



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

Facultad de filosofía y letras

Licenciatura en filosofía

LA MEDICINA SOCIAL Y LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO. UNA  
REVISIÓN DESDE EL PROBLEMA DE LA RACIONALIDAD GUBERNAMENTAL  
DE FOUCAULT.

Tesis para obtener el grado de: licenciatura

Presenta: Erick Antonio Matadamas Hernández

Director de tesis: Mauricio Lugo Vázquez

Puebla, noviembre 2023

## INDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
CAPÍTULO I - Introducción temática al problema del COVID-19 en México .....	9
<i>Primer acercamiento</i> .....	9
<i>Exposición de caso</i> .....	9
<i>Desarrollo</i> .....	12
CAPÍTULO II - Racionalidad gubernamental en las políticas públicas contra la COVID-19.....	41
<i>Introducción y problematización</i> .....	41
<i>Biopolítica y modelo bélico</i> .....	42
<i>La gubernamentalidad, la racionalidad gubernamental y sus conceptos</i> .....	46
CAPÍTULO III - Sobre la medicalización indefinida e introducción a las cinco problemáticas de la medicina social durante la COVID-19 .....	54
CAPÍTULO IV - El poder del médico y la medicina: manifestaciones en la práctica y la enseñanza .....	66
<i>Introducción a la medicina social contemporánea</i> .....	66
<i>El médico como autoridad: centralización de la práctica y de la enseñanza médica</i> .....	72
CAPÍTULO V – El poder médico: intervención del individuo peligroso.....	83
<i>Intervención urbana: sujetos y sitios peligrosos</i> .....	83
CAPÍTULO VI – La salud como factor para la productividad.....	95
CONCLUSIONES .....	104
<i>Indagaciones sobre la racionalidad regente</i> .....	104
<i>Crítica a la racionalidad regente</i> .....	110
REFERENCIAS:.....	116
APÉNDICE .....	124

## AGRADECIMIENTOS

Mis primeros y más francos agradecimientos están dedicados a mis padres, quienes no sólo brindaron el sustento para llevar a cabo mis estudios y, más importante aún, mi pasión, sino que también confiaron en mí y en mi deseo de encausar mi vida a esto que es la filosofía. Gracias. No puedo, sin embargo, pasar por alto a todas esas personas que formaron parte de mi paso por la universidad y sin las cuales no sería yo quien soy ahora. Me permito aquí nombrar a algunos, esperando que quienes no lo sean escusen mi descuido sin perder de vista que por separado ya les he confesado mis afectos.

Gracias a mi hermano Iván por las pláticas extensísimas, por la complicidad y la compañía en los días difíciles; gracias a Jorge por ser un excelente amigo, por invitar siempre un trago más de añís y por regañarme cada que obedecía primero al corazón que a la razón; gracias a Raúl, amigo terrible como una tempestad, que me acompañó desde el primer día y a quien no puedo sino desear de nuevo llene su corazón de amor; gracias a René, amigo infalible, tenaz y franco en cada ocasión; gracias a Marian, excelentísima consejera, guía y acompañante, que fue cara amable siempre que iniciaba el semestre con malestares; gracias a Hugo, que fue artífice de mi gusto por el pulque, pero también una familia en mi ahora segunda tierra natal Tlaxcala; gracias también a Pilar, Fran y Vale, clan de argentinos que tuvo a bien adoptarme y que hicieron de mi cuartucho un hogar; gracias también a Vladimir y Alberto, par excéntrico de personalidades inolvidables, que hicieron amenas todas y cada una de las tardes en Zaranda y Santalavera; gracias también a Oliver con quien compartí pasillo y muchas veces también vaso; gracias también a Mariana, que me enseñó qué es el amor, que fue compañera y cómplice, y que adornó mi vida entera con los artificios de la belleza, del ritual y la suavidad.

Finalmente dedico este último agradecimiento a tres personas más sin las cuales hoy nada de esto sería posible, a Sara que me ha acompañado en el cierre de este gran proceso y que es el fuerte de mi futuro próximo; a mi asesor Mauricio Lugo, que es dueño de todos mis afectos y que siempre estuvo dispuesto a apoyarme en este largo camino; y, finalmente, dedico esta tesis a mi profesor y amigo, Fernando Huesca, que fue quien plantó en mí la esperanza de un mundo mejor y con ello el móvil que dirige toda mi vida: hacer todo lo posible para erradicar la miseria en el mundo. Vive siempre en mí. Gracias.

## INTRODUCCIÓN

Para dar inicio con la presente tesis daré pie a una introducción por medio de la cual pretendo, desde luego, orientar al lector en las temáticas que se van a tratar en el grueso de esta investigación, así como en sus problemáticas principales y en las hipótesis que se sostendrán en ella; para así lograr una lectura orgánica y continua que en ningún momento produzca desorientación, pero que en caso de producirse, entonces se pueda recurrir a estas primeras palabras para recuperar la dirección hacia la que se mueve tanto la exposición como sus argumentos. En consecuencia, esta primera sección estará esquematizada del siguiente modo: 1) planteamiento de objetivos, 2) despliegue de la justificación, 3) exposición de hipótesis y 4) síntesis general de los contenidos de cada uno de los capítulos.

Nada de lo que expondré a continuación tendrá sentido sin antes haber expuesto en primer lugar lo competente al objetivo general de la investigación, mismo del cual se despliegan una serie de objetivo secundarios, pero no por eso menos importantes; entonces, muy concretamente el objetivo general se puede decir de la siguiente manera: se trata de hacer una indagación en el panorama de crisis sanitaria consecuencia de la pandemia por el virus de la COVID-19 en México, pero enfocada especialmente a revelar la naturaleza de la racionalidad regente en la gubernamentalidad del país, para lo cual hubo que hacer una lectura extensa de una primera etapa del filósofo Foucault, al mismo tiempo que también se hizo una revisión sobre las políticas públicas y de salud desplegadas durante la pandemia, así como una exploración histórica del desarrollo de las instituciones de salud, esto con la intención de lograr una interpretación profunda sobre los efectos del saber médico en la práctica actual frente a la pandemia.

Por otra parte, en segundo lugar, un objetivo secundario de la investigación, al mismo tiempo indispensable y fundamental para el objetivo principal, es el de caracterizar el comportamiento de México frente a la pandemia, pues sólo con un conocimiento cabal del tipo de estrategias, tecnologías, mecanismos y dispositivos que se usaron durante la pandemia de COVID-19 fue posible hacer una interpretación relacionada a la racionalidad gubernamental del país, sustentada en el saber médico y sus efectos sobre las políticas públicas. En conjunto fue necesario hacer una revisión punto por punto de toda la serie de documentos oficiales en los cuales se exponían los lineamientos sobre los que se iban a llevar

a cabo todas las medidas en contra de la pandemia. En conjunto estos fueron los dos objetivos que rigieron la investigación, sin embargo, las problemáticas y discusiones a las que dieron lugar son extensas e incluyen conceptos como el de medicina social, biopolítica, medicalización indefinida, mercado de la salud, entre otros.

Sin embargo, más allá de los objetivos que esquematizan la investigación, hay que revisar al menos superficialmente cuál es la justificación, es decir, señalar en qué sentido es importante la investigación. Así, para dar rienda suelta a esta sección se podría partir desde la perspectiva meramente teórica, sin embargo, aquí apuntaré también al factor humano y personal que me hicieron sensible ante estos temas.

Es cierto que la pandemia por COVID-19 fue un acontecimiento terrible que quedará en la memoria de las generaciones actuales y por venir como una desgracia atroz, este es un hecho, sin embargo, estas palabras no alcanzan a conmensurar el sufrimiento indecible de esas personas que vieron uno por uno fallecer a sus familiares, o bien la angustia que experimentaron esos que sometidos al confinamiento y temerosos del vecino y del amigo no lograron fácilmente volver a la normalidad; así pues, cada uno guarda sus vivencias particulares y las comprende de la manera en que su duelo se lo haya permitido. Por mi parte este evento tuvo como consecuencia<sup>1</sup> la necesidad de comprender el fenómeno, de saber, por ejemplo, por qué el Estado no pudo *tirar la casa por la ventana* y poner cada uno de los medios a su disposición para salvaguardar la vida de toda su población, llámense abuelos, primos, tíos, parejas, etc.; o bien tratar de entender si acaso acciones tan aparentemente triviales y hasta infértiles como lavarse las manos y usar cubrebocas, eran suficientes o adecuadas para hacer frente a tan gravísima crisis. Llegado su momento estas inquietudes tuvieron su respuesta tras una atenta lectura del filósofo Foucault; aquí adquiere sentido esa frase repetida por los profesores de la materia: “que leer filosofía ayuda a comprender mejor el mundo”, en su momento ignorada por incomprendida, hoy redescubierta en la experiencia propia al contestar las inquietudes que en esta tesis se expresan.

Entonces, lo dicho, una lectura atenta de Foucault funge como una herramienta muy útil para comprender los fenómenos del mundo contemporáneo, en este caso la realidad de México y sus acciones frente a la pandemia. Así pues, la presente investigación es valiosa

---

<sup>1</sup> Obviando la desafortunadas concurrencias inevitables de tal cosa como una pandemia.

porque aterrizado al aspecto teórico ayuda al análisis de una serie de importantes conceptos y hechos, tanto dentro del aparato filosófico de Foucault, como de la realidad vivida en el país. Por ejemplo, la revisión detenida de los lineamientos y protocolos de acción instaurados en el país da pie a la comprensión del saber médico como un poder que se extiende a todos los ámbitos de la vida, tal y como lo vivimos, afectándola y trastornándola hasta sus partes más íntimas. Dicho de otro modo, la acción de México como país revela un tipo de racionalidad, misma que se ha da caracterizar como biopolítica y que a su vez es abarcada por el saber médico y, en el caso de la COVID-19, especialmente por la medicina social. Sin embargo, lo que está en juego no es sólo la comprensión del fenómeno dentro del país, sino la confirmación del poder del Estado desplegándose en todo su esplendor por medio del saber médico, aplicándose a toda la población, obteniendo las utilidades de la salud como un elemento susceptible a la intervención por la política; se trata también de entrever que este saber con todos sus instrumentos, estrategias, tecnologías no es novedoso en lo más mínimo, sino que es antecedido desde siglos anteriores y, sin embargo, no deja de ser indispensable para la actualidad.

Con lo anterior queda expresado un par de los puntos más relevantes por los que este tema de investigación es importante y en qué sentido. Por consiguiente, ahora doy pie a la exposición de la hipótesis principal que atraviesa al texto.

Como consecuencia, de nuevo, de la lectura atenta de Foucault, en especial en la etapa en que desarrolla sus investigaciones acerca de la clínica y la medicina social<sup>2</sup>, y de la indagación acerca de las acciones desplegadas por el gobierno mexicano, tiene lugar la hipótesis de que todas esas medidas, estrategias, tecnologías y disciplinas actuales no eran realmente novedosas, sino que tienen su antecedente en la Europa del siglo XVIII (Alemania, Francia e Inglaterra); y que aunque no fueron literalmente copiadas sí han trascendido paulatinamente en el modo en que se hace frente a las crisis sanitarias como son las pandemias, las epidemias y las endemias. Por otra parte, esta hipótesis implica una serie de consecuencias que orbitan a la general, en primer lugar, que la medicina, la aplicada en México, es en su aspecto social necesariamente positiva, es decir, que entra en acción para

---

<sup>2</sup> Cosa que ocurre especialmente en el texto *El nacimiento de la clínica* y en sus conferencias acerca de medicina social de Río de Janeiro.

crear la salud y no sólo para curar la enfermedad; en segundo lugar, que en su mayoría el tipo de acciones que México tomó en contra de la pandemia es del tipo de la medicina social; en tercer lugar, que en el país sí se tomaron acciones acorde a una sana racionalidad médica, misma que abarcó extensísima e íntimamente a la vida de la población mexicana. Hasta aquí las hipótesis.

Finalmente, para dar cierre a esta pequeña introducción me limito a hacer una síntesis de los contenidos de cada uno de los capítulos en los que el carísimo lector tendrá ocasión de incursionar. El capítulo primero es un acercamiento a la problemática que representó para México la pandemia por COVID-19, así analizado desde varias aristas como son, para empezar, un recuento temporal de los momentos más relevantes en la historia local de los avances del virus, luego, una identificación y caracterización de los documentos oficiales expedidos para hacer frente a la pandemia y, finalmente para dar cierre, una discusión superficial sobre la idea de que no hubo tal cosa como científicidad en las medidas gubernamentales. El segundo capítulo consiste en un primer abordaje al aparato teórico de Foucault en el que se exploran conceptos como el de la biopolítica, de frente a un arcaico modelo de relaciones de poder bélico, y se indaga en el sentido que el filósofo francés entiende a la gubernamentalidad y a la racionalidad gubernamental. El tercer capítulo es un abordaje del concepto de medicalización indefinida, igualmente tomando como punto de partida a Foucault, en el que además se ejemplifica las circunstancias en los que la medicina efectivamente obtiene esta características de excesivo alcance o indefinición, finalmente aquí también se introduce a lo que identifiqué como las cinco problemáticas de la medicina social durante la pandemia por COVID-19: la centralización de la prácticas y la enseñanza médica, la identificación de individuos y sitios peligrosos, y la salud como factor para la productividad. El cuarto y quinto capítulo, entonces, consisten en la exposición de las primeras cuatro problemáticas respectivamente, pero desde un triple enfoque: primero, historia de las instituciones de salud en México; segundo, recuperación de la problemática desde el cuerpo del trabajo foucaultiano; tercero, confrontación con el caso mexicano en el contexto de la crisis sanitaria por la pandemia. Finalmente, el quinto capítulo tiene un carácter que supera a los dos anteriores, porque aunque sostiene el mismo triple enfoque tiene un sentido más propositivo, ya que se abre la discusión sobre si es que en México la

racionalidad gubernamentalidad durante la pandemia no sólo obedeció a la mera científicidad médica y en su lugar también se dejó guiar por intereses económicos.

## CAPÍTULO I - Introducción temática al problema del COVID-19 en México

### *Primer acercamiento*

Este primer capítulo tiene por objetivo abrir el panorama del problema que se analizará en lo extenso de esta tesis, este problema es la COVID-19, pero desde un enfoque particular, que es el del aparato teórico de Foucault, particularmente en lo que respecta a la biopolítica y la medicina social. Aquí sostendré dos hipótesis en particular, además de los varios objetivos desarrollados a lo largo de esta investigación: 1) que las muchas estrategias y mecanismos puestos en acción por México para hacer frente a la pandemia por la COVID-19 ya habían aparecido en el siglo XVIII en toda Europa; 2) que dichas acciones, tanto las contemporáneas como las del siglo XVIII, son manifestaciones de la biopolítica. Por otro lado, una de las hipótesis que se desprende de las primeras es que las acciones ejecutadas por los países revelan que el tipo de racionalidad gubernamental actual, como también el anterior, obedece a un profundo entrelazamiento entre la política y el saber médico. También se sostiene que esta racionalidad gubernamental es una que busca equilibrar el valor de la vida -la vida de las poblaciones- y la vida de la economía, como queriendo decir: esta es la proporción de vidas que podemos sacrificar a costa de mantener la economía bajo ciertos estándares no peligrosos.

A continuación, entonces, viene la exposición de un caso real narrado por una trabajadora social en el área de la salud, caso que ilustra lo crítico de las consecuencias de la pandemia a un nivel individual, pero también desde una enfoque institucional. Por un lado, muestra que el modo en el que el sistema de salud se vincula con los pacientes y las familias que sufren dolor es por medio de la burocracia y, por otro lado, muestra cómo es que a pesar de la máscara meramente administrativa siguen siendo personas reales las que mantienen trabajando al sistema de salud público. A partir de la entrevista expuesta y de la empatía que evoca, se dará pie a dibujar el panorama provocado por la COVID-19, así como las acciones gubernamentales frente a la pandemia, para después aterrizar la problemática en la filosofía foucaultiana.

### *Exposición de caso*

“Regresamos un poquito a una familia donde los hijos habían estado ya por diez, por quince años en Estados Unidos y desde ese tiempo <sólo> se comunicaban con los papás, y este

caso fue también el caso de <una> madre, que a lo mejor aquí tendríamos que pensar en el papel de <que> la madre mexicana ocupa y lo que representaba venir a verla por última ocasión cuando ya se les había notificado del fallecimiento.

Bueno, aquí la familia pues me la mandaron de la secretaria particular del gobernador para que hiciéramos todo lo posible para que se les permitiera ver en el hospital <a la madre fallecida>, esta paciente era de san Miguel Allende, en ese momento pues también por atención, por identificar el dolor que estaba avanzando se habló con el director <del hospital> para que por lo menos con todas las medidas, con todos los trajes especiales se les permitiera, y de lejos, ver a la mamá a la que habían dejado de ver desde hacía ya un tiempo muy considerable. Y sí, hablé con el director, el director les indicó y les permitió el acceso.

Este caso es relevante porque definitivamente fueron casos excepcionales, porque se tuvo que recurrir <a las autoridades>, se pidió también ser sensible, entender, empatizar, ponerte en los zapatos del otro para identificar que era un momento único; y se autorizó ver el cadáver, identificar a la mamá fallecida e hice el acceso al área de hospitalaria donde deposita el cadáver. Aquí la situación es que fueron todos los hermanos y ahí al ver a la mamá, al verla ya fallecida, se rompió el protocolo, fue imposible contener el dolor que los hijos estaban experimentando y tampoco se les pudo contener con fuerza, entonces se abalanzaron sobre el cadáver de la mamá y el problema fue un hijo fallecido a partir de este momento; varios de los hijos se enferman, otro hijo fallecido.

Es para este mismo hospital <que> en otro momento yo solicité que se hiciera esa misma excepción y la respuesta fue que era muy complicado contener a los familiares en este momento de dolor; fue hasta este momento que yo me enteré <de> que dos familiares habían fallecido.

La familia con mucho tiempo distanciada, el solo hecho del fallecimiento, que ya no iba a estar la mamá con ellos, además de los tiempos de por medio y la distancia, y la migración hacia los Estados Unidos. Y bueno en esto, verdad, pues vemos la distancia emocional y el dolor. Básicamente el personal de salud no está preparado para poder hacer esa contención a nivel de dolor y a nivel de fuerza física, porque una enfermera, un médico, un trabajador social <quienes pudieron haber acompañado> al acceso, pues no podían contener la fuerza y esto pues trajo otras consecuencias, el fallecimiento de otros miembros

de la familia. Sin embargo, pues sí vemos también aquí un conflicto humano del personal de salud y el de implementar medidas quizá muy rígidas o quizá necesarias para una emergencia sanitaria como la que representó el COVID, que no se tenía la medida de este fenómeno verdaderamente trágico” (A. Montenegro, comunicación personal, 10 de enero de 2023).

Este relato pertenece a una trabajadora social que se desempeña en el sector salud del estado de Guanajuato, quién con su narración da cuenta de una realidad profundamente dolorosa y que por desgracia se ha replicado continuamente en todo el país. La situación no debe parecer ajena ni en lo más mínimo. En un país con tan constante flujo de migrantes, con una gran parte de su población padeciendo desigualdad social y económica, con una cultura que abraza a la familia y en especial a la madre y que, además, hace de la muerte un ritual de especial vehemencia, el panorama descrito es terriblemente cercano. Parece que la crisis de salubridad que ha representado la aparición de la COVID-19 en el mundo, despoja a las personas -aquí no es justo hablar de poblaciones- de la posibilidad de enfrentar la enfermedad y la muerte como un azaroso, pero natural infortunio; en su lugar la enfermedad sobreviene de golpe y atrozmente, como la víspera de una muerte imposible de evitar ¿Qué queda después?

La noción general suele señalar a la enfermedad con comprensible desdén, pero también se injuria contra la institución de salud, al gobierno y, desde luego, a todos los servidores públicos, empezando por los que tienen atención persona a persona, pero llegando hasta al más abstracto de los titulares de las secretarías. Sin embargo, y ese es el punto con la narración presentada, es justo dar cuenta de que detrás de cada una de las secretarías e instancias gubernamentales hay un sinfín de personas que no se deben reducir al abstracto rostro institucional, se trata de servidores públicos esforzados por dar el trato más humano posible, que atienden a otros como ellos, con familias, con hijos y padres que también están lejos, y que ante el incomprensible virus sólo desean poder dar el último adiós y velar a su familiar ausente.

Valgan de primer acercamiento estas palabras, porque ante este acontecimiento global las muertes se reducen con frialdad a números y estadísticas capaces de disolver el dolor e incluso la humanidad detrás de cada una de las pérdidas; también porque en lo próximo se hablará de cuestiones de índole filosófica, haciendo uso de conceptos como biopoder,

medicina social, tanatopolítica y por ello quizá se haga difícil ver que en todo momento se sigue tratando de humanos, de personas, de otros como nosotros.

### *Desarrollo*

Siendo el caso que la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 era aún tan desconocida, vale la pena hacer una caracterización general de algunos puntos importantes sobre su naturaleza para entender la gravedad de la misma; por lo que será necesario hacer un breve recuento cronológico de su historia, para luego hacer una identificación del comportamiento de la enfermedad en el espacio intrahospitalario y poblacional.

En términos generales el SARS-CoV-2 es el virus causante de la enfermedad llamada COVID-19, motivo de la crisis sanitaria y de la pandemia que atemorizó al mundo. Acerca de ella hoy tenemos un cantidad considerable de información en comparación con la que se contaba apenas a finales del 2019 e inicios del 2020, cuando presuntamente tuvieron lugar los primeros casos de la enfermedad; al menos así se señala en fuentes internacionales, como lo son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud, pero también por medio de reportes nacionales como los avisos epidemiológicos y los lineamientos estandarizados de vigilancia epidemiológica. Ambas fuentes reportan que “el 31 de diciembre del 2019 la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, provincia de Hubei, China, <se identifican> 27 casos de casos de neumonía de etiología desconocida” (Secretaría de Salud, abril 2020). Así, en estos mismos avisos epidemiológicos publicados recurrentemente, se puede hallar un abordaje progresivo de la situación epidemiológica en la cual se narran algunos momentos importantes del alcance del virus, así como cantidad de contagios y muertes registradas en México y a nivel internacional; ahí mismo se halla también una breve descripción de la sintomatología reconocida<sup>3</sup> por las instituciones del país siendo éstas ya anquilosadas debido a su cambio gradual, de acuerdo al conocimiento de la naturaleza de la enfermedad; sin embargo, hoy por hoy lo más certero se encuentra en las fuentes internacionales actualizadas.

---

<sup>3</sup> Es valioso dar cuenta de que en estos avisos epidemiológicos resaltan los posicionamientos que México toma frente a las recomendaciones de organismos internacionales, pues éstas no siempre van a coincidir, al punto en que se podrá señalar cierta politización en las medidas de salubridad tomadas nacionalmente.

A este respecto la OMS ha desplegado una lista de síntomas categorizados de acuerdo con lo comunes que son y con su gravedad. Entre los síntomas más recurrentes están fiebre, tos, cansancio, pérdida del gusto o del olfato; entre los síntomas menos comunes se señala dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores y molestias, diarrea, erupción en la piel o decoloración de los dedos de las manos o pies, ojos rojos o irritados; y entre los síntomas graves están, dificultad para respirar o falta de aire, pérdida del habla o la movilidad, o confusión, o dolor en el pecho (OMS, Coronavirus, 2022). Tener esta información no debe resultar ni obvio ni trivial, pues un conocimiento cabal de la sintomatología de una enfermedad es parte fundamental para conocer su etiología; asunto en un inicio totalmente inexplorado y motivo por el cual fuera tan complicado definir una estrategia común para afrontar al virus desconocido.

A pesar de lo dicho el trabajo para identificar la etiología fue relativamente rápido, pues siendo tan sólo el 7 de enero de 2020 “las autoridades chinas informaron la presencia de un Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) identificado como posible etiología causante del síndrome” (Secretaría de Salud, 21 enero 2020); y ya para el 9 de enero de 2020 la OMS informa sobre el nuevo virus, a la vez que México avisa de ciertas medidas y recomendaciones para evitar los contagios específicamente para los viajeros a China. Sólo para ellos era la recomendación de no viajar a los lugares afectados y especialmente si no eran esenciales; luego, también de mantener ciertas medidas de higiene. Dichas medidas fueron:

“Lavar las manos con frecuencia. Con soluciones de 70% de concentración de alcohol. Comer alimentos bien cocinados y sellados. Reglas de etiqueta para estornudar o toser. Evitar lugares concurridos. Evitar contacto con animales vivos o muertos, también con mercados de animales o de carne cruda. Evitar contacto con personas enfermas. En caso de enfermar solicitar atención médica y no automedicarse” (Secretaría de Salud, 09 enero 2020).

Todo lo aquí mencionado forma un precedente importante para las medidas que se establecerían más adelante en la pandemia; sin embargo, quizá pecaron de sugerirse sólo a quienes se trasladaron a China; pero, a tan precoz momento de la crisis venidera fue imposible sospechar la gravedad del asunto. Por otro lado, estas recomendaciones responden

al conocimiento que se tenía del virus, por ejemplo, que entre su etiología estaba un origen zoonótico<sup>4</sup>, al igual que el resto de los coronavirus humanos conocidos: SARS-CoV, HCoV-NL63 y el HCoV-229E (Dabanch, 2021, p. 16); y de ahí la recomendación de alejarse de mercados de carne y de animales, y de comer sólo alimentos bien cocinados.

Ante el hecho inminente del virus extendiéndose alrededor de China, hacia Europa, Estados Unidos y América Latina, la OMS declara el 30 de enero de 2020 al brote del nuevo coronavirus como una emergencia de salud pública de importancia internacional (OMS, 2020a); luego el 3 de febrero publica el *Plan estratégico de Preparación y Respuestas*, y finalmente el 11 de marzo del mismo año, al COVID-19 se le caracteriza como pandemia<sup>5</sup> (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 12). Hecho ineludible a ojos del mundo, pues vale decir que el virus ya no sólo se había transmitido de frontera a frontera, sino que muchos lugares sostenían una transmisión local; siendo los siguientes los nueve países con mayor cantidad de casos: China (80,955 casos), Italia (10,149 casos), Irán (8,042 casos), República de Corea Sur (7,755 casos), Francia (1,774 casos), España (1,639 casos), Alemania (1,296 casos), Japón (568 casos), Singapur (166 casos); con un total de 118,322 casos confirmados mundialmente, 4,292 defunciones y 113 países afectados (Secretaría de Salud, 14 marzo 2020).

Los acontecimientos que siguen no hacen sino confirmar lo evidente, la COVID-19 es una enfermedad grave frente a la cual se tendría que reaccionar severamente. Para el 16 de marzo del 2020 América Latina aumenta la rigurosidad de sus medidas restrictivas en un intento de frenar la propagación; el 6 de abril la OMS recomienda el uso de las mascarillas faciales para todas las personas; el 4 de junio el número de casos supera los 100,000; el 30 de noviembre la OMS convoca a que todos los líderes de los países usen las mascarillas, poniendo el ejemplo a las poblaciones (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 12); aunque en este breve recuento de algunos momentos importantes estoy pasando por alto las restricciones

---

<sup>4</sup> "Una zoonosis es aquella condición en la cual los patógenos causantes de enfermedad poseen, en general, un reservorio animal silvestre; y a partir de este reservorio animal, que es generalmente asintomático, el patógeno puede ser transmitido directamente a los seres humanos o a animales domésticos, los que a su vez pueden transmitirlo a las personas" (Cortés, 2020, p. 124).

<sup>5</sup> Una de las características de la pandemia es que alcanza un masa poblacional capaz de prolongar la cadena de contagios ilimitadamente, cosa que no ocurría antes de que existiera un ecosistema sanitario único, la cadena se contagios se rompía y el virus no persistía (Sánchez-González, 2021).

fronterizas de los países Europeos, de China y de Estados Unidos, la reapertura de las mismas y otros muchos acontecimientos valiosos, esto es así a fin de más adelante dar atento tratamiento a las medidas que se pretendieron establecer homogéneamente a nivel mundial y también en México. Por ahora baste con reconocer superficialmente el modo en que se ha desenvuelto la pandemia por la enfermedad COVID-19.

Con lo anterior se debe haber creado apenas un boceto de la severidad de la crisis sanitaria que ha implicado la pandemia. Sin embargo, antes de ahondar más en los detalles sobre la naturaleza y comportamiento del virus, es necesario señalar que uno de los objetivos principales de este primer capítulo es identificar a grandes rasgos el comportamiento de México ante la pandemia en el espacio de salud, pues justo esta cuestión en particular se presta a un análisis desde una perspectiva foucaultiana, vinculada con el biopoder y la medicina social. Dicho de otro modo, si aquí se trata de hacer un reconocimiento del comportamiento de México frente a la pandemia, es justo porque en el área de la salud se encuentran una serie de estrategias, medidas y tecnologías que en su momento Foucault habría investigado como un primer acercamiento a la biopolítica y a la medicina social. La tesis es que un antecedente importante del modo en que un país, en este caso México, hace frente a una crisis sanitaria de tal severidad, se encuentra en el aparato teórico del Foucault; mismo que, además, trata de indagar en los motivos por los que un saber es posible (¿Cuáles son las condiciones de posibilidad de un saber?), que en este caso vincula a la medicina social de cara a una crisis de salubridad.

Así, al llegar al caso de México es adecuado deparar en que el perfil epidemiológico de la población es radicalmente distinto al de otros países; lo es por lo menos en tres puntos: los padecimientos de salud de la población previos al inicio de la pandemia, la desigualdad socioeconómica en grupos vulnerables, las condiciones de las instituciones de salud y su capacidad de tener una respuesta frente a la pandemia (Hernández, 2020, p. 107). A saber, todos estos factores en conjunto debieron provocar que las estrategias de salud pública se acomodaran a dichas condiciones específicas, lo mismo en cuanto a las proyecciones de avance de la enfermedad. Cosa que desafortunadamente no fue así, pues al menos en los primeros momentos el Gobierno Federal tomó como referencia para sus estrategias y mediciones el comportamiento de la enfermedad en China, provincia de Hubei (Sánchez-

Talanquer, 2021, p. 17), siendo que su perfil epidemiológico es distinto al mexicano y que este país aplicó medidas de mitigación más rigurosas. No debe parecer extraño, entonces, que las estimaciones previeran la marca de 60,000 muertes como un escenario catastrófico y que para finales de febrero del 2021 esta estimación se superara por el triple.

En lo que respecta al estado de salud de la población mexicana antes de la llegada de la COVID-19, se supo por estudios empíricos que en el contexto de México factores de riesgo que aumentan la hospitalización y la letalidad frente al virus son la diabetes, la obesidad, enfermedad renal crónica, hipertensión e inmunosupresión (Bello-Chavolla, 2020); en general el comportamiento estadístico de las comorbilidades lo constata, pues de acuerdo a “la base de datos epidemiológica nacional (...) al menos una de estas comorbilidades estuvo presente en dos tercios (66.6%) de todas las muertes confirmadas por COVID-19” (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 20). Esto también refleja otro de los grandes problemas de salud contemporáneos, que son las llamadas enfermedades de la abundancia. Por otra parte, las comorbilidades que aparecieron en casos positivos están seccionadas del siguiente modo:

“hipertensión (17%), obesidad (15%), diabetes (13%), tabaquismo (7%) y otras enfermedades (8%) (figura 1); mientras que en aquellos que fallecieron por esta causa, las comorbilidades más comunes fueron hipertensión (45%), diabetes (37%), obesidad (22%), enfermedad cardiovascular (11%), tabaquismo (8%) e inmunosupresión (5%) (...) el 28 % no padecía alguna comorbilidad” (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021, p. 10).

En lo que respecta a las desigualdades socioeconómicas y cómo éstas tienen un efecto directo sobre la salud en el caso particular de la COVID-19, se puede encontrar un fuerte antecedente en toda la investigación que hay detrás del concepto de los determinantes sociales de la salud. Acerca de éstas se entenderán como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen” (Alfaro-Alfaro, 2014, p. 36). Desde luego, estas circunstancias suelen ser menos positivas en comunidades rurales e indígenas, así como en estados del sur del país, donde indicadores como el analfabetismo, los niveles de educación, el acceso a servicios básicos, están por los suelos, señalando una serie de carencias

fundamentales. Todos estos factores ven consecuencias negativas en su modo de haber padecido al virus, prueba de eso son las siguientes estadísticas:

“en los municipios no urbanos la letalidad era un 74% superior a la de los municipios ricos y un 18% superior a la de los municipios pobres urbanos (...) las tasas de contagio y de mortalidad en los municipios indígenas eran cuatro veces más altas que las de los municipios pobres (...) morían 20 de cada 100 personas con COVID-19 (...) La distribución de los fallecidos por grupos de edad muestra que la mayoría de los que murieron de COVID-19 tenían entre 40 y 69 años (63%), las muertes de mayores de 70 años representan el 31%, y las de menores de 40 años, el 6% (...) Los trabajadores manuales y operativos, las amas de casa, los jubilados y pensionados y los desocupados representan el 94% de los decesos” (Hernández, 2020, pp. 118 - 122).

El hecho es que en la medida en que los determinantes sociales de la salud estaban más vulneradas, también fueron más susceptibles a los embates de la pandemia. Cosas como el alto porcentaje de letalidad en municipios ricos en contra de los urbanos e indígenas (que son menos capaces de procurar buenas condiciones de vida para sus poblaciones); por otro lado, el hecho de que el fragmento de la población más afectado fuera el de los llamados grupos sociales vulnerables<sup>6</sup>, y que éstos fueran los que se desempeñan en la informalidad y que, además, tuvieran actividades necesariamente manuales o presenciales, refleja una fuerte desigualdad social y económica; sencillamente resulta imposible detener sus labores para cumplir con la cuarentena, viéndose obligados a exponerse más al contacto con la enfermedad. Dicho de otro modo, la incidencia y la mortalidad están directamente relacionadas con el mayor riesgo de exposición y con las carencias económicas que se implican; ejemplos de esto son indicadores como los siguientes: “carencias de servicios de salud y económicas, hacinamiento, problemática familiar, insalubridad en la vivienda y el ambiente, inseguridad social, discriminación y trabajos que requieren realizarse de manera presencial (empacadores, agricultores, servicios, atención médica, entre otros)” (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021, p. 10).

---

<sup>6</sup> “Se consideran grupos sociales vulnerables aquellos que por su condición de edad, sexo, estado civil, origen étnico y/o condición socioeconómica, se encuentran en una situación de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar” (Fernández-Cantón, 2012).

Por otra parte, en lo que respecta al estado previo del sistema de salud mexicano, esta es una cuestión que también se considera dentro de los determinantes sociales de la salud, mismos que revisaré con detenimiento más adelante.

Ahora, en el ambiente intrahospitalario el comportamiento de la enfermedad y su atención guarda las particularidades del sistema que los atendió. Por ejemplo, ante el conocimiento de casos en los que se da el contagio por vía aérea, ya que el virus “se mantiene en el aire en suspensión, por minutos u horas, en espacios mal ventilados” (Gila et al., 2021, p. 21), entonces México toma la decisión de separar a los pacientes del resto de la población hospitalaria (Barrientos-Gutiérrez, et al., 2020, p. 602). La cuestión sobre la arquitectura de los hospitales, en la que se contempla la ubicación de los pacientes y la asepsia de los lugares es un tema que Foucault atiende en el segundo volumen de *Historia de Locura en la época clásica*, pero también superficialmente en una de sus conferencias de Río de Janeiro. En este sentido, entonces, señalaré un par de puntos con los cuales vamos a seguir caracterizando la gravedad de la pandemia.

De acuerdo con estudios llevados a cabo en el 2021, en un universo de 70,000 casos positivos de COVID-19, el 81% sufrieron de síntomas leves o fueron asintomáticos, el 14% un cuadro moderado con neumonía e hipoxemia<sup>7</sup> y el 5% con un cuadro grave que varía entre insuficiencia respiratoria que requiere ventilación con mecánica invasiva (VMI), shock o falla multiorgánica (Gila, et al., 2021, p. 23)<sup>8</sup>. Muy a pesar de que en el caso de este estudio de origen chileno el 5% de los casos positivos necesitó atención de VMI, ésta no es una cantidad despreciable. Ante estas estadísticas queda preguntarse ¿Los sistemas de salud pública latinoamericanos han sido capaces de atender a tal cantidad de pacientes con necesidad de ser intubados? ¿Cómo ha ocurrido en el caso de México? En este país para la primera semana del 2021 ya había 1,541,633 casos y 134,368 defunciones acumuladas (Statista, 2022); y para inicios del 2023 7,639,825 casos y 345,639 defunciones acumuladas

---

<sup>7</sup> La COVID-19 tiene la particularidad de generar *happy hypoxemia*, que es tener un bajo nivel de oxígeno en la sangre, pero con escasos síntomas (Gila, et al. 2021, p. 23).

<sup>8</sup> Estos datos están basados en los estudios hechos por el hospital privado Clínica Las Condes de Chile, por lo tanto no representa el comportamiento de la enfermedad en México, sin embargo sirve como un punto de referencia valioso, pues se habla de gravedad del contagio, no de su tratamiento y la mortalidad. Acaso sea importante mantener reservas sobre esta información considerando la diferencia del perfil epidemiológico de la población chilena.

(Gobierno de México, 2022); aunado a esto se debe tener en cuenta el exceso de muertes estimadas para el 2020 y el 2021 que no son consideradas entre las estadísticas de defunciones por COVID-19<sup>9</sup>. Es difícil dar con una respuesta determinante, sin embargo, lo cierto es que la pandemia ha resultado devastadora para México y el mundo.

Por otro lado, ante el hecho innegable de que la aparición de enfermedades no es una novedad en la historia actual de la humanidad, cabría esperar que hubiera ya mecanismos para mitigar, erradicar o imposibilitar la existencia de estas llamadas enfermedades emergentes<sup>10</sup> y en cierto sentido ya los hay, ejemplo de esto es la OMS, que entre sus labores contempla un Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y en él hay definiciones de aquello que se consideraría como una Emergencia de Salud Pública Internacional (ESPI). Fue conforme a estas dos normativas que el 30 de enero de 2020 la OMS declaró a la COVID-19 un evento con características de ESPI (Dabanch, 2021, p. 15). Otro claro ejemplo de esto está en los controles epidemiológicos que cada país impone, en el caso de México existe “la vigilancia epidemiológica de enfermedades que ocurren fuera de nuestras fronteras y que constituyen un riesgo para la salud de la población” (Secretaría de Salud, abril 2020, p. 39) por parte del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico, que al mismo tiempo se rige por normativas provenientes de la OMS. Por último, otro caso que pone de relieve a los intentos de hacer frente a estas potenciales crisis sanitarias es el de un enfoque desarrollado por algunos investigadores llamado “<<Una Sola Salud>> (*One Health*), el cual integra [cohesiona] la salud humana, animal y ambiental” (Cortés, 2020, p. 125).

Por otro lado, aunque las enfermedades emergentes son algo con lo que la humanidad está relativamente familiarizada, pues ya en otro momento han aparecido, lo novedoso y como tal una peculiaridad de la época actual es la existencia de un ecosistema sanitario único, lo cual quiere decir que ante la interconexión cada vez mayor entre países, una alteración a nivel local es capaz de afectar al resto del mundo. Por ello, tal como podría esperarse, hay

---

<sup>9</sup> Con este comentario estoy apuntando a la cantidad de personas contagiadas y fallecidas que no pudieron ser cuantificadas por el gobierno mexicano.

<sup>10</sup> “Éstas son la 'enfermedades emergentes', llamadas así porque son el resultado de la puesta en contacto con un germen que no había afectado nunca antes a la especie humana” (Sánchez-González, 2021, p. 8). No toda enfermedad emergente es causante de una pandemia, ni tampoco de una epidemia, sin embargo, en el caso actual donde la cadena de contagios puede replicarse ilimitadamente, estas enfermedades pueden con facilidad convertirse en peligros sanitarios mundiales con más facilidad.

una serie de acciones humanas con potencial de riesgo para la creación de dichas enfermedades emergentes. El SARS-CoV-2, por su origen zoonótico es un claro caso de cómo las siguientes acciones son peligrosas en un nivel sanitario:

“1. Agresiones medioambientales: contaminación, deforestación, cambio climático. 2. Transformaciones agrícolas: nuevos métodos, nuevos cultivos, nuevas tierras. 3. Expansión de depósitos descubiertos de agua: pantanos, depósitos, regadíos. 4. Globalización: rapidez de los viajes, intercambios, migraciones. 5. Cambios en las costumbres: sexualidad, explotación, guerra. 6. Tecnologías médicas de riesgo: agujas no desechables, transfusiones de sangre, trasplantes. 7. Sobre población, urbanización y pobreza. 8. Errores en la salud pública y la higiene: uso indiscriminado de antibióticos, descuido de las medidas públicas, de prevención y control” (Sánchez-González, 2021, p. 12).

En conjunto las acciones peligrosas que se enumeran aquí son motivo, no sólo del surgimiento y diseminación de la COVID-19, sino también de otras muchas enfermedades que rondan el mundo.

Pero, de nuevo, es justo gracias a todos los intentos nacionales e internacionales que se logra hacer frente a las enfermedades emergentes. En algunas ocasiones con más eficacia que en otras, pues hay casos en los que se da una situación de *pánico-olvido* en la que “una vez controlada la crisis, entonces se descomponen los mecanismos que se crearon para ese control” (Chomali y Arguello, 2021, p. 31). En cierta medida así ocurrió en el caso de México que tomaron la infraestructura de observación epidemiológica generada para la influenza y la convirtieron a la observación del nuevo virus, pero sólo parcialmente pues, aunque parte importante de los mecanismos desarrollados durante dicha epidemia fueron usados, otro tanto no lo fue. Más adelante ahondaré en esta cuestión. Por ahora baste con mencionar que por fortuna la mayoría de los sistemas de salud sí tienen memoria<sup>11</sup> y hacen uso de ella, tal es el caso de los “países de África, quienes en el 2014 se enfrentaron a una epidemia de ébola de magnitud nunca vista, capitalizaron lo aprendido de sus programas de erradicación de polio

---

<sup>11</sup> La siguiente frase de José Ortega y Gasset puede resultar muy pertinente a la hora de hablar de la experiencia y de la capacidad de convertirla en nuevo y mejor comportamiento: “pero si usted, encima de ser viejo y, por lo tanto, de que su vida empieza a ser difícil, ha perdido la memoria del pasado, no aprovecha usted su experiencia, entonces todo son desventajas” (1964, p. 92).

para aplicarlo a sus sistemas de vigilancia, trazabilidad y manejo de ébola como también del COVID-19” (Chomali y Arguello, 2021, p. 31).

Ahora bien, revisar el caso de México es una cuestión por sí misma extensísima, pues no se puede hablar de una correspondencia idéntica entre los mecanismos y sugerencias proyectados por las instancias internacionales, el virus en el país tiene su propia historia y sus propios momentos importantes; como se ha visto tampoco se debe considerar que el virus tenga un comportamiento idéntico en todos los países, esto a razón tanto del perfil epidemiológico de su población, así como por la reacción de sus instituciones de salud. Respecto a este último punto, la reacción de las instituciones, hay que tener en cuenta un hecho complejo pero cierto, que llegado cierto momento en México se politiza la pandemia y se deja de lado la cientificidad, que debió ser víspera y estandarte de toda acción tomada contra del virus SARS-CoV-2.

Así pues, es por medio de los avisos epidemiológicos de finales de 2019 e inicios de 2020 que sabemos que México tiene noticia de una neumonía proveniente de China con etiología desconocida, pero relacionada a la familia del Coronavirus; más adelante, el 21 de enero de 2020 es cuando se le vincula determinadamente con la familia de los coronavirus y se le nombra como Nuevo Coronavirus (2019-CoV), se le atribuye un nivel de riesgo dos y se establece una primera definición operacional de caso sospechoso, que es la siguiente:

“Persona de cualquier edad que presente fiebre, Enfermedad Respiratoria Aguda y que cuente con antecedente de viaje o estancia en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei, China, o haber estado en contacto con un caso confirmado o un caso bajo investigación hasta 14 días antes del inicio de los síntomas” (Secretaría de Salud, 21 enero 2020).

Es valioso ir revisando las transformaciones de las definiciones operacionales de caso sospechoso, porque en ellas se refleja el razonamiento médico imperante y las políticas de salud del país.

Para el 31 de enero de 2020 en México se evalúa a la enfermedad con nivel de riesgo tres y se lanzan una serie de recomendaciones sobre como evitar los viajes no esenciales al destino, además de que se admite la ausencia de medidas de prevención y tratamiento

específicas (Secretaría de Salud, 31 enero 2020); el 27 de febrero se da el primer caso confirmado en el país y tan sólo el 18 de marzo se confirma la primera muerte de un paciente diagnosticado con COVID-19; casi simultáneamente ocho estados cierran escuelas, adelantándose a las indicaciones del Gobierno Federal, que no tendría a bien hacerlo sino hasta el 23 de marzo, cuatro días después de que por primera vez se reuniera en sesión el Consejo de Salubridad General<sup>12</sup> (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 12). En esta desincronización de acciones entre estados respecto al nivel Federal, se revela la acción independiente de los estado que trataron de ser más prudentes ante la crisis venidera y, por otra parte, la tardía reunión del Consejo de Salubridad General también evidencia una reacción insuficiente ante el virus que se extendía rápidamente por el mundo.

En consecuencia, no fue sino hasta el 23 de marzo de 2020 que se determinaron medidas a nivel nacional para la mitigación del virus, pues se lanza la campaña de Sana Distancia, muy a pesar de que el discurso del titular del Federal fuera contradictorio y siguiera en una labor de mítines, además sin usar el cubrebocas. Sin embargo, ésta es una de las medias pensadas en términos de medicina social, que se considera como una Intervención No Farmacológica (INF) y que tenía por objetivo el distanciamiento social<sup>13</sup>. Más adelante se harán las respectivas precisiones sobre las diferencias entre cuarentena, aislamiento y confinamiento.

Más eventos tuvieron lugar para finales del mes de marzo, pues es hasta este momento que en México se declara a la COVID-19 como una emergencia sanitaria y se determina que la Secretaría de Salud se encargaría de tomar todas las acciones para atender la emergencia (Secretaría de Gobernación, 30 marzo 2020). Esto a pesar de que dos meses antes la OMS declarara al virus como una emergencia de salud pública. Por otro lado, es justo en esta fecha que se indica la suspensión de todas las actividades no esenciales, dando inicio a la medida

---

<sup>12</sup> Se determina que el Consejo de Salubridad General estaría en sesión permanente, al menos hasta que se indicara lo contrario (Secretaría de gobernación, 23 marzo 2020).

<sup>13</sup> "El distanciamiento social consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto entre ellas. Esta medida se implementa cuando en una comunidad existen personas infectadas que, al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por ello el distanciamiento social implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas como escuelas, centros comerciales, sitios para eventos sociales, oficinas, entre otros" (Sánchez-Villena y de la Fuente Figuerola, 2020, pp. 73-74).

de confinamiento<sup>14</sup>; sin embargo, en particular respecto a esta medida es imposible considerar su total eficiencia ni su perfecta aplicación, pues como ya se mencionó consecuencia de las desigualdades socioeconómicas, y otros factores, los grupos vulnerables serán incapaces de cumplir con esta ordenanza; mucho menos se puede hacer la comparación contra países de ingresos altos que tienen “un porcentaje elevado de personas <que> puede realizar actividades económicas con trabajo a distancia” (Barrientos-Gutiérrez, et al. 2020, p. 599).

Los siguientes dos momentos determinantes fueron el 13 de mayo de 2020, cuando se anunció el plan de reapertura para una *nueva normalidad* y después el 1 de junio de 2020, cuando se inició del plan de reapertura y la reactivación de las actividades no esenciales, esto aún a pesar del aumento de casos, medida que se llevó a cabo de la mano de la implementación del sistema de semaforización a nivel estatal (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 12).

Ahora bien, el motivo para revisar especialmente el año 2020 y cerrar aquí provisionalmente el recuento de momentos importantes, es porque este fue el tiempo de más actividad a nivel nacional y donde por primera vez se fueron implementando todas las medidas en contra de la COVID-19; finalmente, baste con mencionar que el 25 de septiembre de 2020 México firma un acuerdo para comprar las vacunas pertinentes a través de COVAX. Sin embargo, es claro que no estoy abarcando todos los eventos que acontecieron en el país, haría falta mencionar también cuáles fueron los posicionamientos de las personalidades institucionales y en qué momento acatan o desacatan las medidas establecidas por la Secretaría de Salud de la Federación, entre algunos otros.

A este punto lo más valioso es haber dado una perspectiva suficientemente extensa de la situación en la que la pandemia por COVID-19 puso al mundo y a México. Dicho esto abordaré más detenidamente la cuestión de las medidas y estrategias establecidas por el país para hacer frente a la crisis sanitaria, pues justo en ella se podrá empezar a dibujar la pertinencia de una investigación como la presente, que tiene por objetivo encontrar en las

---

<sup>14</sup> “El confinamiento es una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas mencionadas anteriormente han sido insuficientes para contener el contagio de una enfermedad. Consiste en un estado donde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte, cierre de fronteras, etcétera” (Sánchez-Villena, de la Fuente Figuerola, 2020, p. 74).

políticas de salud pública actuales un comportamiento precedente al que ya ha tenido lugar en Europa durante el siglo XVIII en forma de medicina social y, luego, bajo el concepto de biopolítica, tal como lo arguye Foucault en su aparato teórico.

Entonces, para dar inicio con la cuestión de las medidas y estrategias implementadas por el gobierno mexicano hace falta primero deparar en las llamadas Intervenciones No Farmacológicas (INF), ya que éstas son las de mayor impacto para la población. Y es así por dos razones, son las que afectaron a todas las personas, sin importar si estaban o no contagiadas, y porque en contra de lo que se pueda creer la intervención farmacológica y hospitalaria se encargó sólo de un porcentaje reducido del total de los contagios. Las proporciones son las siguientes: del total de contagios únicamente el 25%<sup>15</sup> recibió atención hospitalaria y a nivel nacional sólo una de cada cinco personas fallecidas recibió atención en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021, p. 12); una cosa importante de señalar es que la atención hospitalaria no es sinónimo de intubación u hospitalización, en ella se contempla también la atención ambulatoria. Vale aclarar que al indicar estos dos motivos no estoy dejando de lado la comprobada utilidad de las INF, todo lo contrario, es justo en su alcance que radica su efectividad.

De nuevo, muy a pesar de que la población en general identifique que la medicina se limita sólo a las paredes del hospital y el consultorio, lo cierto es que el saber médico extiende el poder de su influencia en una gran cantidad de espacios de muy diversas índoles, sitios que ahora aparecen bajo nombres muy particulares dentro de la administración pública. Sólo por poner un ejemplo de esto: lo que hoy se identifica como sistema de alcantarillado y agua potable, que en cada estado tiene su nombre particular, es la dependencia de gobierno que entre muchas otras funciones se encarga del tratamiento de aguas negras y de llevar a los hogares el agua de uso diario; esta dependencia parecería una de las más alejadas a la medicina, sin embargo, como se verá más adelante, este tipo de funciones se relacionan íntimamente con el objetivo de tener una ciudad limpia y por lo tanto una población sana. Cosa que ocurrió por efectos del saber médico. Así, acostumbrados a ignorar el flujo de desechos que hay por las alcantarillas, creemos que las calles siempre han estado libres de

---

<sup>15</sup> Este porcentaje remite a un universo de 2,144,588 contagiados y se limita a la fecha de publicación del artículo del que proviene.

miasmas y de suciedades, pero no había sido así todo el tiempo. A la luz de esta nueva perspectiva, veamos cómo las INF son innegablemente resultantes del saber médico, pese a que en el nivel burocrático llegan a depender de instancias que no son estrictamente médicas.

Antes de continuar con la cuestión de las INF vale decir que mientras que en condiciones normales el gobierno funciona gracias a sus casi 21 secretarías, y que cada una de ellas opera con cierta autonomía, la situación extraordinaria que representó la pandemia vino a transformar ese ordenamiento, ya que se determinó que la Secretaría de Salud tendría facultades para manejar la pandemia; para ser más específicos estas son las palabras del Diario Oficial de la Federación: “La Secretaría de Salud determinará todas las acciones que resulten necesarias para atender la emergencia prevista” (Secretaría de Gobernación, 30 marzo 2020). Esta ordenanza debe abrir la pregunta sobre si acaso se puede pensar en algo como un *estado de excepción* de tipo sanitario. Habría que preguntarse ¿Cuáles son los límites de este ordenamiento? La pregunta queda abierta.

La OMS en el documento técnico de trabajo, titulado: *Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta por la Pandemia de COVID-19*, publicado en marzo del 2020, reconoce la importancia de las INF para hacer frente a la pandemia, pues con ellas se espera cortar con las cadenas de transmisión y evitar que se superen ciertos límites, de otro modo el crecimiento del virus sería exponencial y con ello vendría el colapso de los servicios de salud, provocando una gran cantidad de muertos. Sin embargo, el objetivo de la implementación de las INF no pretende ser autosuficiente para el control de una enfermedad, en ella también se contempla dar tiempo para evitar dicho colapso, esto con acciones que implican la reestructuración de los servicios de salud, partiendo desde una gestión efectiva de recursos, hasta la capacitación de personal, conversión de hospitales y aumento de camas (OMS, marzo 2020). Dicho de otro modo, hacer uso de todos los medios al alcance para estar preparados para dar atención suficiente a la población estimada de contagiados.

Para ser más específicos en relación a lo que se contempla entre las INF, hay tres grupos de acuerdo con su función, que son los siguientes: contención, mitigación y supresión.

“Las intervenciones de contención son aquellas implementadas cuando se detectan los primeros casos con el fin de interrumpir la transmisión de la enfermedad, prevenir

su propagación y dar tiempo al sistema de salud para hacer los preparativos para atender a los pacientes y esperar el desarrollo de vacunas e intervenciones efectivas. Las intervenciones de mitigación se utilizan cuando aumenta el número de casos y la posibilidad de encontrar una relación entre los casos es complicada, <tiene como objetivo> reducir el impacto en la salud de una epidemia sobre la mortalidad y el colapso del sistema de salud. Y la supresión tiene la intención de reducir el número promedio de casos secundarios que cada caso genera” (Patiño-Lugo, et al., 2020, p. 3).

Estas medidas contemplan acciones concretas como: aislamiento social (supresión), clausuras de una serie de sitios que representan peligro de aglomeraciones como son las escuelas, las iglesias, conciertos para eventos masivos y negocios no esenciales (supresión), distanciamiento social de personas de la tercera edad y poblaciones vulnerables (mitigación y supresión), pruebas de detección, aislamiento de casos y rastro de contacto (contención); a estos se les puede sumar los controles fronterizos terrestres y aéreos, establecimiento de cordones de salubridad y cuarentenas<sup>16</sup> comunitarias, y vigilancia de grupos vulnerables. Sin duda todas las medidas aquí nombradas deben parecer familiares, pues entre ellas están las que provocaron la suspensión de labores no esenciales durante un periodo de tiempo considerable.

El hecho es que todos los países hicieron uso de las INF en mayor o menor medida, de acuerdo con su situación específica y el perfil epidemiológico de su población; piénsese del siguiente modo, un país que tiene en su comercio internacional parte fundamental de su sustento tendrá un panorama excesivamente complicado para aplicar medidas de cierre de fronteras; peor aún sería que por algún asunto de política interna de tipo populista los mandatarios no ordenaran el uso de cubrebocas como medida preventiva no farmacológica, para seguir con la propaganda sexenal. Ambos panoramas son deplorables y muestran lejanía al buen razonamiento científico, supliéndolo en su lugar por el dominio de una lógica

---

<sup>16</sup> “Respecto al concepto de cuarentena, hace referencia a la restricción, voluntaria u obligatoria, del desplazamiento de individuos que han estado expuestos a un potencial contagio y que posiblemente se encuentren infectados. Durante este tiempo, las personas deben permanecer en un lugar determinado hasta que pase el periodo de incubación de la enfermedad, para lo cual se debe garantizar asistencia médica, soporte psicológico, refugio y alimentación” (Sánchez-Villena, de la Fuente Figuerola, 2020, p. 73).

mercantil y una política infantil. Cualquier razonamiento que no privilegie la vida humana debería someterse a la mirada crítica posible.

A este respecto un caso interesante de revisar es el de Chile, que es particular porque a grandes rasgos su estrategia se puede dividir en dos momentos; primero se apostó por prepararse en el ámbito intrahospitalario con el aumento en la cantidad de camas, para nunca llegar al dilema de la última cama, después en el segundo momento el enfoque cambió por uno de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), pero fue así sólo hasta después de la primera ola. Desde luego que la estrategia planteada respectivamente dependía de la información sobre el COVID-19 disponible en el momento; siendo así, ocurre que se estimó que el ámbito de mayor riesgo es hospitalario por tres motivos distintos: “riesgo de contagio de los profesionales de la salud (...); el riesgo de no contar con suficientes cupos críticos con las camas (...); el riesgo de falta de insumos críticos para la atención de pacientes” (Chomali y Arguello, 2021, p. 33). Sin embargo, en este caso la INF seguía manteniendo el objetivo de dar tiempo suficiente para dar capacitaciones en todos los ámbitos, tener una mejor gestión de recursos y lograr una reacción eficaz en contra de la propagación del virus.

Otro caso interesante es el de España y la herramienta llamada CERCAR a la COVID-19, que se desarrolló especialmente con el objetivo de crear una comunicación estructurada para el control y seguimiento del virus. La herramienta obtiene su nombre de las acciones que lo componen: Contexto, Entrevista, Razón de la llamada, Contactos, Aconsejo y anticipo, Revisión, preguntas y cierre (Chomali y Arguello, 2021, p. 32); como su nombre lo revela lo que se pretende hacer es un seguimiento con el paciente, que pasa desde el primer contacto, recopilación de datos y conocimiento del historial clínico, y va hasta la explicación de síntomas de alerta y acciones que tomar en caso de empeorar los síntomas padecidos. La existencia de este instrumento pone de relieve una cosa en particular, se evidencia una de las prioridades de España, que es lograr dar seguimiento a los contagios por la enfermedad y al mismo enfermo.

Aunque en realidad el punto aquí no es comparar el comportamiento de diferentes países ante la crisis sanitaria, para ver cuál actúa mejor, sí se puede seguir apoyando la idea de que efectivamente cada país actuó independientemente y en respuesta a sus condiciones particulares; y sin embargo en todos los casos obedeciendo a un mismo tipo de racionalidad,

la implementada por el saber médico a partir del siglo XVIII. Idea que está acorde a la hipótesis principal de esta investigación. De nuevo, con esto no quiero decir que todos los países actuaron del mismo modo, cada uno tuvo un comportamiento distinto en cuánto a qué tipo de política pública se puso de relieve en el tema de salud.

De nuevo, si bien las INF han cumplido un papel fundamental en la actual crisis por la COVID-19, su uso y su efectividad no son una novedad, en realidad la historia demuestra en repetidas ocasiones su competencia; de acuerdo con Foucault estas experiencias, que él identifica bajo el nombre aún más extenso conceptualmente, de medicina social se pueden rastrear incluso hasta el siglo XVII en Europa. Sin embargo, a este punto vale recordar dos casos relativamente recientes, el de la influenza H1N1 en México a inicios del siglo XX y su aparición más reciente con la variante AH1N1; en particular estos dos porque en contra de la situación de *pánico-olvido* que mencionaba antes, aquí se evidencia cómo los sistemas de salud tienen memoria y aprenden los unos de los otros.

Acerca de la influenza que apareció entre 1918 y 1919 en México, en este momento no se contaba con la tecnología médica adecuada para la intervención hospitalaria suficiente, carencias en desarrollo técnico-médico no habían permitido avanzar aún para haber desarrollado los medios para una respiración asistida, pues como tal no fue sino hasta 1952, tras la epidemia de poliomielitis bulbar en Dinamarca (Burdiles y Ortiz, 2021, p. 62), que tuvieron lugar estas tecnologías, sin embargo, aún arcaicas en comparación a las actuales. En su lugar fueron las INF las que en esta ocasión demostraron su éxito para la reducción del número de casos y llevando a cabo medidas no muy distintas a las que se han venido aplicando recientemente: “el aislamiento de personas enfermas, el rastreo de contactos, la cuarentena de personas expuestas, el distanciamiento social, las restricciones de viaje, el cierre de escuelas, iglesias y lugares de trabajo, y la cancelación de eventos de reunión masivos” (Patiño-Lugo, et al., 2020, p. 3). En conjunto todas deben parecer familiares, aún a pesar de haberse usado hace más de cien años.

Respecto a la influenza AH1N1, recupero el caso de España porque a pesar de que no fue el primero afectado con esta enfermedad, sí se identificó por haber aprendido de la experiencia ajena y de haberla trasladado a su reacción en contra de la COVID-19. España por medio del Centro de Coordinación de Alteras y Emergencias Sanitarias logró poner en

marcha una serie de INF especialmente enfocadas en el intercambio, recopilación y análisis de datos con el objetivo de reforzar sus servicios de salud pública ante la influenza. Por otro lado, esta misma experiencia, junto con un seguimiento de casos y el uso de las “medidas no farmacológicas de aislamiento, la identificación, el seguimiento y la cuarentena de los contactos, las medidas de prevención y control, la comunicación y la implicación de la comunidad, y finalmente la vacunación de la población” (Sierra, et al., 2022, p. 69), desembocaría en una acción meditada contra la actual pandemia. De nuevo, todas estas medidas nos deben parecer familiares.

Después de haber mencionado apenas superficialmente los casos paralelos de Chile y España, corresponde finalmente hablar en concreto de las muy variadas medidas y estrategias aplicadas en México; el modelo de vigilancia Centinela, la recuperación de los mecanismos contra la influenza AH1N1, las jornadas de Sana Distancia y los confinamientos son sólo algunos ejemplos de esto. La siguiente recopilación proviene de dos fuentes, por el modelo de Vigilancia Centinela y el documento de *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCOV*<sup>17</sup>.

Como ya mencionaba cada uno de los países tuvo la capacidad de determinar cuáles iban a ser las estrategias a tomar para enfrentar la COVID-19, en el caso de Chile el interés fue ampliar la capacidad hospitalaria, en el caso de España se imprimieron esfuerzos en el seguimiento epidemiológico junto con la recopilación de datos, y en el caso de México el criterio con el cual se evaluó la gravedad de la epidemia fue en cierto sentido semejante al de Chile, pues el gobierno dirigió sus recursos a la cantidad de camas en los hospitales y a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 84). Muy a pesar de que este criterio estuviera lleno de vacíos, como fueran la cantidad de personas que fallecen en sus casas, como la proporción extraordinaria de exceso de muertes presumiblemente atribuibles a la COVID-19, o simplemente la cantidad de personas que no tuvieron acceso a un diagnóstico médico, o que si lo tuvieron fue cuando ya estaba demasiado

---

<sup>17</sup> Se debe tener cierta reserva sobre este documento, ya que fue el primero redactado para la COVID-19 y como tal no representa el total de los lineamientos ni de los protocolos que tendrían lugar; sin embargo, sí se vuelve el primer referente operacional para las instituciones de salud en México y también es la primera serie de acciones reales.

avanzada la enfermedad<sup>18</sup>. Por otro lado, este mismo indicador, el de disponibilidad de camas, fue uno de los principales para determinar el riesgo en el sistema de alerta semáforo (Gobierno de México, 15 enero 2021).

Sin embargo, a pesar de la predilección del Gobierno Federal por concentrar recursos en el aumento de camas y de haber hecho de éste un criterio fundamental para evaluar el avance de la pandemia, no significó que se dejaran de lado estrategias de vigilancia epidemiológica, claro ejemplo de esto lo tenemos con el Modelo de Vigilancia Centinela, el cual tiene por objetivo “recopilar datos epidemiológicos de manera sistemática y rutinaria en un número limitado de puntos” (Secretaría de Salud, mayo 2020), pero eligiendo los puntos a partir de los cuales se puedan obtener muestras representativas. Esto es a grandes rasgos, pero en particular son siete funciones las que se cumplen con este modelo:

“1. Identificar riesgos para poblaciones específicas; 2. Monitorear las características biológicas de los agentes infecciosos, incluyendo las mutaciones; 3. Monitorear los patrones de distribución geográfica y social de la enfermedad; 4. Monitorear las demandas de servicios de salud de los estados; 5. Vigilar la mortalidad; 6. Desplegar eficientemente los recursos humanos y materiales existentes, y; 7. Orientar y monitorear el impacto de las intervenciones de prevención y control” (Secretaría de salud, mayo 2020, p. 2).

En conjunto, todas estas funciones tendrían por objetivo tener un conocimiento más certero sobre el comportamiento del virus y sobre las acciones a tomar en su contra.

En cuanto al modo en que se recopilan los datos, el modelo Centinela fue capaz de recuperar los puntos de recopilación de información desplegados para la epidemia de influenza, pues lo que en su momento fue el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza<sup>19</sup> (SISVEFLU), que era un subsistema del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), y que administraba a las llamadas Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI), se transforma en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (SISVER), como también lo hacen las USMI, para obtener el

---

<sup>18</sup> Las estadísticas revelan cómo incluso la atención intrahospitalaria en UCI no fue suficientemente eficaz en evitar la muerte de todos los enfermos.

<sup>19</sup> El cual estuvo en funcionamiento a partir del 2006, hasta su reciente conversión.

nombre de Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER); y con ello ampliando su espectro de intervención para ser efectivas también en contra con la COVID-19 (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, p. 84). Es en este sentido que se logra evitar la experiencia de *pánico-olvido* y se aprovechan algunos de los mecanismos desarrollados en contra de la Influenza AH1N1, pues justamente estos recursos vinieron a hacer parte del Modelo de Vigilancia Centinela.

En el diagrama de extracción de datos, se cuenta con los siguientes puntos para la recopilación de información relacionada a la COVID-19, hay 475 USMER que recuperan casos de todas las enfermedades respiratorias identificables, luego están todas las no USMER que sólo informan de las Infecciones Respiratorias Aguda Graves (IRAG), ambas informando al SISVER, ésta a su vez reportando a la Secretaría de Salud; a éstas se le incluye también todos los centros de salud, que tienen que notificar directamente al SINAVE y en última instancia también a la Secretaría de Salud. Lo que hay aquí es una estructura normalizada por el gobierno, centralizada en y por él.

A su vez, y de acuerdo con el Modelo Centinela, las USMER dividen a sus pacientes en dos tipos distintos, los casos de Infección Respiratoria Aguda Ambulatoria (IRAA), que por definición se trata de los pacientes que reciben atención hospitalaria, pero pueden recuperarse en casa; el segundo tipo de paciente es el de tipo IRAG, el cual tuvo que ser hospitalizado (Secretaría de Salud, mayo 2020).

Aún a pesar de la existencia de estas etiquetas, esto no significó que ni todos los casos IRAA, ni todos los IRAG fueran atribuidos a la COVID-19, pues no toda infección respiratoria es COVID-19. De hecho, el procedimiento de muestreo exigía los siguientes porcentajes y razones para la aplicación de pruebas:

“el 10% de los casos sospechosos con síntomas leves (pacientes ambulatorios) en USMER. 100% de los casos sospechosos<sup>20</sup> con síntomas graves (dificultad para respirar). 100% de los casos que cumplen la definición de infección respiratoria

---

<sup>20</sup> No olvidemos que las descripciones operaciones de caso sospechoso se modificaron recurrentemente durante el avance de la pandemia.

aguada grave (pacientes hospitalizados) en todos los establecimientos de salud (SUMER y no USMER)” (Sánchez-Talanquer, et al., 2021, pp. 84-85).

Vale decir que este muestreo pasa por alto a los pacientes asintomáticos que, sin embargo, son importantes focos de infección; lo mismo ocurre con el otro porcentaje de pacientes con síntomas leves por COVID-19, que a pesar de todo no son diagnosticados como casos de la enfermedad.

Ahora, paralelamente al modelo vigilancia, se fueron desplegando una serie de medidas que podemos identificar como INF y como prácticas propias de la medicina social; se trata de cosas como el confinamiento, el distanciamiento físico, el uso masivo de cubrebocas y los cierres de fronteras.

Como ya mencionaba antes al hacer el recuento de momentos importantes de la pandemia en México, el confinamiento nacional fue uno de ellos y con él se suspendieron todas las actividades no esenciales y se trasladaron otras a la virtualidad; así en el periodo desde el 23 de marzo, hasta el 30 de mayo de 2020, dando lugar a una reapertura gradual que comenzó el 1 de junio. Esta acción acarrearía una serie de peligros en lo que respecta al crecimiento económico del país<sup>21</sup>, pero también el de rezago en tema de educación, por lo que ya durante el periodo de reapertura se pretendió cambiarlas a modalidades virtuales, en la medida de lo posible, sin embargo la inmensa desigualdad socioeconómica evidenció los defectos de este intento de dar seguimiento a la educación, pues el acceso a los medios electrónicos es realmente reducido; en respuesta a esta velada carencia se pone en marcha “un programa de educación a distancia con clases transmitidas en estaciones de televisión gratuitas. Por esta razón, las clases también se transmiten por radio” (Sánchez-Talanquer, 2021, p. 90). Si algo hay que remarcar de esta medida en particular es que el sistema educativo se vio especialmente afectado por motivos de salud, muestra inequívoca de cómo espacios aparentemente no relacionados, salud-educación, se afectan por medio de la autoridad dotada al saber médico, por vía de la Secretaría de Salud.

De la mano del confinamiento también tuvo lugar la llamada Jornada de Sana Distancia, que por diversos medios trató de llevar a la población el mensaje de tener ciertas

---

<sup>21</sup> Cómo diría Marx en su correspondencia con Kugelman: “cada niño sabe que cualquier nación moriría de hambre, y no digo en un año, sino en unas semanas, si dejara de trabajar” (Marx y Engels, 1974, p. 229).

medidas de prevención de contagio; personajes como Susana Distancia y Abraham Paso son sólo un par de ejemplos. Sin embargo, lo verdaderamente importante fue el mensaje de prevención, el cual contemplaba acciones de precaución estándar para contagio por gota, como mantener distancia de al menos un metro y medio con las personas, hacer el estornudo de cortesía con el codo, usar cubrebocas aún sin estar enfermo, limpiar constantemente las manos con desinfectante en porcentaje del 70% de alcohol etílico y evitar el contacto con superficies en espacios públicos, etc. (Secretaría de salud, abril 2020). De nuevo, medidas con las que ahora hay bastante familiaridad.

Otra de las respuestas que se desplegaron junto con las jornadas de Sana Distancia y el modelo de vigilancia Centinela, fue la restricción fronteriza; acerca de ésta no se puede ahondar mucho porque en realidad las restricciones fueron mínimas, durante toda la pandemia no hubo ningún periodo en el cual existiera algún tipo de cierre de fronteras, ni total, ni parcial y tampoco limitado sobre algún país. En un primer momento pareciera que este hecho no tuviera importancia, pues una vez que se produjeron los contagios comunitarios los contagios importados eran despreciables, sin embargo, verlo así sería ignorar que el virus de hecho mutó y que la importación de nuevas variantes iba a ser un problema real<sup>22</sup>. Muy a pesar de esto las medidas en la cuestión fronteriza al inicio se limitaron a recomendaciones para los viajeros que se trasladaban a China: no comer carne cruda, alejarse de los contagiados, lavarse las manos y no ir a mercados de animales eran algunas de ellas (Secretaría de Salud, 09 enero 2020); conforme que la pandemia avanzaba estas recomendaciones se fueron haciendo más severas, ahora aplicando a los demás países que ya poseían un contagio comunitario, sin embargo, de nuevo, sin ningún tipo de cierre; más adelante se establecieron filtros como las mediciones de temperatura al entrar a un sitio y los cuestionarios epidemiológicos de identificación de factores de riesgo (El cuestionario que debes llenar antes de volar, 2020) en los que, por ejemplo, se preguntaba sobre el contacto con algún caso sospechoso<sup>23</sup>, descripción que fue transformándose gradualmente durante la

---

<sup>22</sup> Una de las primeras referencias que hay de México dando seguimiento a las mutaciones de la COVID-19 se encuentra en el *Aviso epidemiológico* del 15 de febrero del 2021.

<sup>23</sup> Esta descripción operacional de caso ya era más severa que la extendida al 9 de enero 2020, su consecuencia son también recomendaciones más severas para los viajes a China: "Persona de cualquier edad que presente enfermedad respiratoria aguda y que cuente con el antecedente de viaje o estancia a la provincia de Hubei\*, China o haber estado en contacto con un caso confirmado o bajo investigación hasta 14 días antes del inicio

pandemia. Ésta se puede considerar una acción tibia y falta de rigurosidad, la cual de hecho tuvo consecuencias negativas por la exportación de casos que implicó, evidencia de esto se revela en el hecho de que México “se volvió uno de los destinos turísticos más concurridos del mundo” (Sánchez-Talanquer, 2021, p. 91).

Como mencionaba, es posible recuperar el comportamiento gubernamental en contra de la pandemia recurriendo a dos fuentes, siendo la segunda el documento de *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCov<sup>24</sup>*, en este se desarrollan una suerte de indicaciones para ordenar las acciones en la práctica real. Además, se especifica la existencia de un marco legal que indica que el incumplimiento de las acciones señaladas en ese documento serán motivo para reportar a las áreas administrativas correspondientes y, en caso de recurrir en el incumplimiento, enviarse a una instancia jurídica (Secretaría de Salud, abril 2020). No se debe pasar por alto la importancia de este documento, ni de sus versiones siguientes. Ahora bien, a continuación iré describiendo parte de los lineamientos señalados en este documento, pues son valiosas en tanto que, igual que con las INF y otras medidas, reflejan el alcance del saber médico, pues en esta situación de crisis ha llegado a introducirse en prácticamente todos los espacios públicos, ejerciendo un poder excepcionalmente sutil.

Así, siendo lo más específico posible con la finalidad práctica de este documento, se expone que el objetivo de estos lineamientos sería un sistema de vigilancia que permita la “detección de casos y riesgos para generar información epidemiológica de calidad que oriente a la toma de decisiones para la implementación de medidas eficaces de prevención y control apropiadas para reducir los potenciales daños a la salud de la población” (Secretaría de Salud, abril 2020, p. 18); y para efectos concretos de esta ordenanza, se sugieren una serie de medidas preventivas que empiezan desde la atención médica de primer nivel: 1) el médico de primer contacto aplicaría un interrogatorio, manteniendo la precaución estándar y por gotas; 2) en caso de que el paciente cumpla con la definición operacional de caso, entonces

---

de los síntomas. \*Prefecturas de la provincia de Hubei: Wuhan, Huangshi, Shiyan, Yichang, Xiangyang, Ezhou, Jingmen, Xiaogan, Jingzhou, Huanggang, Xianning, Suizhou, Prefectura Autónoma de Enshi” (SS, 30 enero 2020).

<sup>24</sup> No hay que olvidar que como este se desplegaron otros más de acuerdo con los nuevos conocimientos sobre el virus; sin embargo, en tono introductorio esto es suficiente porque más adelante habrá ocasión de ahondar en los detalles de los siguientes lineamientos de vigilancia epidemiológica vinculados a la COVID-19.

llenará la forma del *Estudio Epidemiológico de Caso Sospechoso* y se le tomarán las muestras pertinentes; 3) “si el paciente presenta síntomas respiratorios, proporcionar una máscara médica (cubrebocas) al paciente y pedir que lo use tanto como sea posible, si se puede tolerar”<sup>25</sup> (Secretaría de Salud, abril 2020, p. 21); 4 y 5) en caso de que el caso se detecte positivo, entonces se pondrán en marcha las medidas de precaución por gota y contacto, y en caso de corresponder a procedimientos que produzcan aerosoles se indica el uso de respiradores N95, además de la coordinación con el epidemiólogo de la unidad (Secretaría de Salud, abril 2020, p. 21-22). En cuanto a las medidas de prevención, éstas son estandarizadas y ninguna de ellas se desarrolló propiamente a consecuencia del COVID-19, sino que ya existían pero, de nuevo, como no se conocía el comportamiento del virus entonces no se aplicaban con rigurosidad ni de forma generalizada, al menos en un principio; por otra parte, estas precauciones no son de tipo farmacológica, todas son Medidas No Farmacológicas.

Por otra parte, este documento también se encarga de ordenar las medidas de frente a las restricciones fronterizas; como mencionaba antes, se establece un filtro para los viajeros provenientes de países con casos confirmados de la enfermedad, estos pueden ser de dos tipos, por medio de una entrevista para quienes cumplan con la definición operacional de caso sospecho o también aplicando una revisión de control térmico (Secretaría de Salud, abril 2020). En caso de que se encuentre un caso sospechoso, entonces se pondrán en acción todas las medidas de precaución correspondientes al peligro de contagios por gota. Por último, entre estos lineamientos también se contempla la acción para los casos positivos y se activa una atención específica para quienes tuvieron contacto<sup>26</sup>; primero que nada, en un sentido estricto se considerará como contacto en ambiente aéreo o marítimo

“a todos los pasajeros sentados a dos asientos en todas las direcciones alrededor del caso confirmado; a miembros de la tripulación que hayan prestado sus servicios en la sección de la aeronave o donde estaba sentado el caso confirmado; personas que

---

<sup>25</sup> Esta cita en especial revela la falta de conocimientos sobre el comportamiento del virus y, en consecuencia, la poca severidad de las medidas.

<sup>26</sup> “Se define como “Contacto” a toda persona que haya tenido estrecha convivencia con algún caso sospechoso o confirmado una vez iniciados los síntomas compatibles con enfermedad por 2019-nCoV” (Secretaría de Salud, abril 2020).

hayan tenido contacto cercano con el caso confirmado durante el viaje” (Secretaría de Salud, abril 2020).

Este método de seguimiento es con el que se pretendió lograr cortar las cadenas de transmisión, al menos en lo que respecta a las medidas fronterizas; sin embargo, téngase en cuenta que hasta este momento sólo se ha dado una introducción y como tal sólo se han recuperado los lineamientos determinados para el inicio de la pandemia.

Por el momento con esto doy cierre a este primer acercamiento a las medidas gubernamentales en contra de la COVID-19, muy a pesar de eso parece que ahora faltan aún algunos apuntes más que hacer, pues aunque los planes y comunicados gubernamentales puedan orientar la acción, no significa que hayan tenido la efectividad prevista, ni tampoco que se hayan cumplido estrictamente, como definitivamente no por provenir del gobierno se debe creer que son los más correctos y apegados al puro beneficio de la población.

Muy específicamente estoy acercándome a esa opinión bastante extendida que se tiene sobre la acción gubernamental, esa de que la pandemia se politizó y, en consecuencia, no hubo razonamiento científico ni médico; y aunque es imposible negar que en muchas acciones se cayó en una desafortunada politización que involucraba a los mandatarios estatales y al nacional, a sus intereses partidistas, económicos y hasta personales; también, por otro lado, debemos ser claros y decisivos con el hecho incontrovertible de que en México sí hubo una serie de acciones bien organizadas, basadas en una sana científicidad y en un conocimiento médico actualizado, obteniendo en esto resultados que definitivamente tuvieron consecuencias positivas en contra de la COVID-19, como ya pude adelantar en las páginas anteriores; esto muy a pesar del deplorable estado en el que, como ya sabemos, se encuentran nuestras instituciones de salud. Entonces, la intención aquí es simplemente mencionar en qué términos tuvo lugar esa politización, para ver los alcances, las más de las veces negativos, que tuvo esa distancia con la científicidad y, entonces, distinguir claramente que sí hubo una organización gubernamental guiada por los conocimientos médicos.

Algunas de las primeras cuestiones de índole política se encuentran aún antes de la aparición del virus a finales del 2019, son las acciones puestas en marcha por parte del Gobierno Federal tan sólo al iniciar la actual administración en 2018, en la llamada cruzada contra la corrupción se contempló una política de austeridad que, junto con el cambio de

responsabilidades sobre la compra de medicamentos, resultaron en consecuencias aplastantes para la salud pública de México. Primeramente, fue en 2019 que “las responsabilidades de adquisiciones <de productos farmacéuticos y medicamentos> se transfirieron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público” (Sánchez-Talanquer, 2021, p. 97), excluyendo de esta labor al IMSS, a pesar de ser una de las instituciones con más experiencia en la compra y también una de las compraba en mayor magnitud. Las consecuencias de esto fueron escasez de medicamentos aún antes del inicio de la pandemia.

Otra cuestión, también de índole política, que tuvo consecuencias negativas para el control de la pandemia fue la centralización de la responsabilidad en la unidad única dentro de la Secretaría de Salud, que fue la correspondiente a Prevención y Promoción de Salud (Sánchez-Talanquer, 2021, p.67). Lo cual en cierta medida explicaría la ausencia del secretario de salud durante toda la pandemia y, por su parte, la presencia de Hugo López-Gatell Ramírez en prácticamente todas las *mañaneras* del presidente. Haber puesto la responsabilidad en esta unidad y, en consecuencia, en este individuo fue una acción política, porque como tal él está ligado políticamente al presidente y fue susceptible también a su ordenamientos. El resultado fue desorientación en las medidas de prevención para la población, una infodemia<sup>27</sup> severa y descoordinación con la sección del sistema de salud, así como con estados no simpatizantes con MORENA.

Es precisamente aquí donde se pueden reconocer los señalamientos sobre falta de cientificidad en el manejo de la pandemia, pues las consecuencias de este ordenamiento fueron en su mayoría negativas. Como ya mencioné el presidente asignó la gestión técnica para afrontar la pandemia a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; cosa que a primera vista no resulta mala por sí misma, sin embargo, en esta acción se revela un desplazamiento de otras instancias de rigurosidad científica como el Consejo de Salubridad General<sup>28</sup> y otras comunidades científicas y de salud pública. En esta lógica las acciones

---

<sup>27</sup> "El término “infodemia” se deriva de la conjunción de los términos “epidemia” e “información” y hace alusión a un exceso de información (veraz o no) que dificulta que las personas accedan a aquella proveniente de fuentes fiables y obtengan orientaciones válidas en momentos en que se hace más necesario para la toma de decisiones" (García-Sais, et al., 2021, p. 1).

<sup>28</sup> “Para julio de 2020, el Consejo, aunque supuestamente en “sesión permanente”, sólo se había reunido cinco veces. Este organismo no ha cumplido su crucial función de rectoría durante la pandemia” (Sánchez-Talanquer, 2021, p. 56).

dependían de “grupo de funcionarios subordinados política y administrativamente al presidente, quienes desempeñaban simultáneamente funciones de comunicación técnica y política y trabajaban bajo presión sin la supervisión de expertos independientes” (Sánchez-Talanquer, et al., p. 56). Estas decisiones llevaron a consecuencias claras, una acción politizada e insuficientemente fundada en la científicidad.

Por otra parte, la susceptibilidad de estos actores políticos y su afán por defender sus intereses personales fue también uno de los lastres en la reacción ante la pandemia, pues cuando las acciones iniciales se llevaron a cabo, aún a pesar del poco conocimiento sobre el virus, y en un segundo momento éstas no fueron suficientemente eficaces o fallaron, entonces los funcionarios decidieron rechazar la responsabilidad y entrar en el juego político y burocrático de señalar a otros como culpables, para así cuidarse a sí mismos. Este junto con otros señalamientos se pueden encontrar en la investigación *Respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso* (Sánchez-Talanquer, 2021). De nuevo, esta actitud entre los políticos no hizo sino confirmar uno de los motivos más importantes para no dejar sólo en sus manos las acciones contra la COVID-19. Y muestra de la ineptitud de los políticos se puede enumerar y señalar puntualmente bajo ciertos nombres y en situaciones específicas, como son las siguientes.

Ahora ya son bien conocidas las llamadas *mañaneras* del presidente de México, éstas siguen siendo un medio importante para conocer las posturas del titular federal sobre las cuestiones más recientes del país; fue así también en los primeros momentos de la pandemia en México, cuando toda la población estaba expectante de la reacción gubernamental para conocer la situación de la nación ante la crisis de salud venidera. Justo de ahí surgirían un sinnúmero de comunicados oficiales que, sin embargo, ocuparían un lugar de influencia peligroso; ese es el caso de las intervenciones que el subsecretario López-Gatell tuvo en una de estas conferencias matutinas, pues desestimó la utilidad de los esfuerzos por detectar, seguir y romper las cadenas de transmisión. Aquí la transcripción literal de sus palabras:

“en la medida en que los contagios sean no trazables porque la cantidad de personas es muy grande, y también que se rebasen las capacidades físicas de mantener esos aislamientos, que son prolongados, pretender aferrarse a una contención inefectiva e ineficiente es un despropósito” (Senado de la República. 27 de mayo 2020).

Como se puede ver ésta es una participación que tendría consecuencias adversas para el conocimiento que la población mexicana tuvo del virus, al mismo tiempo da un vistazo de las posturas que se estaban tomando dentro de la dependencia encargada de las acciones contra la COVID-19.

Otra acción de los actores políticos que se desprendió directamente del servilismo hacia el presidente de la nación, lo ubicamos en la negativa de muchos estados hacia el uso de cubrebocas. No es casualidad que los estados no alineados políticamente al partido predominante hayan sido los que optaran por una comunicación en favor del uso de las mascarillas.

Al inicio de la pandemia el argumento de las autoridades federales fue que el uso de mascarillas se debería indicar sólo en el caso de que fuera estrictamente necesario, pues promover su uso provocaría escasez del insumo para el personal de salud (Milenio, 06 junio 2020). En el mismo tono incluso el presidente ridiculizó esta medida, tachándola de exagerada. Esta misma actitud respecto a la indicación sobre el uso de cubrebocas exclusivamente en casos en los que el paciente cumpla con la definición operacional de caso en el primer documento de *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCov*. El hecho es que a pesar de la confusa comunicación al respecto de esta medida en particular el presidente seguía cumpliendo con su gira por todo el país, sin usar cubrebocas sino hasta el último cuarto del año 2020; y para febrero del 2021, 27 de 32 entidades federativas habían, por fin, adoptado el uso de mascarillas.

Haber expuesto esta serie de acciones evidentemente de índole política, en el sentido burdo de la palabra, no tiene por objetivo disuadir de la efectividad que tuvieron las medidas de tipo INF implementadas, ni tampoco de la implementación de las estrategias de la medicina social y, con ellos, de la competencia de los saberes médicos. Todo lo contrario, el hecho es que a pesar de la política partidista, de la cual es víctima México, se logró evidenciar la lógica de la operación gubernamental de la mano del conocimiento médico, en acciones específicas y bien definidas. Ante cualquier caso el hecho es que estamos frente a una pregunta fundamental ¿Hasta qué punto el saber médico influyó, se entrelazó con la racionalidad gubernamental? ¿Y en qué sentido lo hizo?

Una vez abierto el panorama sobre la acción gubernamental frente a la crisis de salubridad generada por el virus SARS-CoV-2 a continuación me dispondré a vincular todo lo ya mencionado con el abordaje hecho por el filósofo francés Foucault en lo que respecta a la cuestión de la medicina social y los dispositivos médicos. Pues es justo ante este panorama que vendrán a tener sentido todas las acciones tomadas, no sólo por el gobierno de México, sino también en lo que respecta a las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS. Sin embargo, por el momento sea suficiente con dar cuenta de la situación que se dibuja en el contexto mexicano para vincular la acción gubernamental con el tema del saber médico.

## CAPÍTULO II - Racionalidad gubernamental en las políticas públicas contra la COVID-19

### *Introducción y problematización*

Si en algo nos interesa la crisis por la pandemia de COVID-19 es porque desde la filosofía foucaultiana se vuelve un fenómeno que pone de manifiesto algunas de las ideas más relevantes del autor, tales como la biopolítica, la medicina social y la gubernamentalidad. Veamos a grandes rasgos los vínculos por medio de los que se relacionan estos temas respectivamente. Como ya se ha visto, de frente a la crisis sanitaria cada uno de los países despliega una serie de estrategias y acciones con el fin de mitigar las consecuencias de la enfermedad, sin embargo, detrás de estas acciones no hay nada trivial, todo tiene su razón de ser, pues se nos presenta el hecho de que ahí existe una racionalidad gubernamental, que al mismo tiempo será de tipo biopolítica pues se presenta como un tipo de gobierno específico, caracterizado por la “potenciación de la vida” y que hace uso de la medicina como uno de los medios para cumplir este fin. En palabras más concretas, el fenómeno de la pandemia es un caso de análisis que expresa varias temáticas importantes para el pensamiento del filósofo francés, así como para la presente tesis, mismas que son de utilidad para entender el complejo evento que fue la enfermedad por la COVID-19, así como la reacción de los Estados frente a ella: primero, existe una racionalidad gubernamental y ésta encuentra su punto de apoyo en el saber médico; segundo, en este caso dicha racionalidad gubernamental tiene la cualidad de ser biopolítica<sup>29</sup>; tercero, las acciones, estrategias y tecnologías ampliamente expuestas en el capítulo anterior son una manifestación de los primeros dos puntos, los cuales, en última instancia, remiten al fenómeno de la medicalización indefinida.

Como ya adelantaba en el capítulo anterior, una de las hipótesis consiste en la idea de que todo el actuar del gobierno frente a la COVID-19 se caracteriza por ser biopolítico y, por lo tanto, de hacer uso del conocimiento médico para la intervención sobre la sociedad, sin embargo, habrá que poner más énfasis en el papel que juega la medicina para dichas acciones, ya que lejos de ser una instancia última e insignificante, veremos que de hecho el saber médico ocupa un lugar central, pues se vuelve una brújula para la acción de los gobiernos, al grado que expondrá y definirá en buena medida la racionalidad detrás de una

---

<sup>29</sup> Aquí entenderé la biopolítica en el marco de lo expuesto en el último capítulo de *Historia de la sexualidad* donde se contraponen dos tipos de gubernamentalidades, uno que es bélico/punitivo/explicito/soberano y otro que se basa en la que administración de la vida.

gubernamentalidad específica, que en este caso es presumiblemente biopolítica. Así, para hacer un aterrizaje adecuado habrá primero que indagar en lo que Foucault entiende por biopolítica y luego por gubernamentalidad, pues es bajo estos conceptos que se logrará ver la racionalidad detrás de las acciones que concretamente se llevaron a cabo ante la crisis sanitaria por la pandemia.

### *Biopolítica y modelo bélico*

Llegado a este punto la pregunta es inevitable ¿Qué es la biopolítica? Y aunque dar con una respuesta cabal resulte excesivo para el alcance del presente trabajo, aquí daré algunas de las nociones generales para comprender el concepto. Primeramente, para hablar al respecto considero que el modo más didáctico es partiendo de la comparación, es decir, de exponer los contrastes existentes entre lo que no es biopolítica, un modelo de gobierno con tecnologías políticas punitivas/bélicas/violentas y lo que sí, un conjunto de tecnologías políticas interesadas en la proliferación de la vida por medio de su administración. Sin embargo, el concepto es desplegado por Foucault de dos maneras diferentes, el primero en conformidad a un *modelo bélico* y el segundo frente a un modelo planteado fuera de la problemática de la soberanía<sup>30</sup>. Ambos momentos resultan importantes para la comprensión de los fenómenos actuales, pues sólo exponiendo a la biopolítica en su primer estadio se puede entender el papel de ésta dentro de la gubernamentalidad contemporánea.

Para hablar, entonces, de este momento de la biopolítica recupero un fragmento extraído de una de las clases de Foucault en el Colegio de Francia, *Seguridad, territorio y población*, con el cual se caracteriza de un modo alegórico la comparación entre los dos modelos de gobierno que se oponen, el no biopolítico que apela al poder soberano y el biopolítico que apela a la administración de la vida: “el abejorro reina sobre la colmena (...) y lo hace sin necesitar un aguijón (...) el verdadero gobernante no debe necesitar un aguijón, es decir, un instrumento para matar, una espada, para ejercer su gobierno” (Foucault, 2004, p. 126). Como podemos ver lo que va a caracterizar a este nuevo modelo de gobierno, el biopolítico, es que este abejorro no hará uso de un aguijón para gobernar, no lo tiene; en contra del modelo anterior que es presumiblemente más violento y punitivo, pues hace uso

---

<sup>30</sup> Existe una extendida discusión acerca de la cuestión del poder soberano, aún en el contexto del concepto de biopolítica, sin embargo, de nuevo aquí me atengo sólo al abordaje desplegado en *Historia de la sexualidad* donde una de las cosas que más diferencia a un modelo frente a otro es la presencia de ese poder soberano.

de ese aguijón para gobernar, lo cual es una clara referencia a la figura del soberano que pretende gobernar a partir de castigos públicos, suplicios y, en general, con castigos “ejemplares” aplicados explícitamente al cuerpo de un sujeto, mismo que simboliza a la población en general.

Siguiendo con lo anterior, para encontrar con precisión qué es a lo que Foucault se está refiriendo con este modelo de gobierno que manda haciendo uso del aguijón, además de la problematización de la figura del soberano, nos remitiremos al citadísimo último capítulo de la *Historia de la sexualidad*, de nombre *Derecho de muerte y poder sobre la vida*, ahí el filósofo francés comenta que la forma de gobernar durante el siglo XVII es la misma que la de la espada. No como lo haría el abejaorro. Cosa que se caracteriza bajo la forma del “derecho de vida y muerte” (Foucault, 2007, p. 163), que consiste que el soberano goza de la facultad para disponer de la vida de sus súbditos de acuerdo a sus mejores intereses; este derecho es una herencia del viejo derecho romano *patria potestas* que muy a grandes rasgos señala que el padre de la familia puede tratar la vida de sus hijos del mismo modo que dispondría de la vida de sus esclavos, ya que como él les había dado la vida, también se las podía quitar. Algunos casos que ejemplifican muy bien este modo de gobierno que ejerce su poder sobre el cuerpo del individuo, los encontramos típicamente en los castigos en contra de los criminales que atentan en contra de la vida del soberano o bien que cometían algún otro delito, ellos sufrían de suplicios públicos en los que se les torturaba, desmembraba y quemaba hasta la muerte, como se narra en el primer capítulo de *Vigilar y castigar*; por otra parte, también se hacía uso de este derecho cuando se disponía de la vida de los súbditos mandándolos a la guerra, a saber que existía la posibilidad de que murieran en batalla en defensa de su nación y su soberano.

Ahora bien, su contraparte, la del abejaorro que gobierna sin hacer uso de la espada, es la que Foucault llamaría biopolítica<sup>31</sup> por centrarse ya en la administración de la vida y no en la disposición de la vida haciéndola morir, es por eso que este derecho del soberano de hacer morir se invertirá para pasar a convertirse en un hacer vivir y dejar morir (Foucault, 2007, p. 164); esto es, entonces, un nuevo modelo de gobierno que se caracteriza, como ya

---

<sup>31</sup> “la biopolítica es vista como un conjunto de estrategias (una “tecnología política”)” (Castro-Gómez, 2010, p. 74).

adelantaba, por la intención de proteger y maximizar la vida; dicho de otra manera, el modo por el que se gobernará ya no será castigando y disponiendo de la vida de los súbditos llevándolos a la muerte, sino por el contrario disponiendo de la vida de las poblaciones pero administrando los modos en los que ésta se debe de desarrollar. Por otra parte, no hay que perder de vista que el primer móvil de esta disposición no es aún algún tipo de filantropía que reconociera el valor de la vida humana por sí misma y que rechazara el barbarismo de los suplicios, se trata de una cuestión de economía, se trata del hecho de que un país que cuenta con una población más “viva”, tendrá al mismo tiempo una población más sana, más productiva, más eficaz en los conflictos y, por lo tanto, el país será más capaz.

Entonces, la administración y organización de la vida abarcará una extensísima cantidad de espacios tan grande que no es ajena a la época actual, estando incluso tan interiorizada en las formas de vida contemporáneas que nos puede resultar extrañísimo imaginar que en algún momento no estuvieran ahí. A continuación nombraré algunos de los espacios y las tecnologías en las que se evidencia esta administración de la vida, que crea a una población que es disciplinada, dócil y productiva: controles de natalidad y mortalidad, cálculos de longevidad (Foucault, 2007, pp. 168-169), cuantificación de los niveles de salud, aparición de controles de vacunación, creación de sistemas hospitalarios y de salud, secretarías de ecología y medio ambiente para la creación de espacios salubres, implementación de modelos educativos y talleres, y un larguísimo etcétera que contempla la intervención en espacios que van incluso desde el jurídico hasta el económico. Como se puede ver en este pequeño listado la salud es uno de esos sitios que más importancia tendrá para el modelo biopolítico de gobierno y que más interesa a esta investigación, pues existe un lazo bien definido entre la vida, la salud y la productividad, sin olvidar que la salud como un estado del cuerpo o de la población está siempre legitimada por saber médico.

Por otro lado, no resulta trivial que aquí ponga mayor énfasis en la salud, ya que tan sólo volver un paso atrás veremos que de hecho gran parte de las acciones tomadas en contra de la pandemia son de esta naturaleza o son motivadas por ésta, y contemplan a una población que es dócil y suficientemente disciplinada como para seguir los lineamientos indicados; véase por ejemplo que el control de contagios, de fallecimientos y de pacientes recuperados es un seguimiento gubernamental con base en el cual se pueden tomar decisiones en favor de

cuidar la vida de la población, lo mismo se puede decir acerca del Modelo de Vigilancia Centinela y del Sistema Mexicano de Vigilancia Epidemiológica, así como de sus consecuencias posteriores presentadas en forma de la Jornada Nacional de Sana Distancia y los múltiples lineamientos generales que abarcan desde el tratamiento masivo de cadáveres, hasta los lineamientos de conducta para espacios públicos abiertos y cerrados.

Dejando de lado lo anterior, ahora me remito de nuevo a uno de los comentarios que hice al inicio de este capítulo en el que menciono que la biopolítica aquí descrita refiere a un modelo bélico, con el cual no necesariamente se tiene que pensar en guerra, sino que se está remitiendo a una manera de comportarse del concepto, esto en dos sentidos, primero en tanto que el concepto funciona partiendo del supuesto de que existe una fuerza exterior que tiene por objetivo administrar la vida y hacer del individuo uno disciplinado y productivo. La cuestión es que hay un afuera y un adentro, un afuera que tiene que ordenar y un adentro que a pesar de estar oponiendo resistencia va a ser ordenado, así parece ser entre el gobierno y la población.

En segundo lugar, bélico en tanto que se habla de comprender el poder a partir de enfrentamiento de contrarios, en donde el ejercicio de poder siempre va a encontrar una resistencia, es decir, de un juego de antagonismos en donde toda interacción se va a poder reducir a dos posturas, la de “ejercer el poder” y la de “resistir a este poder”; con lo que toda dinámica existente se reduciría a esta dualidad. Es en este sentido que se habla de un modelo bélico. Sin embargo, es bajo el despliegue de otro concepto, el de gubernamentalidad y el de población, que Foucault logra abrir esta acepción del concepto biopolítica para darle un sentido más completo y alejado de su sentido bélico, y de su vínculo con el problema del soberano, éste, entonces, sería más un estudio de las condiciones empíricas de posibilidad, es decir, de lo que posibilita la existencia de un modelo de gobierno u otro. En palabras del comentador de la obra de Foucault, Santiago Castro Gómez:

“Foucault se da cuenta de que para entender en su complejidad lo que significa el gobierno sobre las poblaciones, no basta la contraposición entre el "hacer morir" de la soberanía y el "hacer vivir" de la biopolítica. Más bien, de lo que se trata es de examinar el modo en que asuntos tales como la salud, la higiene, la longevidad, la natalidad y la raza quedan integrados a un conjunto gubernamental más amplio, que

es donde se juega precisamente la racionalidad política, entendida como ‘gobierno del Estado’” (2010, pp. 61-62).

Es aquí donde podremos entrever la relación que el filósofo francés señala cuando habla de biopolítica y gubernamentalidad, ya no sólo en la lucidez con la que se concibe un nuevo modelo de gobierno, el caracterizado por la biopolítica, sino también en que detrás de una gubernamentalidad específica hay una racionalidad política la cual guía a la práctica, la acción y la estrategia desarrollada. Cuestiones que se revelan fundamentales para comprender el fenómeno de la COVID-19 en el caso mexicano, primordiales para el presente estudio.

### *La gubernamentalidad, la racionalidad gubernamental y sus conceptos*

Por lo anterior hemos de diferenciar dos momentos en concreto para el desarrollo de las investigaciones de Foucault, la anterior, que compete a un modelo bélico y que se encuentra en *Historia de la sexualidad* en su último capítulo, y, por otro lado, cuando investiga acerca de la gubernamentalidad, en sus clases en el Colegio de Francia, bajo el nombre de *Seguridad, territorio y población* y se interesa por las condiciones empíricas de posibilidad<sup>32</sup> de un gobierno.

Es en este último donde expone tres sentidos de lo que se entenderá por gubernamentalidad. Primero se habla del concepto como una tendencia en occidente a un tipo de poder que se llamará gobierno, en contra de, por ejemplo, el del soberano; en segundo lugar, como el proceso por medio del cual el Estado de la Edad Media se convertía en un Estado administrativo durante los siglos XV y XVI. Sin embargo, de todos ellos sólo nos interesa el siguiente:

“Con esta palabra ‘gubernamentalidad’, aludo a tres cosas. [1] Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las técnicas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de

---

<sup>32</sup> Aquí nos estamos refiriendo a la analítica en el siguiente sentido: “Analítica significa que se trata de un tipo de estudio orientado al examen de las condiciones particulares bajo las cuales emergen y se transforman diferentes prácticas de gobierno, mirando además el tipo de racionalidad específico movilizado por cada una de esas prácticas” (Castro-Gómez, 2010, pp. 44-45).

saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad” (Foucault, 2004, p. 136)

Aquí quedan tan solo nombrados algunos de los elementos que caracteriza a lo que es la gubernamentalidad, lo que veremos a continuación es que estos cálculos, técnicas, procedimientos y dispositivos tienen en última instancia que seguir a lo que llamaremos ciertas “reglas” o bien cierta racionalidad. Dicho de otro modo, determinada gubernamentalidad está constituida de estos elementos, mismos que a su vez son manifestaciones de una racionalidad respectivamente.

Son justo estas reglas o bien esta racionalidad el punto en el que el análisis de la gubernamentalidad administrativa se diferencia del modelo bélico, pues aquí se estará haciendo referencia a una suerte de “juego de libertades”<sup>33</sup> en donde se supera la dinámica anterior de ejercer poder y de resistirlo, con la que, además, la libertad parecía estar mancillada; por el contrario, ahora se parte de que las poblaciones poseen libertad y, por lo tanto, la manera de interactuar con ellas será en este juego de libertades o bien creando las condiciones de posibilidad para que en su libertad puedan coincidir con la racionalidad gubernamental. Aquí se rompe también con la dualidad adentro-afuera, dominante-dominado. Esta idea se ve con más claridad ahí donde Castro-Gómez define lo que en la obra de Foucault se entiende por tecnología de gobierno, véase:

“Las tecnologías de gobierno aparecen como un nuevo conjunto que se diferencia de las tecnologías de dominación porque no buscan simplemente determinar la conducta de los otros, sino dirigirla de un modo eficaz, ya que presuponen la capacidad de acción (libertad) de aquellas personas que deben ser gobernadas” (2010, p. 39).

Vale decir que aquí gobierno tiene un sentido no punitivo y de corte muy liberal, pues gobierna mejor el que gobierna menos, al menos en cuanto a intervención explícita, el arte de gobernar, entonces, se trata más de lograr guiar a los sujetos y a las poblaciones logrando que sus vidas se correspondan con los objetivos gubernamentales, es decir, con la racionalidad gubernamental.

---

<sup>33</sup> Se habla de un juego de libertades, porque de frente a un modelo de gobierno administrativo se ejercerá el poder a partir de crear, dirigir y modular el tipo de libertades existentes, siempre y cuando éstas correspondan al mejor interés del Estado.

En suma, al menos en este contexto la racionalidad deberá ser comprendida como el conjunto de esos objetivos hacia los cuales se dirige una acción, junto con toda la serie de elementos de los cuales se hace uso para lograr dicho objetivo. Así, a este punto ya se han ido mencionando cada uno de esos elementos que constituyen un conjunto de medios y fines de los que se compone la racionalidad, ya sea que sólo haya nombrado el concepto o bien que ya hayan expuestos ejemplos concretos al hablar de las acciones del gobierno de México frente a la COVID-19. Revisemos tan sólo un acercamiento superficial a los conceptos de tecnología, práctica y dispositivo, con los que veremos la presencia de esta racionalidad en su despliegue.

Como ya mencionaba, una de las grandes innovaciones de la noción de gubernamentalidad es partir de asumir la libertad de los individuos, por lo que lejos de considerar que los dispositivos obligan a que se actúe de determinados modos, aquí se busca una suerte de persuasión y de creación de las condiciones para que una acción se lleve a cabo de acuerdo con la manera más conveniente, en este sentido hablábamos de juego de libertades, pues se trata de “lograr que los gobernados hagan coincidir sus propios deseos, esperanzas, decisiones, necesidades y estilos de vida con objetivos gubernamentales fijados de ante mano” (Castro-Gómez, 2010, p. 13); así, de este mismo modo se podrá pensar acerca de las tecnologías políticas o de gobierno, pues éstas lo que buscan es el modo de guiar lo más eficazmente la acción de las poblaciones para alcanzar los objetivos definidos<sup>34</sup>. El término que usaremos para hablar de esos “modos” de actuar será el de estrategias.

Ahora bien, lo que entenderemos por práctica conforme a Foucault es eso “que los hombres realmente hacen cuando hablan o cuando actúan” (Castro-Gómez, 2010, p. 28), sin embargo, este actuar no es ni arbitrario ni perfectamente original, sino que se debe entender como parte de esa serie de reglas, como una articulación dentro de un ensamblaje de relaciones, y en este sentido se debe ver que forma parte de esa guía, de esta búsqueda del objetivo gubernamental. Dicho en las palabras del filósofo francés: “es cierto que no hay <<prácticas>> sin un cierto régimen de racionalidad” (Foucault, 1982, p. 66).

En última instancia, como otro elemento fundamental de la gubernamentalidad están los llamados dispositivos de seguridad, estos empatan perfectamente con la idea de crear las

---

<sup>34</sup> Aquí hablar de “objetivos”, metas, fines y medios para alcanzarlos es idéntico que hablar de “racionalidad”.

condiciones materiales de posibilidad y al mismo tiempo con el ideal de la ciudad segura, este último además se corresponde con la noción de medicina urbana que se explorará más adelante. Entonces, concretamente lo que se entenderá por dispositivo de seguridad es “un conjunto de técnicas orientadas ya no a la sustracción de la potencia de vida del súbdito, sino a la creación de unas condiciones medioambientales que favorezcas la multiplicación de esa potencia de vida” (Foucault, 1999a, p. 246). Al remitirse a condiciones medioambientales también se está abarcando este elemento que bajo el modelo bélico no se implicaba, el de la población, el descubrimiento de la población viene junto con la innovadora aparición de la gubernamentalidad en la obra foucaultiana. Por otro lado, particularmente en esta cita lo que se nota es que en cierto sentido ya se está exponiendo un tipo de racionalidad específica, en este caso biopolítica en tanto que le interesa la potenciación de la vida, sin embargo, más allá de este contexto, se debe entender a los dispositivos de seguridad, así como también a las prácticas y las tecnologías, como instrumentos sujetos a una racionalidad que seguir, o bien, un objetivo al cual dirigirse.

Hasta este punto debe haber quedado expuesto al menos superficialmente el concepto de racionalidad gubernamental tal y como lo vislumbra Foucault, a esto hemos de agregar sencillamente una nota sobre cómo se entiende al Estado, al menos en su variabilidad, pues lejos de afirmar que hay sólo un tipo de gubernamentalidad y un único tipo de racionalidad, lo que se está tratando de decir es que estos son conceptos que se llenan a partir de su momento histórico, del mismo modo que ocurre con el Estado, véase en la siguiente referencia: “el Estado no es más que el efecto móvil de un régimen de gubernamentalidades múltiples” (Foucault, 2007b, p. 96). Lo que el filósofo francés expresa aquí es que cada Estado puede sostener un tipo de gubernamentalidad distinta, así como un mismo Estado puede poseer diferentes tipos de gubernamentalidades, en diferentes momentos claro está, y todo esto sin perder su estatus como Estado.

Ahora bien, en el contexto reciente donde la COVID-19 se presentó como un peligro manifiesto para toda la población, se ha visto la intervención del Estado en políticas públicas de salud que afectaban no sólo a las conductas individuales, sino también a todos los espacios públicos, y que en conjunto significan la presencia clara de los tres conceptos expuestos en los párrafos anteriores que van junto con la gubernamentalidad (tecnología, práctica y

dispositivo), pero siendo el de dispositivo de seguridad uno de los que más nos interesan ahora, pues éste contempla la intervención medioambiental, es decir, la mediación sobre espacios como es la ciudad. Entonces, los dispositivos de seguridad, como un conjunto de cálculos que procuran adelantarse a los potenciales peligros que atenten contra la vida, modifican la ciudad a partir de la gestión en múltiples aspectos, Foucault menciona algunos de estos: “circulación de enfermedades, circulación de clases peligrosas, circulación de mercancías, circulación de trabajadores, etc.” (2004, p. 38). Cosas que se logran, vale decirse, a partir no sólo de la disciplinarización de los cuerpos, sino también partiendo de la gestión y administración.

En conjunto, siendo el caso que los dispositivos de seguridad influyen directamente sobre los modos de gestionar a la ciudad; véase que el evento de la pandemia dio pie a la activación y estimulación de dichos dispositivos a partir de muy variadas maneras. A continuación, revisemos un sugerente listado de algunos eventos que se corresponden con el apunte de Foucault sobre los dispositivos, por ejemplo, pensar en la “circulación de enfermedades” es referirse a este control que se logra por medio de instituciones y programas de vigilancia epidemiológica; por otro lado, en cuanto a “circulación de clases peligrosas”, aunque habría que darse a la labor de descubrir cuál fue la clase peligrosa durante la pandemia, se puede afirmar que la restricción de labores, el movimiento a la virtualidad y la suspensión nacional de actividades no esenciales hablan de dicho cuidado en la circulación de clases, así como de trabajadores.

Aunque la actualidad de la crisis sanitaria por la pandemia es el referente más inmediato para pensar en dispositivos de seguridad, no hay que pasar por alto que Foucault también investiga otros eventos históricos en los que estos dispositivos se han hecho latentes, ya no sólo patentes, como es el caso de la viruela en Europa durante el siglo XVIII.

El caso de la viruela vendrá a representar de forma prototípica el modo en el que funcionarán los dispositivos de seguridad, que tienen entre sus facultades no la erradicación de los peligros, sino su gestión. La palabra gestión es la relevante aquí, pues a pesar de que pensar en tal cosa como la gestión de una enfermedad resulte contra intuitivo, ya que al menos en el tratamiento de un individuo se suele ver sin matices, se está o no se está enfermo; cuando se habla de la enfermedad en una población ocurre que en muchas ocasiones ésta pasa de ser

crítica, como lo es en una epidemia o una pandemia, para volverse en una endemia<sup>35</sup>, donde la enfermedad ha alcanzado un equilibrio con la mortalidad provocada y la frecuencia de su aparición; cuando la enfermedad ha llegado intencionalmente a este punto de equilibrio ya se puede hablar de una gestión.

Veamos con detenimiento el caso expuesto al respecto de la viruela que en su momento se atiende por medio de la variolización<sup>36</sup>, que no es otra cosa sino la introducción de la enfermedad al cuerpo para que de esta manera se sobreviva, aunque eso implique la circulación permanente de la viruela:

“Es decir que en lugar de evitar que la enfermedad ocurriese, había que ‘dejar’ que los cuerpos mismos se autorregularan siguiendo sus propios ciclos naturales. Pero este dejar hacer viene acompañado de una regulación por parte de los dispositivos de seguridad. Lo que aquí se juega no es ya el control disciplinario de la enfermedad <como se planteaba en el texto de 1976>, sino su gobierno. Hay que "gobernar la enfermedad" mediante la implementación de dispositivos que permitan gestionar y administrar el riesgo de contagios. La enfermedad se ‘deja pasar’ pero, al mismo tiempo, se gobierna gracias a la intervención regulada sobre un medio ambiente” (Castro-Gómez, 2010, p. 78).

En conjunto lo que se está tratando de decir con la cita anterior, que nos remite a *Seguridad, territorio y población* de Foucault, es que la enfermedad también deberá ser gobernada, guiada y administrada, no negándola sino incluyéndola en la vida de la ciudad. Esta lectura puede recordar a ese discurso que nació durante la pandemia que hablaba sobre la “inmunidad de rebaño”, que implicaba que una vez contagiada y recuperada cierta porción de la población, entonces la enfermedad dejaría de ser realmente peligrosa<sup>37</sup>. Por otra parte,

---

<sup>35</sup> “Cuando una especie se pone en contacto por primera vez con un microorganismo capaz de sobrevivir y reproducirse en su cuerpo, se inicia un proceso competitivo de adaptación mutua. Este proceso acaba produciendo un estado de equilibrio ecológico dinámico, en el que se alcanzan tasas estables de morbilidad y de mortalidad. Las “enfermedades endémicas” son precisamente aquellas que han alcanzado ese equilibrio y se mantienen produciendo un año tras otro, un número parecido de enfermos y de muertos” (Sánchez-González, 2021, p. 8).

<sup>36</sup> La variolización es una práctica que consiste en tomar una muestra debilitada de la enfermedad e inocular a una persona con esta muestra, para así obtener cierta inmunidad.

<sup>37</sup> No porque ésta dejara de enfermar a la persona en individual, sino porque se llegaría a una suerte de equilibrio en la peligrosidad del virus.

esta manera de pensar acerca de que la enfermedad, de hecho, se empareja con esto que las vacunas tenían que lograr, que era que la enfermedad dejara de ser peligrosa, en tanto que la población no muriera al contagiarse, mas no pretendía que la enfermedad dejara de existir, dicho de otra manera, en este caso la COVID-19 tendría que convertirse en una endemia para decir que se ha “gobernado”.

Entonces la peligrosidad es el término con el que se guiará la severidad de la acción gubernamental, pero partiendo de que no se podrá eliminar totalmente el peligro pues los dispositivos no parten de un modelo ideal, sino real. Así, eventos como son un huracán, una crisis ambiental o una pandemia sólo se podrán entender como reales y peligrosos, y de frente a ellos se definirá también una “cantidad” aceptable de peligrosidad, misma que luego se gestionará gubernamentalmente. Ahora, simplemente como un apunte que puede resultar aclarador, ocurre algo semejante a lo descrito hasta aquí cuando se habla acerca de la criminalidad y de la pobreza dentro del liberalismo; veamos, al momento de hablar de erradicar el crimen realmente nunca se piensa en la posibilidad real de eliminarlo totalmente, a pesar de que nuestra brújula moral nos lo indique, sino sólo a hacer que la delincuencia esté dentro de lo económicamente rentable para el Estado; por otro lado, para hablar acerca de liberalismo nos ubicaremos con los fisiócratas del siglo XVII y XVIII en Europa, quienes al momento de teorizar alrededor de un mercado liberal y autorregulado, eran conscientes de que bajo esta economía había algunos que serían incapaces de adquirir los medios de su subsistencia y que éstos morirían, pero era un sacrificio que estaban dispuestos a aceptar (Horvart y Lovasz, 2020, p. 148).

Con las dos menciones anteriores se abre una propuesta para interpretar actualmente cuál es la racionalidad gubernamental regente, que en este caso es la capitalista, pues el control de daños consecuencia de la situación peligrosa se evalúa en términos de economía. Trasladando este argumento a la situación por la pandemia es posible pensar que las acciones gubernamentales, estrategias, dispositivos y prácticas buscan procurar la salud de la población en tanto que esto se sitúe dentro de un cálculo económico aceptable ante la situación peligrosa. Con los anterior, entonces, se revelan dos posibles racionalidades, una en que el interés de los dispositivos médicos es procurar la vida y, por otra parte, donde el cálculo de peligros sea equilibrado económicamente.

Para concluir vale decir que el saber médico, entonces, será el elemento fundamental para guiar la acción gubernamental, pues será por medio de él que se logrará, en primer lugar, procurar la vida como parte fundacional del Estado y, en segundo lugar, es el saber médico el que da los elementos para hacer los cálculos de peligrosidad que representa la situación crítica de la pandemia por COVID-19. Al mismo tiempo se evidencia lo fuertemente inserto que está el saber médico en todos los espacios de la vida, llegando a definir tantos aspectos del funcionamiento de la ciudad como de la vida privada, que nos es lícito pensar en términos de una “medicalización indefinida”, término que se explorará más adelante.

### CAPÍTULO III - Sobre la medicalización indefinida e introducción a las cinco problemáticas de la medicina social durante la COVID-19

Por su parte, ahora corresponde hablar de lo que se entenderá por medicalización indefinida, pues esto a lo que nos hemos estado refiriendo al hablar de los efectos de la COVID-19 con expresiones como “extenso alcance de las cuestiones médicas” o bien como “la inserción del saber médico en la vida”, son exactamente el tipo de fenómenos a lo que estará haciendo referencia el concepto. Sin embargo, también hemos de observar que el camino teórico antes de llegar a hablar de medicalización indefinida exige hacer un acercamiento a otro de los ensayos que Foucault desarrolló, llamado *El nacimiento de la clínica*, en el cual hace un análisis de las condiciones de posibilidad que dan lugar a la clínica como saber/institución/práctica<sup>38</sup> mientras que, por otro lado, indaga en el concepto de disciplina; ya que es a partir de estos dos aterrizajes que se plantea por fin a la medicina como este saber capaz de abarcar tantos espacios de la vida, incluso implicando un alcance fundamental para la constitución de las ciencias del hombre, ya que de acuerdo con Foucault es a partir de la clínica que el ser humano logra ser objeto de estudio de sí mismo<sup>39</sup>.

Lo que encontramos en esta obra es un estudio especialmente situado en Francia durante una época que oscila entre el siglo XV y XVII, en el que el objetivo es tratar de describir cuáles fueron las condiciones que dieron lugar a la experiencia médica tal y como es actualmente; de aquí se pueden extraer una infinidad de aristas de lectura, sin embargo a esta investigación le interesa especialmente la que corresponde al factor social necesario para la construcción del saber médico, parafraseando a Foucault: la certeza sobre el conocimiento de la enfermedad e incluso la fuerza que tiene este saber y su capacidad para echar luz sobre los fenómenos patológicos proviene no sólo de un sujeto, sino de la colectividad (2004a, p. 34). Hay que tener en cuenta que este será un hecho que no pasará desapercibido durante la pandemia, pues es cierto que además de comprender el comportamiento del virus dentro del

---

<sup>38</sup> “La búsqueda aquí emprendida implica por lo tanto el proyecto deliberado de ser crítica, en la medida en que se trata, fuera de toda intención prescriptiva, de determinar las condiciones de posibilidad de la experiencia médica, tal como la época moderna la ha conocido” (Foucault, 2004b, p. 15).

<sup>39</sup> “A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre, importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo. La posibilidad para el individuo, de ser a la vez sujeto y objeto de su propio conocimiento, implica una inversión en la estructura de la finitud” (Foucault, 2004b, p. 277).

cuerpo del enfermo, se quería entender cuál sería el comportamiento del virus en las sociedades<sup>40</sup>, llámense comunidades, ciudades, países o el mundo.

¿Qué es, entonces, lo que se entiende por clínica? Foucault es muy puntual con esto, dice: “entendiendo por <<clínica>> a este respecto la organización hospitalaria como lugar de formación y de transmisión del saber” (Foucault, 1999b, p. 110). Como ya lo menciona, se ve a la clínica como un lugar de enseñanza, pero con un profundo sentido positivo inserto esencialmente en la dimensión del hospital, lo cual es innovador respecto a otros momentos en los que el hospital era considerado un centro mortuario. Dicho esto, la clínica va a aportar al saber médico desde dos fuentes distintas, la individual y la social (dos aristas que también se investigan sobre la SARS-CoV-19).

En primer lugar, para que la clínica lograra al fin cumplir con el objetivo renovado de curar a sus pacientes y dejar de ser un centro mortuario<sup>41</sup> donde las personas iban a expirar, lo que se necesitó fue establecer un riguroso sistema de observación (mismo sistema que tiene es creador de orden) sobre los enfermos, en el que los médicos estuvieran constantemente en control de los cambios ambientales y de la evolución de la enfermedad, para así lograr que en última instancia el paciente se curara. Pruebas de esto las encontramos en narraciones recuperadas por el filósofo francés en las que el médico entra a las habitaciones donde estaban los pacientes, antecedido por una enfermera que pasa tocando una campana advirtiéndolo de su llegada y la de sus estudiantes; en este hecho se ve un doble logro de la clínica, el de enseñar y curar al mismo tiempo. Sin embargo, dicha disciplina no es exclusiva del hospital durante el siglo XVII, sino que todavía está presente, los expedientes médicos, el personal médico atendiendo durante las veinticuatro horas del día, los aparatos que revisan signos vitales recurrentemente, o bien la infinidad de cuestionarios aplicados de acuerdo al padecimiento y, en el caso de la COVID-19, los cuestionarios señalados en los lineamientos estandarizados que van desde el *Formato de seguimiento de contactos* hasta el

---

<sup>40</sup> De ahí también la importancia de conocer el perfil epidemiológico de la población de un país; es natural que un país con una población que padece más de obesidad sufra de más comorbilidades, sea más vulnerable y, por lo tanto, exija políticas públicas de salud más severas.

<sup>41</sup> “[el hospital era] un lugar sombrío, oscuro y confuso, en pleno corazón de la ciudad, en el que iban a parar las personas a la hora de la muerte y donde se propagaban peligrosamente miasmas, aire contaminado, agua sucia, etc.” (1999b, p. 107).

*Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral*, todos estos en su conjunto representan medios por los que se sigue ejerciendo una fuerte vigilancia sobre los enfermos.

De acuerdo con lo anterior, lo que posibilitará tanto el aporte social como individual de la clínica es la disciplina, pues se trata de una manera en la que se ejerce el poder de manera constante tanto en lo particular como en lo general; veamos cómo lo describe Foucault: “La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia constante y perpetua de los individuos (...) Es preciso vigilarlos sin cesar para que se realice la actividad y someterlos a una pirámide de vigilancia” (1999b, p. 104). Tal como se ve esta descripción de disciplina corresponde excelentemente con los mecanismos hospitalarios que describe el filósofo francés, pero también con los aplicados en la actualidad dentro de los hospitales. Esto da lugar a la creación de cuerpos dóciles y obedientes, al mismo tiempo que sitúa al individuo, a su cuerpo y a su enfermedad como objetos de estudios.

Por otra parte, esta disciplina también se traslada al espacio de lo social en la medida en que esta misma necesidad de vigilar se replica en los fenómenos patológicos colectivos, como en el caso de la pandemia y otras epidemias. En estos casos, entonces, no será suficiente con conocer la enfermedad en casos aislados, sino que hará falta conocerla en la comunidad ya que sólo cuando hay una masa suficiente de casos se puede tener certeza de la naturaleza del fenómeno patológico colectivo. Dicho de manera más concreta: “la certeza médica no se constituye a partir de *la individualidad completamente observada*, sino de una *multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales*” (Foucault, 2004b, p. 147), hecho al que la medicina contemporánea no es en absoluto ajena y que se evidencia en la ardua labor de vigilancia epidemiológica fuera de los laboratorios durante la pandemia. Con lo anterior podemos concluir que las tecnologías dirigidas a la vigilancia también tienen lugar en el espacio de lo social, dando pie a que la medicina, como saber e institución, se conjuguen y combinen con prácticamente todas las actividades de una sociedad. No debe parecer extraño que en la situación crítica por la COVID-19 toda la vida se viera trastornada tan profundamente; sin embargo, este nivel de vigilancia y conocimiento de la enfermedad y del enfermo no aplicaron sólo durante la pandemia, sino que ya existían anteriormente, por ejemplo en forma de criterios para el triaje médico y la asignación de recursos, donde se

vuelve necesario contar con sistemas probabilísticos capaces de predecir el desenlace de un estado crítico, o bien la gravedad y evolución de una enfermedad (Burdiles y Pommier, 2021, p. 69).

A calidad de un comentario complementario, no hay que perder de vista que en otros momentos también se desplegaron mecanismos para el control médico, del mismo modo que durante la pandemia hay en México estrategias que van desde el Modelo de Vigilancia Centinela hasta controles de salubridad en espacios abiertos y cerrados; tal es el caso de la policía médica en la Alemania del siglo XVI, que desempeñaba una variedad de funciones. Véase en la siguiente referencia:

“No habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, obtener lo más rápidamente la incineración de los cadáveres en vez de su inhumación, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne, reglamentar los mataderos, las tintorerías, prohibir los alojamientos insalubres” (Foucault, 2004b, p. 47).

Es importante tener en cuenta que al momento de hablar de policía Foucault no se está refiriendo a la policía que conocemos coloquialmente en la actualidad, esa que hace rondines en patrullas con sirenas, al menos en este contexto se habla de un mecanismo mucho más complejo que cumple con otro amplio espectro de funciones, y que dentro de ellas incluye a la gendarmería (Foucault, 2004a, p. 383), que es el equivalente del siglo XVI de lo que hoy conocemos por cuerpo policial.

De manera más resumida aquí se han mostrado algunos puntos relevantes, primero, que parte importante de la certeza que se le atribuye al saber médico es una iteración de la disciplina a la que se somete al paciente en la clínica; segundo, que dicha certeza se obtiene también de la comprensión del comportamiento del fenómeno patológico comunitario y, finalmente, que el saber médico y su certeza se entrelazan con la sociedad, la atraviesan y la penetran con una suerte de mirada que echa luz sobre los fenómenos. Aunado a estos puntos, resulta una consecuencia natural la facultad que tiene la medicina actualmente de seguir atravesando y penetrando a la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, y a pesar de lo determinante que es la clínica para establecer el poder del médico y de su saber sobre el individuo y la sociedad, hay otro lugar en el que se puede encontrar una manera en la que la medicina se compenetra con la sociedad, y que en cierto sentido legitima la relación cuerpo-salud, se trata del capitalismo. A este respecto creo que no hay momento más concreto y revelador que ese que encontramos en otra de las conferencias de Río de Janeiro, llamada *El nacimiento de la medicina social*, en la cual se habla del siguiente modo:

“El capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primero objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítica, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1999c, p. 366).

De nuevo, aquí Foucault es tremendamente concreto al señalar que el cuerpo se relaciona con el capitalismo como una fuerza productiva, e incluso hasta mercantil, en la medida en que éste es susceptible a la salud y a la enfermedad. Por lo tanto es válido pensar que el salario al que es acreedor un obrero es una manera abstracta en la que se está negociando su fuerza de trabajo, que en última instancia es su cuerpo trabajando. Por otro lado, también se indica que la manera en que el cuerpo se vincula con la medicina es una suerte de estrategia biopolítica<sup>42</sup>, es decir, que el cuerpo es susceptible a la manipulación/intervención de los intereses gubernamentales o bien capitalistas.

Lo que se revela como un esbozo es una suerte de racionalidad que moverá al saber médico, pues mientras que por un lado es importante para el sano desarrollo mercantil, de tipo capitalista, contar con una fuerza productiva sana capaz de sacar adelante a la línea de producción, por otro lado, también será elemental contar con una población sana que sea capaz de crear a un país fuerte, ya sea económica, mercantil o bélicamente, etcétera.

---

<sup>42</sup> Bien es cierto que en este texto el concepto de biopolítica aún no está del todo formado, cosa que se nota en la manera en que también remite indiferenciadamente a lo somático y a lo corporal, sin embargo, la noción que se sostiene es la que ubica a al cuerpo-vida lejos de la concepción clásica aristotélica y en su lugar la desnaturaliza afirmando a la vida-cuerpo como un objeto presto a la manipulación de la política.

Entonces, de nuevo ¿Cuál es la función del capitalismo a este respecto? Pues bien, se trata de un elemento que en su momento fue capaz de socializar la salud, esto aún en contra de la criticable tendencia contemporánea del capitalismo más depredador de reducir lo más posible el acceso a la seguridad social y, por lo tanto, a la salud pública, al mismo tiempo que intenta dar lugar a un mercado de la salud que hace de la salud una mercancía, un bien, una utilidad a la que no todos tienen acceso. Sin embargo, quizá en parte como una consecuencia de la especialización de las funciones del trabajador y de la posterior preparación de la fuerza de trabajo, ocurrió que el capitalismo tuvo que procurar el acceso a la salud de sus obreros para que siguieran siendo productivos. Aquí quizá pueda resultar aclaradora una referencia a Althusser y al modo en el que él se refiere a las necesidades que el salario debe cubrir del obrero: “Con qué alojarse, vestirse y alimentarse, en una palabra con qué quedar en condiciones de volver a presentarse cada día a la puerta de la empresa” (1980, p. 185); es claro que un obrero sin salud será incapaz de presentarse a trabajar al día siguiente y esto representa una pérdida para la empresa.

De ahí, entonces, que Foucault encuentre una doble relación del cuerpo, primero con el capitalismo, luego con la salud: “De este modo el cuerpo se vio doblemente introducido en el mercado: en primer lugar a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde por mediación de la salud” (1999d, p. 357). El humano vende su fuerza de trabajo, luego para sostener su fuerza de trabajo es necesario que esté sano.

Sin embargo ¿Cómo se relaciona todo lo anterior con las circunstancias que se presentaron durante la COVID-19 en México? En primer lugar, lo dicho funge como un antecedente que permite entrever la relación en la que se introduce al cuerpo con la medicina y, desde luego, con la salud; en segundo lugar, logramos un preámbulo que señala a la medicina como una estrategia biopolítica; pero siendo aún más concreto sirve para sacar a la luz un par de cuestiones fundamentales durante el transcurso de la pandemia ¿Los pobres, los obreros, las poblaciones vulnerables se vieron más afectadas por la pandemia? Y trasladando esta misma pregunta a un lenguaje más filosófico ¿Cuál es la racionalidad detrás de las políticas públicas en cuestión de salud tomadas por el gobierno de México? ¿Será suficiente con decir que son movidas por la racionalidad médica? ¿Será que primero se impone la racionalidad capitalista que discrimina y segrega a las poblaciones vulnerables?

¿Será que se busca un equilibrio entre la peligrosidad de la crisis y la supervivencia de las poblaciones? ¿Será acaso que primero se interponen los intereses partidistas de un México que a todas luces sigue una agenda política? Aunque por el momento no responderé a estas cuestiones, lo cierto es que de nuevo hay que poner de manifiesto que el capitalismo es otro horizonte por medio del cual la medicina se entrelaza con el cuerpo y por medio del cual se introduce en la sociedad, llevando más y más lejos el alcance de los lazos que la medicina crea con la sociedad.

Para acercarse más a estas problemáticas baste con hacer las comparativas entre las restricciones fronterizas que México estableció en contra de las que los países del cono sur impusieron. Nuestro país se limitó a hacer recomendaciones a los ciudadanos que salían del país, a poner los filtros sanitarios que ya conocemos que constaban de un termómetro digital y gel sanitizante, a aplicar cuestionarios de seguimiento de contagios o en dado caso de caso sospecho; sin embargo, a pesar de todo no hubo prohibición, lo cual produjo que México se convirtiera en un oasis para extranjeros, los cuales como consecuencia de las restricciones impuestas que otros países sí impusieron no encontraban un lugar en el cual vacacionar y eligieran el que menos filtros tenía, es decir, México (Gonzales, 12 febrero 2021). Si detrás de esta poca severidad en los filtros fronterizos estuvo la intención de evitar que el país cayera en la soledad de turismo, fortaleza importante para la economía de México, entonces se revela cierto interés por sostener esa entrada de dinero aún a costa del mejor consejo de la medicina. A pesar de lo dicho, esto no resulta contradictorio con un modelo de gubernamentalidad biopolítico, pero no por eso deja de ser profundamente criticable.

Ahora bien, con todo lo anterior han quedado expuestos dos grandes argumentos a partir de los cuales cobra sentido que el saber médico atraviese tan tajante a la sociedad, llegando a regir el razonamiento detrás de las políticas públicas en general y, más específicamente, las políticas públicas de salud, y aún más específicamente, las estrategias, medidas y tecnologías desplegadas en contra de la COVID-19. Y tal y como ya mencionaba antes, el concepto bajo el cual termina por agruparse esta relación saber médico-sociedad es el de *medicalización indefinida*, mismo que es largamente trabajado por Foucault y que a continuación expondré superficialmente.

Primeramente, muy en concreto lo que se entenderá por medicalización indefinida se puede resumir a partir de esta referencia extraída de la conferencia *¿La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina?*, en donde se reflexiona acerca de eso que se caracteriza a la salud durante el siglo XVIII en Europa y en cierto sentido también a la medicina actualmente. Ahí se identifica que: “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades la demanda del enfermo” (Foucault, 1999d, p. 353), a lo cual se incluye una enumeración de espacios no médicos que se habían vuelto objeto de intervención médica, tales como: el régimen urbano, el saneamiento de agua y aire, la normalización de construcciones, terrenos, desagüe y un larguísimo etcétera, que es realmente largo y que no hace justicia a la extensión del alcance de la intervención médica.

Pues a pesar de que la medicalización indefinida como concepto y en su aplicación pueda resultar una obviedad, así como también estas reflexiones sobre la salud en el siglo XVIII, lo cierto es que la medicina no tiene ya un sentido negativo, es decir, no es una medicina que se pone en acción sólo cuando la enfermedad sobreviene al cuerpo y que su labor es la erradicación de la enfermedad, por el contrario, aquí la medicina tiene un sentido positivo que, en otras palabras, es la que está en acción constantemente y produce la salud, no sólo erradica a la enfermedad, usualmente a partir de la intervención que va más allá de los espacios estrictamente médicos. Una vez más, evidencia de esto la podemos encontrar recurriendo a la definición de salud que la OMS sostiene, que es en cierto sentido el prototipo de comprensión del tema para la comunidad internacional; dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014), definición que es radicalmente distinta a la que proviene de la medicina entendida negativamente, y que implica la producción de la salud a partir de la intervención de los factores ambientales no estrictamente médicos, que son otros elementos más allá del puro bienestar físico y mental.

Entonces, tal y como ya se va advirtiendo, la medicalización indefinida, además de intervenir en espacios no médicos, exige haya las condiciones de existencia o bien que se creen las adecuadas para el despliegue de una medicina de tipo positiva: “alimentación y

bebida, sexualidad y fecundidad, vestimenta, remodelación del hábitat”<sup>43</sup> (Foucault, 1999e, p. 338); lo cual a su vez implica la participación de mecanismos de administración médica, es decir, tecnologías médicas manifiestas como tecnologías de la población, mecanismos jurídicos, aparatos de poder, etc., y en última instancia la aparición de autoridades médicas. A este punto no perdamos de vista que la medicalización indefinida estaría presente durante toda la crisis por la pandemia de COVID-19 todavía con mayor fuerza que en momentos no críticos.

Ahora bien ¿Qué es a lo que nos estamos refiriendo con condiciones de existencia y comportamiento adecuados para la medicalización indefinida? Los ejemplos no faltan, hablemos primero del “comportamiento adecuado”. En México es un hecho que un importante porcentaje de la población sufre de lo que llamamos las enfermedades de la abundancia y que esto figura en el panorama del perfil epidemiológico del país, a la vez que representa un problema para la salud pública, me estoy refiriendo a las enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, la hipertensión, el cáncer y la diabetes (Sánchez y Verdugo, 2022, p. 23). Mismas que por sí solas ya dan lugar a índices altos de mortalidad, pero que de frente a la pandemia no hicieron sino agravar la situación, pues son comorbilidades que provocan que los pacientes sean más vulnerables y menos capaces de sobrevivir a la enfermedad, las siguientes cifras lo evidencian:

“Las comorbilidades más frecuentes de los pacientes diagnosticados con COVID-19 en México son hipertensión (17.4%), obesidad (14.6%) y diabetes (13.4%). Los índices de mortalidad (proporción de muertes entre quienes presentaban la condición y fueron diagnosticados con COVID-19) para estas comorbilidades<sup>44</sup> son 23.1%, 13.5% y 24.9%, respectivamente” (Sánchez-Talanquer, Gonzales-Pier, et al., 2021, p. 20).

El gobierno de México ya aplicaba medidas en contra de dichos padecimientos aún antes del inicio de la pandemia, sin embargo, la naturaleza de estos hace que en primera instancia la intervención posible, por ejemplo, para la obesidad no pueda ser de tipo clínica,

---

<sup>43</sup> De nuevo, este listado al igual que los anteriores sólo crea un panorama parcial del total de espacios en los que la medicina interviene.

<sup>44</sup> Las comorbilidades aumentaban en índice de mortalidad de dos a cuatro veces.

por lo que la alternativa es producir estrategias para modular y controlar el comportamiento de la población y así reducir este indicador. El aumento en los costos de los alimentos con alto contenido de azúcar, el retirar a los personajes atractivos para los niños de la publicidad de estos alimentos, o bien poner marcas de advertencia sobre los contenidos de los productos son sólo algunas de las medidas en contra de estos comportamientos.

Al respecto de las condiciones de existencia ahí nos vamos a referir directamente a todas estas tecnologías y acciones que entran en juego a la hora de producir la salud en las poblaciones<sup>45</sup>, y que son la antesala para la intervención, mismos que en conjunto podemos identificar como mecanismos de administración médica; igual que en el caso anterior los ejemplos abundan, nombraré algunos que Foucault menciona y que siguen activos hoy por hoy:

“estimaciones demográficas, cálculo de la pirámide de edades, cálculo de las diferentes esperanzas de vida, de las tasas de morbilidad, estudio del papel que juegan entre sí el crecimiento de las riquezas y de la población, incitaciones diversas al matrimonio y a la natalidad, desarrollo de la educación y de la formación profesional” (1999e, pp. 332-333).

Bajo diferentes nombres, pero México mismo cuenta con instituciones específicamente dedicadas a cada una de estas funciones, ya sea por medio del Registro Civil Nacional, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la Secretaría de Educación Pública, mismas que como vemos no están directamente vinculadas con la salud y que sin embargo son fundamentales para producirla. En la historia de México se llega incluso a la intervención del matrimonio<sup>46</sup>. De nuevo, el alcance no se queda aquí, es mayor y de nuevo el filósofo francés va adelante al señalarlo y encuentra que en muchas ocasiones para hacer parte en un nuevo trabajo es necesario presentar un dictamen médico, así como también para salir y entrar del país, según el caso; otro ejemplo está en el espacio penal, donde cuando se

---

<sup>45</sup> De nuevo es importante notar que se está hablando de producción de la salud, ya no de erradicación de la enfermedad, lo cual denota que los mecanismos para producir a la salud deben estar constantemente activados.

<sup>46</sup> “Entonces se hizo obligatorio el certificado de salud para contraer matrimonio; se expidieron los reglamentos sobre establos, cementerios y tratamiento y transporte de cadáveres; se empezó a impartir el servicio de higiene industrial y previsión social” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 299).

comete un delito suficientemente grave, entonces se debe de someter al infractor a un peritaje psicológico (Foucault, 1999d, p. 352).

Por último, por lo cercano que resultan hoy por hoy rescato en México a los programas de vacunación nacional que han sido una constante desde el siglo pasado y que han logrado mitigar y erradicar enfermedades, y que al mismo tiempo han venido a jugar un papel fundamental para dar fin con la pandemia, esto es gracias a que las vacunas contra la COVID-19 se pusieron a disposición de la población en general. Sin embargo, lo que quiero resaltar de estos programas, que están más directamente vinculados con el ambiente médico, es que aparecen como imperativos que obligan a conservar la salud y, además, como manifestaciones de los aparatos de poder en su labor de gestionar al cuerpo de la población.

Ahora, no hay que perder de vista que si en algo nos interesa la medicalización indefinida y todas sus manifestaciones es porque se trata de toda una sistematización del saber médico que está constantemente aplicándose, y que fue fundamental durante la pandemia. Entonces, lo que queda expuesto es, primero, que existe tal cosa como una autoridad médica desplegándose en cada uno de los espacios en los que la medicalización indefinida hace aparición y, en segundo lugar, que hay una racionalidad médica que mueve a la acción gubernamental y a las políticas públicas durante la crisis sanitaria por la COVID-19.

Una vez más me remito a un fragmento de Foucault que ya había expuesto anteriormente, en la que puntualiza que en su análisis el médico va a ocupar un lugar privilegiado en la sociedad, postura con la que esta investigación coincide y que se nota de frente a la crisis sanitaria, en palabras del filósofo francés: que “la autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento” (Foucault, 1999d, pp. 353).

Partir de la lectura anterior, de identificar los alcances de la medicalización indefinida nos permite entender cómo es posible que la crisis sanitaria por la COVID-19 diera pie a toda una serie de problemáticas complejas alrededor del saber médico, en varias ocasiones ya exploradas por Foucault, tales como el hecho de que el médico se volviera una autoridad capaz de manejar las políticas públicas frente a la crisis, que la práctica médica así como su enseñanza estuvieran sometidas a un régimen común, que hubo la identificación de lugares

e individuos peligrosos y que la salud fuera un factor de productividad fundamental para la economía; y en última instancia que el saber médico trastornara tan profundamente la vida.

En conjunto es posible llegar a una sola conclusión a partir de tres vértices distintos: la época contemporánea y en especial de frente a la crisis sanitaria por la pandemia está compuesta por un claro poder médico, manifiesto en forma de la medicalización indefinida. En consecuencia a continuación haré una caracterización superficial de una suerte de modelo de medicina contemporáneo, partiendo de una lectura del Plan de Beveridge y cerrando con un aterrizaje en la llamada ética de la salud pública aplicada a la COVID-19 en México.

Sin embargo, más adelante también se dará lugar a una exploración de las problemáticas que la pandemia puso de manifiesto al respecto de la salud y la medicina, que son: la autoridad del médico como centralización de la práctica y la enseñanza; y la intervención ambiental a partir de la identificación de lugares e individuos peligrosos. Esto por medio de un triple abordaje que será, primero, por medio de las circunstancias patentes por la COVID-19, segundo, a partir de sus orígenes en la historia de las instituciones de salud pública y, tercero, con el análisis foucaultiano de los modelos de medicina que remite a las circunstancias europeas. Con esto el objetivo sigue siendo revelar la racionalidad imperante detrás de la gubernamentalidad regente ante el panorama de crisis sanitaria por la pandemia en México.

## CAPÍTULO IV - El poder del médico y la medicina: manifestaciones en la práctica y la enseñanza

### *Introducción a la medicina social contemporánea*

Como ya adelantaba, uno de los objetivos de las investigaciones foucaultianas acerca de la medicina y la salud es el de caracterizar, explicar, identificar cómo es el modo de ser de la medicina contemporánea y para ello echa mano de la historia de la medicina en Europa, sin embargo, no se mete con el grueso del saber médico, se sigue tratando de una analítica del saber médico en la que se busca comprender cuáles fueron las relaciones de poder que dieron lugar a la medicina tal y como es hoy. A esta labor se dedicó en su obra *El nacimiento de la clínica* y le dio continuidad en sus célebres conferencias de Río de Janeiro; es ahí que el lector se encuentra con un vistazo del llamado Plan de Beveridge, que de acuerdo con el filósofo francés figura como uno de los primeros modelos de seguridad social del mundo occidental y, por lo mismo, como uno de los más novedosos modelos de medicina, el cual además serviría de prototipo para las políticas de seguridad social de otros países. Entonces, dicho plan nacido en Inglaterra fungiría además como una suerte de sucesión respecto a otros anteriores en Europa, siendo así por una característica fundamental: el Estado se interesa auténticamente por la salud de sus poblaciones.

Primero es justo hacer acercamiento al personaje que fue William Henry Beveridge y a algunas de las directivas de este plan. Beveridge (1879-1963) fue un economista y político británico que a lo largo de su vida llegó a trabajar como funcionario de confianza con Winston Churchill, también fungió como director de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres (1919-1937), y posteriormente en 1944 fue elegido representante del partido liberal en la Cámara de los Comunes (Monereo, 2015, pp. 279-280), sin embargo, más allá de este recuento biográfico, lo que en realidad interesa es resaltar su importancia como uno de los primeros exponentes teóricos de los sistemas de seguridad actuales, así como por su contribución en la construcción del modelo de Estado bienestar. Así pues, estas atribuciones se le dan gracias al documento conocido como el Plan de Beveridge, que en realidad es un informe de gobierno publicado en 1942 y nombrado como *Social Insurance and Allied Service*, en español *Seguro Social y Servicios Afines*, en el cual se exponen seis directrices para la recuperación del gobierno inglés después de la guerra, sin embargo, de todos estos

puntos aquí interesan sólo dos, el que hace referencia a un *mínimo nacional* y el que remite al derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud.

En un momento veremos de qué se tratan estos últimos dos puntos, pero antes hay que notar que el año en el que se publica este documento no es en lo absoluto trivial, pues los terribles hechos de la segunda guerra mundial son un parteaguas para el modo en el que los Estados se relacionan con la salud de sus poblaciones, ya que hallándose en el lapso de final de la guerra el objetivo inmediato del país se podía reducir a “la liberación de la miseria y (...) [la deseable] planificación de la reconstrucción de los servicios sociales, incluso durante la guerra” (Beveridge, 1989, p. 259). La seguridad social fue la respuesta a este acontecimiento.

Ahora bien, eso a lo que Beveridge hace referencia con el *mínimo nacional* no es otra cosa más que una suerte de seguridad financiera por medio de la cual se procura evitar la miseria, es decir, se trata de la certeza de que ante circunstancias especiales como: el retiro por la edad (vejez), la muerte de otra persona, el nacimiento, el matrimonio o accidentes, entonces se poseerá un ingreso mínimo con el cual se evitará caer en la miseria y en la mendicidad. Por otro lado, y esto es lo que implica el derecho a mantener el cuerpo en buena salud, se contempla también que esta seguridad social dote de al menos los siguientes tres elementos: “asignaciones familiares, un servicio gratuito de salud para toda la población y una política de pleno empleo” (Monereo, 2015, p. 281).

Es un hecho que en México estas tres directivas se ven cubiertas, al menos como parcialmente en forma de políticas públicas, ya que bien existen instituciones de salud pública como el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud que por un lado cubren al trabajador formal y, por otro lado, cubren también al no derechohabiente, sin embargo, como veremos más adelante, la Secretaría de Salud surgió en el panorama de políticas de pleno empleo, lo que significa es que esta institución se creó pensando en que gradualmente dejara de existir, pues paulatinamente se llegaría al pleno empleo y toda la población estaría cubierta como derechohabiente.

Finalmente, de acuerdo con Foucault, el gran aporte que el Plan de Beveridge representó para la relación Estado-salud reside en que lejos de contemplar a la salud de manera instrumental, donde ésta interesaba por el beneficio a la fuerza del Estado o bien por

la productividad que el empleado representa, ahora la salud interesa por la salud misma y será responsabilidad del Estado. En palabras del filósofo francés: “el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud pasa a ser el objeto de la propia acción del Estado” (Foucault, 1999d, p. 357)<sup>47</sup>, con lo anterior vemos que la salud se transforma en una suerte de derecho sobre la cual el Estado intervendrá, acaso en el mismo sentido en el que la salud es actualmente un derecho humano. Aquí el gran mérito de la seguridad social, dentro de este renovado planteamiento, consiste en que viene a representar un prototipo de racionalidad dentro de los Estados modernos y de su modo de vincularse con la salud.

A calidad de ejemplo recupero superficialmente un caso además del de México, en donde se ilustra claramente una iteración de esta seguridad social del siglo XX, me refiero a Canadá con su documento oficial llamado *Nuevas perspectivas de la Salud de los canadienses* del año 1974, de la autoría de Marc Lalonde, en el cual se plantean cuatro diferentes aspectos que rigen la salud de las poblaciones: 1) medio ambiente<sup>48</sup>, 2) estilos y hábitos de vida, 3) sistema sanitario y 4) biología humana (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020, p. 83). El hecho de que se estén considerando estos puntos y que, en consecuencia, sean temas sobre los cuales el Estado tendrá la facultad de intervenir, excepto quizá por la “biología humana”, implica que se ha adoptado un modelo de seguridad social que abarca los efectos del ambiente, la creación de una población disciplinada y a las acciones concretas del gobierno.

Después de este apunte, que no tiene otro objetivo más que seguir contextualizando sobre lo extendido de la seguridad social en el siglo XX, hay que hacer una rápida revisión de México en dicho panorama. En este periodo el país se vio marcado por una combinación entre una aparente estabilidad política y un evidentísimo desorden político, gubernamental, civil y económico, una vez iniciada la Revolución Mexicana; es por eso que entre 1900 y 1910 es posible encontrarse con hechos tan benéficos para la salud pública como fueron la inauguración en 1905 del Hospital General de México y la conclusión de la primera obra de

---

<sup>47</sup> Y como una consecuencia de esto, el cuerpo pasa a ser objeto de acción para el Estado.

<sup>48</sup> Cuando hablamos de medio ambiente necesariamente se está hablando de algunos de los *determinantes sociales de la salud*, mismos que no se pueden comprender en individual y aunque la conducta y las costumbres son actos individuales, el hecho es que están atravesados por cuestiones de tipo sociales, esas elecciones están al mismo tiempo atravesadas por una serie de condicionantes ambientales que van desde la cultura hasta la familia y las condiciones económicas.

drenaje del Valle de México, o el control de la fiebre amarilla y de la peste bubónica en Mazatlán, en 1902 (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 203), así como también el establecimiento de un compromiso para apoyar a la Oficina Internacional de Higiene Pública, que tenía sede en París, en 1910; sin embargo, debido a las profundas diferencias sociales y la desigualdad en la distribución de las riquezas del país, surgió la necesidad de una nueva forma de seguridad social; reflejo de este hecho los hermanos Flores Magón en su momento tuvieron a bien defender el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano (Moreno, et al., 1982), en el cual se contemplan leyes de reglamentación para las condiciones de trabajo, atención a la salud y seguridad de los trabajadores y sus familias.

Como podemos ver, las condiciones de miseria y desigualdad económica y social a partir del régimen porfirista son móviles que dieron lugar a la Revolución Mexicana, misma que en sus exigencias llevó consigo el germen de la seguridad social; entonces, el hecho es que México produce sus políticas públicas a partir de su propio contexto y no como iteración directa de Europa, pues como tal el país no estaba en la primera fila de afectados por la Segunda Guerra Mundial y no obtuvo de primera mano las innovaciones sobre seguridad social, aunque es imposible negar que sí se vieron influidos ya que en algunos aspectos fueron semejantes, como años después en cuanto a la salubridad<sup>49</sup>.

Entonces, uno de los logros obtenidos para la población en el México postrevolucionario se concretó como el derecho obrero a la salud con la Ley Federal del Trabajo el 18 de agosto de 1931, en la que se logra la protección del trabajador en aspectos como la invalidez, la vejez y la defunción (Rodríguez y Rodríguez, 1998); con lo cual ya se plantean elementos importantes de la seguridad social incluso antes del mismo Plan de Beveridge, sin embargo, estos sólo competían a los derechos del obrero y todavía no al grueso de la población no derechohabiente, que bien podía ser económicamente inactiva o bien económicamente activa pero desempeñándose en el trabajo informal.

Años más tarde este derecho del trabajador se vería modificado para proponerse como un derecho ciudadano, ya no sólo correspondiente al trabajador, pues como veremos:

---

<sup>49</sup> “La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 298).

“En 1983 se hicieron cambios a la Constitución que establecieron, en el Artículo 4°, el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. Este derecho, que se había establecido como un derecho ocupacional en la Constitución de 1917 y como un derecho laboral en la Ley del Seguro Social de 1943<sup>50</sup>, se convirtió así en un derecho ciudadano” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 207).

Por lo que es posible decir que México se hace con un modelo de seguridad social completo, es decir, que contempla a toda la población, hasta 1983 con el Código Sanitario Nacional y las modificaciones al Artículo 4° constitucional. Por otra parte, estas reconfiguraciones en tema de salud no impactan sólo en cuanto a la ley y a la salud como derecho, aquí el Código Sanitario Nacional hace un aporte que explícitamente expande los alcances de la medicina como medicina social. Lo cual no significa que antes de estas fechas no hubiera una suerte de modelo de medicina social, sino simplemente que aquí aparece aún con más fuerza como una directriz para los sistemas de salud del gobierno. Así, en 1981, este documento oficial estableció los deberes de la administración sanitaria a nivel nacional, mismos que son: “Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana; he aquí los objetos que debe tener por mira la higiene” (Rodríguez Y Rodríguez, 1998, p. 297). En este panorama la medicina va a echar mano de la higiene como uno de esos elementos fundamentales para producir la salud y, en este mismo sentido, se hace presente otro concepto discutido a finales del siglo XIX con el cual se plantea la importancia de la relación entre la salud del pueblo y las condiciones que producen la salud antes siquiera de recibir atención médica, se trata de la *medicina preventiva*. En conclusión, es un hecho que al menos durante los últimos cincuenta años México sostiene un modelo de seguridad social que implica, necesariamente, la presencia de la medicina social.

Ahora bien, todo lo dicho nos permite revisar la actualidad y entender por qué la reciente crisis sanitaria por la COVID-19 ha sido confrontada por medio de esta medicina social, haciendo patente su modelo de seguridad social. El hecho es que antes y durante la pandemia estuvo activa la llamada ética de la salud pública, que a mi parecer no es otra cosa

---

<sup>50</sup> Es de apreciarse que la creación del IMSS como de la Secretaría de Salud cubre el carácter de obligatoriedad de la Ley del Seguro Social en la que se contempla cubrir con: “accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 206).

más que una manera muy concreta en la que se presenta una racionalidad médica de tipo social.

¿De qué se trata esta ética de la salud pública? En primer lugar, esta ética renuncia a la medicina negativa como primer medio de acción, es decir, rechaza a la medicina tradicional que entra en acción sólo cuando aparece la enfermedad y que tiene por objetivo curar la enfermedad, por el contrario, acepta “el diseño y aplicación de medidas para la vigilancia y mejora de la salud de las poblaciones” (Burdiles y Pommier, 2021, p. 66), logrando en la intervención del ambiente producir y mantener la salud, no curar la enfermedad.

En conjunto lo que distingue a la salud pública en su marco teórico remite a las siguientes tres directivas de acción:

“a) Se trata de un bien público o colectivo. b) Su promoción supone una atención particular a la prevención. c) Su implementación requiere a menudo de acciones gubernamentales. d) Implica una intrínseca orientación hacia los resultados (pensamiento utilitarista)” (Burdiles y Pommier, 2021, p. 66).

El hecho es que este razonamiento es el que se tuvo lugar de frente a la pandemia en México, especialmente en lo que respecta al triaje médico, sin embargo, no por ello se le quita el lugar a otras medidas de atención clínica como fueron el incremento de camas de atención intensiva, la ventilación mecánica y los pabellones quirúrgicos.

Finalmente, quizá uno de los espacios en los que se aplicó esta ética de la salud pública de manera más contundente para la población en general fue en lo que correspondía al manejo masivo de cadáveres, pues como ya venía advirtiendo el duelo acerca de la muerte fue fuertemente trastornado, pues entre muchas otras medidas la Secretaría de Salud determinó que se podrían llevar a cabo inhumaciones urgentes como medidas de protección a la salud pública (Secretaría de Salud, 06 mayo 2020, p. 19), y con ello también tendrían lugar una serie de limitaciones en cuanto a la manipulación del cadáver, al velo del cadáver y la cercanía de las personas durante el duelo, entre otras cosas.

En conjunto se ha planteado un panorama extenso caracterizando ciertas cualidades de la seguridad y la medicina social manifestada en la época contemporánea y la actualidad

durante la crisis por la COVID-19. Sin embargo, aún quedan sin revisar algunas de las problemáticas más importantes en cuanto a manejo de la pandemia, como son la autoridad médica y la identificación de sitios e individuos peligrosos, mismos que, por otro lado, también fueron fundamentales para Foucault al momento de llevar a cabo sus investigaciones sobre la medicina social en sus conferencias de Río de Janeiro. A continuación extenderé dichos planteamientos.

*El médico como autoridad: centralización de la práctica y de la enseñanza médica*

Al momento de revisar las estrategias, medidas, prácticas, acciones, tecnologías, etc. que México ha tenido contra la COVID-19 se revela constantemente la presencia de una autoridad médica, la cual se encarga de guiar toda acción en contra de la pandemia por medio de la centralización de la prácticas, es decir, por medio de la presencia de organismos o instituciones que guían de manera unívoca el actuar médico; sin embargo, esta centralización de la práctica es antecedida por una suerte de unificación en la enseñanza médica. Así pues, si nos interesa la enseñanza médica es porque con base en ella se puede dar lugar a una centralización de la práctica; al mismo tiempo que dos manifestaciones de la autoridad médica son la centralización de la práctica y la enseñanza médica, por medio de las cuales claramente fue posible hacer frente a la crisis sanitaria por la pandemia. Así pues, haré una revisión de los acontecimientos en los que México hizo presentes a las autoridades médicas centralizadas y a las prácticas médicas igualmente centralizadas/normalizadas; para después pasar a un reconocimiento de sus antecedentes en la historia de las instituciones públicas en México y así, finalmente, encontrar paralelismos con los planteamientos foucaultianos que se despliegan al analizar los modelos de medicina social en Europa. Todo esto con el objetivo de seguir ilustrando cuál es la racionalidad gubernamental manifiesta por medio del poder médico desplegado recurrentemente en todo lo amplio de la crisis por la pandemia en México.

Uno de los acontecimientos que más exponen la presencia de una autoridad médica a lo largo y ancho de México, y de toda la acción gubernamental se encuentra en el *Diario Oficial de la Federación* bajo el nombre *ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*, que no es otra cosa sino el documento oficial por medio del cual se establece que: “La Secretaría de Salud determinará todas las acciones que resulten

necesarias para atender la emergencia prevista” (Secretaría de Gobernación, 30 marzo 2020), y que, por lo tanto, se dota a la Secretaría de Salud con la facultad de intervenir sobre las demás secretarías en favor de llevar a cabo las estrategias de afrontamiento contra la COVID-19. Dicho de otro modo, bajo estas circunstancias especiales se dota de especial poder de acción a una institución que lograría reunir un importante poder administrativo y centralizarlo.

Sin embargo, esta institución se apoya de subsecretarías y organismos que también tuvieron un importante papel a la hora de, por ejemplo, llevar a cabo funciones de vigilancia epidemiológica y atención a los pacientes contagiados, y que en conjunto hacen un complejo sistema de atención a la salud, de organización vertical. Algunos de los elementos que participaron fueron: el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico (SINAVE), el Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Enfermedades Respiratorias (SISVER), Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAHE), incluye también al IMSS y el ISSSTE; por otra parte también se colaboró con instituciones internacionales para el seguimiento de las variantes genéticas<sup>51</sup> del virus como el *Global Initiative on Sharing All Influenza Data* (GISAID) que es un banco de datos.

Como consecuencia de la presencia y autoridad de estos organismos es que tiene lugar también la centralización, o más bien, la unificación de las prácticas médicas en la situación de crisis, lo que abarca desde las definiciones de lo que se considerará como un contagio confirmado y la serie de acciones que se deben de tomar después de estar cerca de un paciente confirmado.

Así, una de las instituciones con más autoridad en el tema de la salud es la OMS, misma que determinó una serie de descripciones operacionales de caso que también servirían como guía para las descripciones de muchos países y que, por lo tanto, también fungiría como una de las autoridades en la práctica médica ante el contagio COVID-19. Entonces, una de las primera descripciones que analizaremos aquí es la que tiene como fecha el 07 de agosto

---

<sup>51</sup> “Se ha denominado variante genética a la acumulación de mutaciones o cambios en el genoma del virus, con respecto a la cepa original, ocasionados por diversos procesos de microevolución y presiones de selección, los cuales le confieren al virus diferentes características que pueden tener impacto en la salud pública” (Secretaría de Salud, marzo 2022, p. 75).

del 2020 y que por el momento en el que se publicó representa un avance en la comprensión del comportamiento del virus, esto en contraste con los primeros meses, en los que el conocimiento al respecto aún era en exceso acotado. La OMS, entonces, considera tres categorías: caso sospechoso, caso probable y caso confirmado. El caso sospechoso se rige por los siguientes criterios epidemiológicos:

“Haber residido o trabajado en una zona de alto riesgo de transmisión del virus: entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios como campamentos o estructuras similares para personas desplazadas; en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas” (OMS, 7 agosto 2020)<sup>52</sup>.

El mismo documento contiene también las otras descripciones e incluso una específicamente para personas fallecidas sin haber sido diagnosticadas y que, sin embargo, cumplían con los criterios clínicos<sup>53</sup>. Sin embargo, a pesar de su relevancia no revisaré cada una de las descripciones, basta con reconocer que existe una autoridad médica internacional que fue capaz de definir cuál sería la práctica médica imperante en caso de encontrarse con todo tipo de casos; no sólo eso, ya específicamente en México nos hallamos con documentos como los *Lineamientos para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad viral por SARS-CoV-19* publicados desde el 2020 y hasta el 2022, los cuales también incluyen variadas descripciones operacionales y hacen explícito que su objetivo es guiar la práctica médica.

Así, en los lineamientos para la vigilancia epidemiológica también se señalan todos los procedimientos a seguir para aplicar y corroborar una prueba COVID-19, se describen las instancias a las cuales informar de un caso, se describe el protocolo de toma de pruebas, así como las condiciones para validar una prueba, que obligatoriamente deben ser de PCR-RT y deben estar corroboradas por laboratorios que formen parte de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), así se indica en la sección *Procedimientos para toma de muestras*

---

<sup>52</sup> Es importante tener en cuenta que en tanto que avanzaba el conocimiento sobre el virus también se modificaban las descripciones como ésta.

<sup>53</sup> Se consideró en este mismo documento que los criterios clínicos son los siguientes: “aparición súbita de fiebre y tos. O, aparición súbita de tres o más signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/fatiga, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/náuseas/vómitos, diarrea, estado mental alterado” (OMS, 7 de agosto 2020).

*clínicas*, con lo cual de nuevo se está procurando normalizar la práctica médica ante la crisis por la COVID-19.

A lo dicho se le pueden sumar una considerable cantidad de más situaciones en las cuales se ha ido normalizando la práctica médica y haciendo de ésta algo que excede los límites de la intervención médico-paciente, llegando incluso hasta establecer rigurosos protocolos en cuestiones como el manejo de cadáveres, o bien en el comportamiento en espacios públicos abiertos y cerrados.

Veamos por ejemplo el siguiente caso en el que la Secretaría de Salud, además de pronunciarse acerca de la modificación del manejo de cadáveres en casos extraordinarios, también hace uso de la ética de la salud pública.

“Artículo 117. (...) No se procederá a la inhumación o cremación sino hasta después de que transcurran veinticuatro horas del fallecimiento excepto en los casos en que se ordene otra cosa por la autoridad que corresponda” (Secretaría de Salud, 06 mayo 2020, p. 19).

Lo señalado en el presente artículo a pesar de que ya estaba previsto en la ley aún antes de la pandemia, ya contempla que en caso de ser necesario, así como lo fue por la crisis sanitaria, el entierro se ordenaría a la brevedad, siendo esto también una medida de higiene que procura evitar lo más posible los contagios.

Por otra parte, en cuanto a lo indicado en el documento oficial *Lineamiento General para la Mitigación y Prevención de COVID-19 en Espacios Públicos Abiertos*, así como en el mismo documento pero de espacios públicos cerrados, se establece un aforo máximo, filtros de higiene en las entradas de los lugares y la aplicación de la sana distancia; todas estas prácticas que, de nuevo, no son estrictamente médicas en cuanto a la relación paciente-médico sí concurren como consecuencias de la normalización de la práctica médica.

Sin embargo, pensar en la presencia de una autoridad médica centralizada y una práctica médica igualmente unificada sólo es posible en un país que en su historia ha ido generando dichos mecanismos, sea bien por medio de la creación de instituciones de salud pública o, incluso, desde las instituciones de educación de la medicina. Así, en una revisión de la historia de las instituciones de salud pública en México será posible reconocer punto a

punto los momentos en los que surge esta autoridad y simultáneamente se normaliza la enseñanza médica.

Acotaré esta lectura sólo al México independiente. Uno de los primeros eventos que dotan al Estado del control sobre las cuestiones de salud tiene lugar en 1820, pues es en este año en que la atención hospitalaria empezaría a depender del ayuntamiento, es decir, del Estado y dejó de estar sujeta a las órdenes hospitalarias de la autoridad religiosa (Meyer, 1975), cosa que no cambiaría de ahí en adelante. Lo siguiente fue el surgimiento de una serie de organismos que oscilaban entre cumplir la función de instituciones educativas y, al mismo tiempo, de normalizar la práctica médica en general, por ejemplo, “El Tribunal del Protomedicato reguló a la medicina y a los que la practicaban hasta noviembre de 1831 cuando fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del Distrito Federal” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 294), misma que funcionó hasta 1941; así en el mismo periodo también existió la Academia de la Medicina, por medio de la cual se logró crear un vínculo con el desarrollo del conocimiento médico de Francia, pues el estudiante debía leer en francés y para obtener mayor prestigio debía hacer una estancia en Francia.

Por otra parte, una institución más que en su periodo cumplió la función de autoridad médica fue el Consejo Nacional de Beneficencia Pública, mismo que funcionó hasta 1877 y que en ese mismo año fue suplido por el Consejo de Beneficencia. Así siguió sin demasiado cambios sustanciales, sino hasta 1917, año en el que como consecuencia de la Revolución Mexicana los marcadores de crecimiento demográfico demostraron una disminución en la población<sup>54</sup>, lo cual no hizo sino reafirmar las necesidades del país en tema de salud; la respuesta fue la creación del Departamento de Salubridad Pública<sup>55</sup>, misma que dio lugar a algunas acciones como las siguientes: “policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas, drogas” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 299).

---

<sup>54</sup> “la población en el país disminuyó en 2.1 millones de habitantes” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 203).

<sup>55</sup> “El Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional y estableció que la salubridad y la asistencia en México pueden ser federales, estatales o municipales” (Moreno, et al. 1982, p. 38).

Finalmente ya bien entrado el siglo XX tuvieron lugar la fundación paulatina de las secretarías que conocemos actualmente, véase por ejemplo el proceso que antecedió a la fundación de la Secretaría de Salud, primero, el 31 de diciembre de 1943, se fundó la Secretaría de Asistencia Pública, luego en 1943 dicha secretaría se fusionara con el Departamento de Salubridad Pública, para dar lugar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), misma que finalmente sería remplazada por la Secretaría de Salud,<sup>56</sup> el 21 de marzo de 1985, que se mantiene hasta la actualidad (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 302). Por otro lado, el Instituto del Seguro Social (IMSS) fue fundado el 19 de enero de 1952 bajo la consigna de brindar servicio médico a los trabajadores y a sus familias, y también sosteniendo al triada salubridad-asistencia-seguro social (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 302).

Con lo dicho ha quedado revisado superficialmente lo que respecta a la autoridad y la práctica médica, sin embargo, todavía queda abierta la cuestión sobre la normalización de la enseñanza médica, cosa que revisaré apoyándome de la historia de las instituciones de salud pública en México.

Primeramente, durante el siglo XIX México contaba con instituciones como la Facultad Médica del Distrito de México y el Tribunal del Protomedicato, que a grandes rasgos se encargaban de definir cómo sería la enseñanza y la práctica médica. En segundo lugar, ya durante el siglo XX tuvimos la fundación de la Escuela de Salubridad en 1922, que se sostendría hasta 1954, mismo año en el que se fundaría la actual Escuela de Salud Pública.

Es justo en el periodo de existencia de la Escuela de Salubridad (1922-1954) que tuvo lugar una importante discusión acerca de la naturaleza de la enseñanza médica, y en este periodo, especialmente en 1935 se hablaba acerca de si las prácticas son fundamentales o no para la formación de los profesionales de la salud. Sabemos que a este respecto Foucault en *El nacimiento de la clínica* describe al hospital como un sitio de formación y transmisión de saber, de tal suerte que en Francia la formación del profesional de la salud iba acompañado siempre de la práctica médica (Foucault, 1999b, p. 110). Entonces, la resolución de la discusión que tuvo lugar en México concluye en que “los estudiantes de medicina,

---

<sup>56</sup> Esta secretaría en un principio tenía el objetivo de ser sólo provisional, pues parte del proyecto mexicano implicaba dar paulatinamente trabajo a toda la población al punto en que todos estuvieran adscritos al IMSS y tal cosa como una secretaría de asistencia a la población abierta no fuera necesaria, sin embargo, es un hecho que en la actualidad tal cosa ha sido imposible.

enfermería, partería, química y odontología pasaran seis meses trabajando en comunidades rurales al final de su carrera y antes de graduarse” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 204), con lo cual quedaría establecida la necesidad de que la práctica fuera parte de la formación, cosa que debemos identificar como la antesala de lo que actualmente es el servicio social universitario, las prácticas profesionales y, en el caso de la medicina, los internados.

Ya en la actualidad la enseñanza médica es algo más que normado, en tanto que encontramos, por ejemplo, que la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (ANFEM) tiene afiliadas 74 facultades y escuelas de medicina, de las cuales a su vez sólo 44 están acreditadas por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la educación Médica (Gómez-Dante, et al., 2011, p. 228). Es claro que en el México actual hay una normalización de la enseñanza y práctica médica funcionando de manera muy rigurosa.

En conclusión, hasta este momento hemos podido reconocer que a través de la historia de México, así como en la actualidad del afrontamiento contra la COVID-19 toda la práctica gubernamental ha desplegado su poder médico por medio de lo que hemos identificado como la autoridad médica, la centralización de la práctica médica, y, finalmente, como centralización de la enseñanza médica; con ello siguiendo en el reconocimiento de una racionalidad gubernamental que es, de hecho, biopolítica en la medida en que con la salud sigue procurando la vida de la población. Ahora bien, revisemos en última instancia cuál es el análisis que hace el filósofo francés al respecto de esta controversia.

Como ya sabemos parte importante de la labor que Foucault llevó a cabo en esto que, de acuerdo con comentaristas como Adán Salinas Araya, es posible llamar una “etapa formativa del discurso”, en tanto que aquí se encuentra el germen que daría lugar al concepto de biopolítica, se trata, pues, de una analítica de las relaciones de poder que dieron lugar a la creación de la medicina; de ahí que se concentrara en analizar la medicina europea con especial énfasis la francesa, así como las condiciones que le dieron lugar en toda Europa, es por ello que toma tres de los casos más representativos de la época, se trata de Alemania, Francia e Inglaterra, y de cada uno señala modos distintos de la medicina social, cada uno resultado de sus condiciones específicas, por ejemplo, del caso alemán se concluye una medicina de Estado, del caso francés una medicina urbana y del caso inglés una medicina de la fuerza de trabajo. Así, cada una por separado daría lugar a una serie de mecanismos,

estrategias y prácticas que aunque responden a sus casos particulares se iterarían y concatenarían en toda Europa y, como hemos estado viendo, siglos después también en México, dando lugar a que en una situación tan crítica como lo fue la pandemia por COVID-19, hubiera conductas comunes en los gobiernos al momento de tomar acciones ante la crisis sanitaria, y no sólo conductas sino una suerte de racionalidad gubernamental que obedece al saber médico. Es por esto que aquí me interesa identificar cosas como la medicina de Estado en Alemania, pues en ella se revela, por ejemplo, el problema de la autoridad médica, la centralización de la práctica médica, la normalización de la enseñanza médica e incluso la aparición del médico con funciones administrativas, mismas que ya se han ido identificando y nombrado en páginas anteriores, y que fueron respuestas a la pandemia.

Siendo claro que existe un paralelismo entre las problemáticas abordadas por el filósofo francés y toda la serie de respuestas gubernamentales por parte de México ante la COVID-19, entonces daré inicio a la exposición de los casos encontrados en Foucault donde se abordan las problemáticas sobre la autoridad médica (funcionario médico, policía médica, controles de observación epidemiológica) y la centralización de la enseñanza médica (prescripción de títulos, organismos reguladores de la práctica médica).

Aunque es cierto que en algunos casos las estrategias surgidas de un modelo de medicina serían después usadas en circunstancias diferentes a las originales, tal es el caso de las tablas de natalidad que se usaron tanto en Francia como Inglaterra, esto no nos evita reconocer junto con Foucault que hay contextos en los que sobresalen unos más que los otros; así, para hablar acerca de la autoridad médica es necesario remitirse especialmente al caso de Alemania y su medicina de Estado.

El caso alemán debe parecer especialmente complejo dado que no se conformó como una unidad estatal sino hasta el siglo XIX, esto a pesar de las guerras franco-prusianas y austro-prusianas, sin embargo, como una consecuencia de esta fragmentación se daría lugar a una racionalidad rigurosa que lograra promover el desarrollo, la competencia y la fortaleza de Alemania; en este contexto, entonces, encontramos el concepto de *Staatswissenschaft*, que al español se traduce como ciencia de Estado, y que en palabras del filósofo francés “designa los métodos de los que se sirve el Estado para producir y acumular conocimientos que le permiten garantizar su funcionamiento” (1999c, Foucault, p. 366). Ahora, si en algo resulta

de interés este concepto es porque nos revela la necesidad real de fortalecer al Estado y que para este fin hay una serie de saberes, prácticas y estrategias, incluyendo entre ellas una correspondiente a la medicina-salud. En otras palabras, eso que viene contenido en el concepto *Staatswissenschaft* remite a eso que en Boecio es una teoría de la *razón de Estado*, que no es otra cosa sino “un conocimiento perfecto de los medios por los cuales los Estados se forman, mantienen, se fortalecen y crecen” (Foucault, 2004a, p. 330) y, de nuevo, la salud de la población y el conocimiento médico van a fungir un papel fundamental en la constitución de un Estado.

Así, conforme a esta necesidad de Alemania por fortalecerse y crecer se van hallando hechos que demuestran cómo el saber médico constituye parte de esa fortaleza, pues el Estado dotaría al médico de más y más autoridad, de tal suerte que en este contexto harían su aparición el funcionario médico y la policía médica, incluso llegando a cumplir una función de observación epidemiológica.

Entonces, los funcionarios médicos<sup>57</sup> en concreto son médicos que el Estado dotaba del papel de administrador de salud y que ponía a cargo de la población de una zona, que en el caso de los médicos de distrito podía oscilar entre los seis mil y diez mil habitantes, hasta los médicos de región que podía comprender los treinta y cinco mil y cincuenta mil habitantes (Foucault, 1999c, p. 370). Por otro lado, la *Medizinischepolizei*, en español policía médica, tuvo una amplia cantidad de espacios de interferencia y algunos de ellos son los siguientes: el establecimiento de un sistema de observación exhaustivo, la regulación de saberes y prácticas médicas, y la subordinación a poderes administrativos (Foucault, 1999c).

No es difícil darse cuenta en qué sentido este modelo de medicina era especialmente riguroso, pues mientras que en lugares como Inglaterra ya se habían establecido ciertos mecanismos como las tablas de natalidad y mortalidad, lo mismo que en Francia durante la epidemia por viruela, ahora en Alemania se exigía una observación rigurosa de los fenómenos epidémicos y endémicos, lo cual, desde luego, superaba el conocimiento estadístico de tablas que se limitaban a expresar las cantidades de los nacimientos y de los fallecimientos; así este análisis estaba fundado en información directamente obtenida de los

---

<sup>57</sup> “Estos médicos obtienen su poder del ejercicio de autoridad que les confería su saber” (Foucault, 1999c, p. 370).

hospitales y los médicos, ya que el Estado se había encomendado a la labor de reunir la información proveniente de las encuestas médicas sobre la población, sobre los tratamientos que se administraban y las reacciones de una enfermedad emergente, así como en última instancia emitir órdenes respecto a los datos obtenidos (Foucault, 1999c, p. 369). Lo cual demuestra un conocimiento más profundo sobre el comportamiento de las epidemias y de las enfermedades, logrando algo más acercado a una taxonomía de las enfermedades; mientras que, por otro lado, aquí debe resaltarse la participación del Estado, pues se evidencia esa autoridad gubernamental severa que señalaba en un principio.

Ya por último una de las características que identifican al modelo de medicina alemán es la normalización de la enseñanza, puesto que hasta este momento (finales del siglo XVI y comienzos del XVII) quienes estaban a cargo de la enseñanza de la medicina era, por un lado, la universidad y, por otro, las compañías de médicos, sin embargo, esta función pasaría a ser normalizada<sup>58</sup> por el Estado, encargándose de determinar los programas de estudio y de conceder los títulos (Foucault, 1999c, p. 369).

A este punto es necesario decir, casi a tono de conclusión, que como ya mencionaba al inicio de esta sección la revisión del caso alemán y la exposición de los elementos que lo caracterizan resulta de interés por su asombroso paralelismo con los mecanismos propios del sistema de salud mexicano, mismos que se hicieron patentes durante la pandemia, y aunque no volveré a nombrar una a una todas las instituciones que, por ejemplo, llevan a cabo una labor centralizadora en el contexto mexicano, la lectura atenta revelará que éstas son casi idénticas en funciones a la policía médica de la que habla Foucault en el caso alemán, lo mismo se puede decir, por ejemplo, de la presencia del funcionario médico y su capacidad de encargarse de la salud de partes de la población, que es claro que sostienen una semejanza con la Secretaría de Salud y la facultad obtenida para actuar incluso sobre otras secretarías en el contexto de la crisis sanitaria.

En conclusión, podemos decir que en buena parte México en sus instituciones de salud sostiene actualmente un tipo de medicina social que es como era la medicina de Estado en el caso alemán, al menos en las características que Foucault resalta, con lo que además identificamos que la autoridad médica estuvo activamente desplegándose en las acciones

---

<sup>58</sup> "El médico fue el primero individuo normalizado en Alemania" (Foucault, 1999c, p. 369).

para hacer frente a la COVID-19, o bien, dicho de otra manera, que forma parte de la racionalidad que caracteriza a la gubernamentalidad del caso mexicano en la crisis sanitaria; de nuevo, la caracterización de un modelo común de la medicina contemporánea, así como de la historia de las instituciones de salud en México nos sigue revelando un vistazo a una suerte de analítica de las relaciones de poder que dan lugar a esta medicina y, más importante aún, a la medicina que actuó en contra de la pandemia.

## CAPÍTULO V – El poder médico: intervención del individuo peligroso

Hasta este punto hemos hablado largamente acerca de la autoridad médica en algunas de sus manifestaciones, ya lo vemos durante la crisis sanitaria por la COVID-19 en forma de organismos centralizados de salud que normalizan la práctica médica; ya también en la historia de las instituciones de salud en México; y, finalmente, ya en el análisis foucaultiano sobre el modelo de medicina contemporáneo, que apela a la seguridad social y que evoca a los varios modelos de medicina social que tuvieron lugar en la Europa de entre el siglo XVI y XVIII. Sin embargo, en esta lectura debemos tener presente que cada uno de estos puntos nos hablan de la medicina como esa racionalidad regente en las acciones gubernamentales en especial durante la crisis, mismas que por su alcance y dirección podemos seguir identificando como medicalización indefinida.

Así, otra manifestación de esta medicalización indefinida que se hizo latente durante la pandemia es esa que encontramos ya no sólo en la práctica médica, o bien en su enseñanza, sino en los espacios comunes, en la intervención de los espacios urbanos y en la identificación de individuos peligrosos, y que sigue siendo otra cara de la autoridad médica; a ésta la hemos de llamar medicina urbana y es un tipo de medicina social. Así, a continuación daré pie a una revisión de políticas gubernamentales en tema de salud que durante la COVID-19 en México se pueden identificar bajo este rubro, al mismo tiempo que me remito a algunos de sus antecedentes en la historia de México y a la revisión de Foucault al respecto de este tipo de medicina social que identifica especialmente en Francia.

### *Intervención urbana: sujetos y sitios peligrosos*

A este respecto Foucault se encuentra con un tipo de medicina social que se caracterizará, ya no sólo en el establecimiento de la autoridad médica dentro de los mecanismos administrativos del Estado, sino por la intervención de los espacios urbanos en las ciudades<sup>59</sup>; se trata de una medicina que para actuar sobre la salud de las poblaciones, al igual que en el caso anterior, no ejercerá exclusivamente la relación médico-paciente, donde el médico entra en acción cuando hay enfermedad, aquí la salud se producirá a partir de actuar sobre el medio urbano. Como ya mencionaba, a partir de la identificación de espacios e individuos

---

<sup>59</sup> Algunas de estas cosas a lo que Foucault se remite al hablar de lo urbano forman parte de lo que en la actualidad conocemos como determinantes sociales de la salud.

peligrosos. Veamos a continuación el caso que el filósofo francés analiza, que es justamente el de Francia.

Si en lo próximo seguiré las conclusiones de Foucault acerca de Francia es porque tras una lectura atenta será fácil darse cuenta de los paralelismos entre el caso francés y el mexicano, que sin ser idénticos sí comparten ciertas características que los hacen compatibles. Dando por resultado que en situaciones de crisis también hubiera el despliegue de prácticas médicas y de medicalización indefinida, que sin duda son semejantes y que desembocan en la identificación de sitios y sujetos peligrosos en lo que respecta al tema de salud.

A muy grandes rasgos la situación que da pie a que Francia posea a esta llamada medicina urbana se puede resumir en dos cuestiones fundamentales, por un lado, la existencia de las ciudades muralla y, por otro lado, el crecimiento demográfico tanto dentro como fuera de éstas. Ambas cuestiones dieron lugar a que durante el siglo XVII las ciudades francesas se convirtieran en sitios sobrepoblados e insalubres, en las cuales los habitantes sufrían de cierto hacinamiento y aglomeraciones, y al mismo tiempo de enfermedades recurrentes.

Resultado de estas circunstancias viene a reflejarse en las poblaciones el *miedo urbano*, que en palabras de Foucault consiste en:

“miedo a los talleres y a las fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más numerosos y que se van extendiendo por la ciudad; miedo a las cloacas, a los sótanos sobre los que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse” (1999c, p. 373).

Mismo que a su vez refleja las dos problemáticas a tratar aquí, que es la identificación de un individuo peligroso y de un sitio peligroso, pues de ambas cosas se tenía miedo. Habrá que dar un paso atrás y tratar de identificar si en el caso de la pandemia por la COVID-19 existió algo semejante a este miedo urbano, y sin lugar a dudas la respuesta es que sí, ya no sólo a un tipo particular de individuos, que pudieron ser los evidentemente enfermos, sino a cualquier persona alrededor, en el transporte público, en una sala de espera o en un jardín, mientras que también se pude identificar que hubo un miedo a sitios específicos, ya sea los

espacios públicos cerrados y con aglomeraciones, a los hospitales, velatorios u cementerios. Como veremos a continuación en el caso francés, este miedo revela muy bien cuáles serán los individuos y sitios peligrosos sobre los que la medicina entra en acción.

El punto en el que convergen la situación de la ciudad y este miedo urbano se concreta en una inquietud político-sanitaria, pues era justo dentro del entramado urbano que la muerte hace aparición en la forma de enfermedades, de riesgo sanitario y en la imposibilidad de procurarse salud. Acerca de esto Foucault comenta un caso que ilustra esta doble problemática del individuo y el sitio peligroso; se trata del Cementerio de los Inocentes, el cual a grandes rasgos fue un panteón en el cual se abandonaban los cuerpos de las personas pobres y en general los cadáveres de todos aquellos incapaces de procurarse un entierro digno (1999c, p. 374), así la existencia de este sitio nos revela, primero, que la problemática sanitaria se enfocaba antes que nada en los pobres<sup>60</sup>, que eran los que en vida no lograban conservar su salud y en la muerte sus cuerpos representaban un peligro para la salubridad; segundo, que los cementerios son sitios potencialmente peligrosos en la medida en que también representaron un foco de infección por el mal trato hacia los cadáveres. La medicina urbana, entonces, vendría a hacerse cargo de esta problemática de salud pública a partir de la intervención de estos espacios, provocando “los primeros desplazamientos de los cementerios hacia la periferia de la ciudad en torno a 1750” (Foucault, 1999c, p. 375). No se debe perder de vista que aquí y en el contexto actual existen normativas para ordenar el tratamiento de cadáveres, así como para determinar el sitio en el que se dispondrán hospitales y cementerios.

Veamos ahora el caso de los hospitales, que al tratarse de sitios en los que se aglomeraban los enfermos y que, como ya mencionaba antes, en un principio eran centros mortuorios donde las personas iban a expirar, entonces también se les llegó a considerar como sitios peligrosos para la salubridad. Entonces en el caso del hospital la medicina urbana entraría en acción por medio de determinar ciertas normativas sobre la ubicación de los

---

<sup>60</sup> También parte importante de que el pobre fuera considerado como un individuo peligroso tiene que ver con el clima político de la época, cercana la Revolución Francesa, y con una cuestión de tipo económica que Foucault identifica como *motines de subsistencia*, que consisten en “el hecho de que en un momento de subida de precios o bajada de salarios, los más pobres, al no poder alimentarse, saquearan los silos, mercados y graneros” (Foucault, 1999c, p. 372); y que hacían de este segmento de la población considerablemente preocupante para el orden público.

hospitales y de sus características arquitectónicas, con el fin de procurar hacerlos centros de curación y al mismo tiempo evitar que fueran puntos de desorden económico. El caso del hospital muestra punto a punto en qué consiste la medicina urbana.

Entonces, ante el contexto de la ciudad francesa que vivía un insalubre hacinamiento se exigía llevar lejos los focos de infección, y este es el primer punto en el cual interviene la medicina social, ya que tanto para la ciudad como para lograr la sanación de los enfermos se volvería necesario procurar ciertas condiciones de salubridad a partir de la intervención ambiental, estas condiciones son el aireamiento suficiente, contar con aguas limpias y estar en ubicaciones poco concurridas, entre algunas otras, sin embargo, Foucault y la literatura acerca de la arquitectura hospitalaria remiten enfáticamente a éstas. Véase el siguiente fragmento del artículo *Importancia de la limpieza higienista en la arquitectura hospitalaria de los siglos XIX y XXI*, en el cual se señalan puntualmente algunas de las condiciones en las que los hospitales tienen que estar:

“por punto general, (...) construirse fuera de las poblaciones, en sitios elevados y secos, con vistas despejadas por todas partes, abundantemente surtidos de aguas, lejos de fábricas, murallas, pantanos, sobre terrenos suficientemente inclinados” (Citado en Aguilar, 2014, p. 5 de Benito y Alonso, 1866, p. 11).

Este punto evidentemente remite a que dentro del diseño urbano de las ciudades se debe disponer a los hospitales en sitios abiertos, lejos de la población, con suficiente flujo de aire y de manera que se eviten los lugares demasiado húmedos; por otro lado, también los edificios y las habitaciones debían seguir el mismo principio de aireación y facilidad en su limpieza, de tal suerte que las habitaciones debían estar hechas de manera que fueran difíciles de ensuciar y fáciles de limpiar. Incluso se llegan a sugerir sistemas complejos de ventilación por medio de calderas que movieran aire por tuberías repartidas por todo el hospital; finalmente, los edificios debían estar dispuestos de manera que se permitiera la circulación de aire entre ellos, contando con espacios verdes y jardines amplios (Aguilar, 2014, p. 5).

En suma, la observancia de todos estos elementos tiene por consecuencia el rediseño de los espacios urbanos en Francia. Siendo imposible ya sostener una ciudad como la amurallada, en su lugar se optó por un diseño que permitiera la circulación de aire y agua, que evitara las aglomeraciones y redujera el contacto con los puntos de infección. Esta

tendencia en la mayoría de los casos implica que las ciudades crezcan horizontalmente en lugar de verticalmente. Así, un caso que evidencia cómo la cuestión de la salubridad se torna de especial importancia es que para 1742 se crea el primer plan hidrográfico de París, con el interés de saber “sobre los lugares de los que se podía extraer agua que no hubiera sido contaminada por las cloacas y sobre política de la vida fluvial” (Foucault, 1999c, p. 377). Entonces, debe quedar claro que como tal el medio de intervención que este modelo de medicina urbano aplica sobre el cuerpo no es directo, sino que funciona en la medida en que la medicina es capaz de transformar sobre las condiciones ambientales para, luego, causar el efecto que se desee sobre el cuerpo de la población. En conjunto, otra manera en que se puede nombrar a esa intervención sobre las condiciones ambientales se puede resumir en higiene pública<sup>61</sup>.

Finalmente, es claro que existe una relación entre la salubridad del ambiente y la salud de las poblaciones, en donde entre mejores condiciones ambientales existan mejor será la salud de la población, de nuevo, acertando en el sentido positivo de la medicina, el de crear la salud, o bien, crear las condiciones adecuadas para la salud. En palabras del filósofo francés:

“la ubicación de los diferentes barrios, su humedad, su exposición, la aireación de toda la ciudad, su sistema de alcantarillado y de evacuación de aguas, la situación de los cementerios y de los mataderos, la densidad de la población, todos constituyen factores que juegan un papel decisivo en la mortalidad y la morbilidad de los habitantes” (Foucault, 1999b, p. 336).

De acuerdo, entonces, a lo expuesto acerca de la medicina urbana no se debe menospreciar en absoluto el papel que funge para la procuración de la salud, ya no sólo en el contexto francés sino aplicado a cualquier ciudad y a cualquier crisis de salubridad o de sanidad; no se deben menospreciar tampoco la infinidad de mecanismos de esta naturaleza que los Estado ya de por sí tienen activos y que juegan un papel fundamental al momento de proteger la salud de las poblaciones. Como veremos a continuación México no es ajeno a la

---

<sup>61</sup> La higiene pública surge como una técnica de control ambiental: “Íntimamente ligado a la salubridad surgió el concepto de higiene público en tanto que técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud” (Foucault, 1999c, p. 379).

medicina urbana, ni en su historia, ni de frente a la pandemia por COVID-19; en consecuencia, por ahora revisaré algunos momentos importantes en los que en el contexto mexicano se hizo presente una suerte de medicina urbana, para después trasladar sus consecuencias a la ya mencionada crisis sanitaria, donde identificaré algunos de los individuos y sitios peligrosos.

Por ahora al hablar del caso mexicano me estaré refiriendo a la época posterior a la independencia y a algunos de los eventos más resaltantes, sin ignorar que hubo otros que ya remitían a una medicina urbana incluso durante la época colonial. Entonces, el primero momento que reconoceré es el de las Iguales médico-farmacéuticas que ya había mencionado antes, y que tuvieron lugar en el año 1879; éste es un momento importante no sólo por su aporte a la salud pública, sino porque la naturaleza de este aporte implicó la unión entre la atención médica y la medicina preventiva, en la medida en que investigaciones como la llevada a cabo sobre la tifo indagaba en temas de competencia urbana, pues a partir de aquí se “inició un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos. Así mismo, se legisló la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 296); cuestiones que punto por punto también encontramos entre las problemáticas y espacios de acción de la medicina urbana del caso francés. No hay duda de que en este México temprano ya se reconocía la necesidad de la observancia de problemáticas de salubridad para producir la salud de la población.

Este movimiento hacia la medicina urbana continúa tan solo iniciar el siglo XX, pues para 1902 tuvo lugar uno de las primeras grandes obras de drenaje del Valle de México, sin embargo, interrumpido por la Revolución Mexicana, no sería sino hasta 1935 junto con la promulgación de un nuevo Código Sanitario y la presencia de las campañas contra la tuberculosis, que es posible encontrar que “el país ya contaba con una organización administrativa para ejecutar las obras de agua potable, alcantarillado y saneamiento del medio” (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 301). Como es de esperarse estos eventos son importantes para la medicina urbana en México, ya que tendrían sus repercusiones hasta la actualidad, pues hoy por hoy cada Estado del país cuenta con secretarías o direcciones encargadas de atender las problemáticas mencionadas; simplemente por nombrar un par de ejemplos, es posible encontrar a la *Dirección de Desarrollo Urbano* en cada Estado, nombre

que puede variar respectivamente según la locación; o bien también las directivas federales como las contenidas en el *Manual de Calles: Diseño para Ciudades Mexicanas*, en donde se determinan cosas como la densidad poblacional de ciertos territorios y el acceso a drenaje y servicios básicos.

Ahora bien, tomaré un caso más que es anterior a la Independencia de México, pero que es importante porque del mismo modo que con el caso del Cementerio de los Inocentes nos sirve para identificar cómo en una situación de crisis sanitaria se logran identificar sitios e individuos peligrosos, y después se acude a la intervención de la medicina urbana para atender la problemática. Se trata de una epidemia llamada *la bola* que tuvo lugar en Jalisco durante los años 1785 y 1786.

De frente a esta epidemia debemos tener en cuenta que la población tapatía fue especialmente vulnerable por tres situaciones en particular; en primer lugar, ocurre que a ese año se le llamo el año del hambre por una serie de desafortunadas condiciones climatológicas que arruinaron las siembras y que comprometieron la capacidad de producir los alimentos suficientes para satisfacer a la población; en segundo lugar, se identifica a ciertos animales como los cerdos y los perros<sup>62</sup>, entre otros, como puntos que implicaban riesgo de contagios; y en tercer lugar, que no se había tenido un manejo adecuado de los cadáveres al no considerarlos a tiempo como un punto de infección, pues como se narra en el artículo *Cementerios y cadáveres durante las crisis epidémicas en Guadalajara, Jalisco*, ocurría que se “dejaban los cadáveres amontonados a las puertas de la iglesia y en el atrio de Guadalupe amontonados cada mañana. Los dejaban desnudos y se ignoraba su procedencia” (Valle, et al., 2020, p. 80); acción que definitivamente atentaba en contra de la salud pública.

La consecuencia fue la entrada en rigor de un par de políticas de salud pública que actúan sobre los individuos y sitios peligrosos para neutralizar el riesgo que implicaban; a continuación se prohibieron las inhumaciones en iglesias y empezaron a construirse cementerios a las orillas de las ciudades (Valle, et al., 2020, p. 81) justamente con el objetivo de mantener el adecuado aireamiento y salubridad dentro de las ciudades, en obvio beneficio

---

<sup>62</sup> En este caso también se considera como individuos peligrosos a animales, lo cual no los exime de ser objetos de las acciones gubernamentales y de las políticas públicas de salud que pretendieran neutralizar su peligrosidad.

para la salud pública. En otras palabras, el hecho de que se construyeran cementerios implica que se identificó que las iglesias eran sitios peligrosos, y que estos sitios eran así por culpa de los cadáveres abandonados ahí con la esperanza de obtener entierro digno, y que estos cadáveres eran probablemente de las personas más afectadas por las sequías y el hambre, es decir, los pobres.

Al remitirme a esta experiencia no estoy aseverando que ésta sea la primera ocasión en que apareciera alguna medida de medicina urbana aplicada como política de salud pública; se trata simplemente de mostrar cómo en México ya desde el siglo XVIII había una suerte de medicina urbana que surgía de sitios muy semejantes a los que Foucault encuentra al hablar de la medicina urbana en Europa. Así bien, no se trata en modo alguno de un evento aislado, sino que como veremos a continuación la medicina urbana también aplicada en la actualidad encuentra a individuos y sitios peligrosos que deberán ser neutralizados en favor de la salud pública.

El hecho de que actualmente la humanidad goce de un conocimiento científico más amplio de los fenómenos patológicos nos permite conocer mejor la naturaleza de un virus y, por ejemplo, los periodos de incubación en el cuerpo, durante los cuales la persona es contagiosa. Por consecuencia a nuestro entendimiento el individuo que se considera peligroso no se limita a la aparición del cadáver o incluso de los síntomas, es decir, es posible que el individuo peligroso en el caso de contagio por COVID-19 fuera considerablemente más amplio y, por lo tanto, que los criterios para identificarlo fueran más rigurosos; de ahí que resulten tan importantes las definiciones operacionales de caso sospechoso, como la sintomatología del contagiado. Recupero aquí un par de referencias obtenidas de la OMS acerca de la descripción operacional de caso y de la sintomatología del contagiado, ya que a partir de éstas se logró identificar al individuo peligroso, así como poner en acción políticas públicas específicamente para neutralizar el riesgo que estos representaron. Acerca del caso sospechoso se determinan los siguientes criterios:

“Haber residido o trabajado en una zona de alto riesgo de transmisión del virus: entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios como campamentos o estructuras similares para personas desplazadas; en algún momento del periodo de 14

días anterior a la aparición de los síntomas<sup>63</sup>; Haber residido en una zona en la que haya transmisión comunitaria o haber viajado a ella en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; Haber trabajado en un entorno de atención de salