus en Wuhan China en 2019 identificado como COVID-19, el cual causa un síndrome respiratorio agudo y severo denominado SARS-CoV-2 y cuya expansión por el mundo ha alcanzado el estatus de pandemia¹⁶.

Una de las medidas más efectivas para el control de la pandemia es la restricción de la movilidad social, el confinamiento domiciliario y el cierre de establecimientos comerciales y centros laborales considerados no esenciales, todas ellas con la finalidad de cortar la cadena de transmisión de la enfermedad, aunque con resultados diferenciados entre los países¹⁷.

Sin duda la pandemia tiene eminentemente efectos negativos en las economías de los países a



Gráfica 1. Gasto en salud de los hogares mexicanos, 2003-2017.

pesar de las acciones que se efectúen,¹⁸ incluyendo su impacto en el empleo. De manera específica, aquellos trabajadores informales que se encuentran en el sector formal son vulnerables al despido o terminación de su relación laboral mientras que los trabajadores en el sector informal les resulta prácticamente imposible acatar las medidas de confinamiento y distanciamiento físico dado que sus ingresos de subsistencia dependen de los ingresos diarios obtenidos. Resultado de lo anterior es la pérdida de 346 mil 878 empleos en México durante la contingencia derivada por la pandemia¹⁹.

Sin duda la capacidad de respuesta de los servicios de salud es fundamentales para hacer frente a la pandemia; sin embargo, aquellos países que en los últimos años disminuyeron el financiamiento a los servicios públicos de salud o promovieron reformas para transitar de un sistema público a uno privado²⁰⁻²² son los que actualmente enfrentan con mayor intensidad los efectos de la pandemia incrementando la brecha de desigualdad entre los grupos de mayor vulnerabilidad^{15,23}.

Los sistemas de salud basados en el libre mercado muestran terribles efectos en la población. En Estados Unidos, millones de personas no cuentan con un seguro médico por lo que el impedimento de realizar una prueba diagnóstica y obtener una atención médica oportuna incide en la morbilidad y mortalidad por la pandemia y consecuentemente impacta de manera indirecta a la economía, por lo que resulta imperativo la discusión de reformas sanitarias²⁴ que garanticen el acceso universal a los servicios de salud.

En México, los datos disponibles públicamente que otorgan información a nivel nacional respecto a los casos y defunciones por COVID-19 no presentan la condición de empleo de los casos; sin embargo, una aproximación a la dimensión del problema se puede conocer al analizar la información disponible para la Ciudad de México, lugar donde se ha presentado el mayor número de casos y muertes por la enfermedad.

Si bien los datos disponibles tienen limitaciones respecto a la actividad específica de la persona enferma, principalmente porque habitualmente cualquier persona que se realice una actividad económica suele ser identificado como empleado, se observa que los comerciantes en mercados fijos o ambulantes representaron el 4.8% de los casos confirmados por COVID-19 en la Ciudad de México mientras que 2.4% fueron trabajadores del transporte y 12.8% en el rubro de otros y los desempleados representaron el 3.5%.

Sin duda, la falta de información respecto a la condición laboral de las personas que enferman y

fallecen por COVID-19 no es menor, invisibiliza las condiciones de precariedad en las que viven y acceden a los servicios de salud. Motivo por el cual es necesario conocer en un futuro inmediato cual fue el efecto que tuvo la pandemia respecto a la morbimortalidad de los trabajadores, explorando temas acerca del acceso a los servicios de salud, letalidad y exceso de mortalidad aunado al análisis del escenario del trabajo incluyendo los cambios en el desempleo y el trabajo formal e informal.

Reflexiones finales

Aducir que es apremiante poner en marcha la economía y por ende exponer a los trabajadores al nuevo virus, adquirir y propagar la enfermedad, presenta un falso dilema entre prioriza el mercado y la actividad laboral respecto a las medidas de confinamiento y disminución de la movilidad²⁶⁻²⁸ dada la evidencia que establecen la necesidad de medidas de distanciamiento social para la reducción de la transmisión de la enfermedad²⁹.

Es claro que la limitación de la actividad laboral tendrá consecuencias económicas importantes, sin embargo, sobre la economía pesan las vidas de las personas, mismas que el mercado ha diferenciado y polarizado. Como ejemplo de lo anterior se puede considerar las brechas de desigualdad respecto a la distribución de la riqueza de los países, en México existe una brecha importante, mientras el decil más pobre cuenta con un ingreso trimestral aproximado de 457 USD 9113 pesos (5USD diarios), el decil más rico tiene un ingreso de 58,496USD, lo cual evidencia la brecha de desigualdad entre la población mexicana³⁰.

Sin duda, el éxito de las acciones de reducción de movilidad de la población depende de la participación de la población, pero no se debe de perder de vista que México al igual que muchos países de la región de las Américas, cuenta con la mayoría de su población en condiciones de pobreza y el mercado laboral predominante se ubica en la informalidad. Las personas que se encuentran dentro de la informalidad no tienen elección²⁹, para la supervivencia de sus familias es necesario exponerse a menudo sin las medidas de seguridad pertinentes y con la alta probabilidad de infectarse por el virus SARS-CoV-2 o ser portados de la enfermedad a su núcleo familiar y comunidad.

Diversos mecanismos de apoyo se han establecido a nivel federal y estatal para afrontar y mitigar los efectos de la pandemia. Específica-

mente en el ámbito laboral, se ha implementado un apoyo económico a las pequeñas y medianas empresas (Pymes) así como de transferencias económicas a desempleados y trabajadores informales que cuentan con pequeños negocios. Se ha implementado un seguro contra el desempleo y se han distribuido alimentos, principalmente en las familias con mayor grado de marginación todo ello con la finalidad de mitigar la pérdida de ingresos económicos de la población³²⁻³⁴.

Como medida de corto plazo de contar se propone establecer una pensión universal como mecanismo de reducción de la brecha de inequidades sociales presenten en México y que a su vez requiere de una transformación profunda del tipo de mercado laboral que abata los altos niveles de informalidad y transforme los servicios terciarizados en relaciones laborales estables y formales para que los trabajadores logren los beneficios de la seguridad social no solo en términos de atención médica sino en el goce de

beneficios sociales y económicos, incluyendo un régimen de pensiones digno, mejor distribución de la riqueza y una recaudación fiscal equitativa. Dichos cambios tenderán a fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud e incentiva el fortalecimiento en infraestructura, recursos y cobertura de los sistemas de seguridad social.

Es evidente que después de sortear la pandemia por el nuevo virus, se requiere reactivar la economía de los países, pero es también la oportunidad de replantear la continuación de un modelo neoliberal, en el que paradójicamente el Estado se ha considerado como un lastre para el libre mercado y ahora se clama por el rescate de grandes capitales.

Finalmente, se deben considerar y desarrollar nuevos modelos de Estado de bienestar donde la salud sea el resultado del goce plenos de derechos individuales y colectivos que nos permitan hacer frente no solo a esta pandemia sino a los retos en salud que se presentaran en el futuro.

Referencias

- De la Garza E. Neoliberalismo y Estado. In: Laurell A. *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. México: UAMX; 1994. p. 59-73.
- Vite MA. Estado, globalización y exclusión social. *Polit Cult* 2006; 25:9-26.
- Medina-Gómez O. Prevalencia de mobbing en trabajadores y factores de riesgo asociados. *GacMedMex* 2016; 125(4):452-456.
- Cuevas H. Precariedad, Precariado y Precarización: Un comentario crítico desde América Latina a The Precariat. The New Dangerous Class de Guy Standing. *Polis* 2015; 14(40):313-329.
- Medina-Gómez O, López-Arellano O. Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. *Cien Saude Colet* 2019; 24(7):2583-2592.
- Ibarra Cisneros MA, González Torres LA. La flexibilidad laboral como estrategia de competitividad y sus efectos sobre la economía, la empresa y el mercado de trabajo. *Contaduría y administración* 2010 ;231:33-52.
- Berg J, Furrer M, Harmon E, Rani U, M, Silberman S. *Las plataformas digitales y el futuro del trabajo. Cómo fomentar el trabajo decente en el mundo digital*. Ginebra: OIT; 2019.
- Laurell AC. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 2016; 32(4):293-314.
- Laurell AC, Ronquillo JH. La segunda reforma de salud: aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colect* 2010; 6(2):137-148.
- International Labour Organization (ILO). *Measuring informality: A statistical manual on the informal sector and informal employment*. Ginebra: International Labour Office; 2013.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2018 Nueva serie* Tabulados.[acceso 2020 Abr 05]. [página en Internet]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/default.html#>.
- Montarcé I, Hernández J, Garabito G, Feregrino A, Olivo MA, Ruiz S, Gayosso JL, León C, Pogliaghi L, Martínez C. Condiciones de trabajo y organización en algunas ocupaciones "atípicas": Call centers, Walmart, Macdonald's, extras de televisión, ambulantes del centro histórico, vagoneros, tianguistas, microbuseros, taxistas, metrobuseros. En: De la Garza E, editor. *La situación del trabajo en México 2012, el trabajo en la crisis. La situación del trabajo en México 2012, el trabajo en la crisis*. México: Plaza y Valdéz-UAM-I; 2012. p. 345-94.

13. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, Sandoval R, Caballero F, Hernández-Avila M, Juan M, Kershenobich D, Nigenda G, Ruelas E, Sepúlveda J, Tapia R, Soberón G, Chertorivski S, Frenk J. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380(9849):1259-1279.
14. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). *Salud México* [página en Internet]. [acceso 2020 Abr 05]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>
15. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México: *Diario Oficial de la Federación Secretaría de Salud*; nov 2019. [acceso 2020 Abr 15]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019.
16. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections - More Than Just the Common Cold. *JAMA* 2020; 323(8):707-708.
17. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet* 2020; 395(10231):1225-1228.
18. McKibbin W, Roshen F. The Global Macroeconomic Impacts of COVID-19: Seven Scenarios. *CAMA Working Paper* 2020; 2(19):1-43.
19. Gobierno de México. *Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina del presidente Andrés Manuel López Obrador 08 Abr 2020*. [acceso 2020 Abr 17]. Disponible en: <https://presidente.gob.mx/08-04-20-version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador/>
20. Sánchez-Martínez FI, Abellán-Perpiñán JM, Oliva-Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gacet Sanit* 2014; 28 (Supl. 1):75-80.
21. García-Aguado J. La crisis de la sanidad: gestión pública versus gestión privada. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15(Supl. 23):43-47.
22. Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health* 2020; 5(5):e253.
23. Rodríguez-Feijoó S, Rodríguez-Caro A. El copago farmacéutico en España tras la reforma del año 2012 desde la perspectiva del usuario. ¿Evidencias de inequidad? *Gacet Sanit* 2020; DOI: 10.1016/j.gaceta.2019.09.009.
24. King JS. Covid-19 and the Need for Health Care Reform. *N Engl J Medicine* 2020; 382 (26):e104.
25. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. COVID 19 CDMX. [Internet]. [acceso 7 Jul 2021]. Disponible en: <https://covid19.cdmx.gob.mx/>
26. Hilsenrath PE. Ethics and Economic Growth in the Age of COVID 19: What Is a Just Society to Do? *J Rural Health* 2021; 37(1):146-147.
27. Londoño E, Andreoni M, Casado L. Bolsonaro, aislado y desafiante, subestima la amenaza del coronavirus en Brasil. *The New York Times*. [acceso 2020 Abr 11]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/04/02/espanol/america-latina/bolsonaro-coronavirus-brasil.html>.
28. Zurcher A. Coronavirus: President Trump defends tweets against US states' lockdowns. *BBC News*. 18 April 2020; Sect. US & Canada. [acceso 2020 Abr 19]. Disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52330531>.
29. Dalton C, Corbett S, Katelaris A. Pre-emptive low cost social distancing and enhanced hygiene implemented before local COVID-19 transmission could decrease the number and severity of cases. *Med J Aust* 2020; 212(10):443-446.
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *El inegi da a conocer los resultados de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) 2018 serie* [página en Internet]. [acceso 2020 Abr 19]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/enigh2019_07.pdf.
31. Paredes R. Coronavirus "El confinamiento es un concepto burgués": cómo el aislamiento afecta a las distintas clases sociales. *BBC News Mundo*. [acceso 2020 Abr 12]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52216492>.
32. Gobierno de México. *Versión estenográfica. Informe del presidente de la República al pueblo de México*. Acto encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador desde Palacio Nacional, Ciudad de México. [acceso 2020 Abr 19]. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-informe-del-presidente-de-la-republica-al-pueblo-de-mexico?idiom=es>.
33. Gobierno de la Ciudad de México. *Ampliación de apoyos a la economía familiar Ciudad de México*; México. [acceso 2020 Abr 19]. Disponible en: <https://www.cdmx.gob.mx/portal/articulo/ampliacion-de-apoyos-a-la-economia-familiar-por-covid-19>.
34. Gobierno de Yucatán. *Casa por casa el Gobierno del Estado continúa con la distribución de ayudas alimentarias a 450,000 hogares yucatecos Yucatán, México: 2020*. [acceso 2020 Abr 20]. Disponible en: http://www.yucatan.gob.mx/saladeprensa/ver_notas.php?id=2713.

Artículo presentado 19/05/2020

Aprobado 16/07/2021

Versión final presentada 18/07/2021

Editores jefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva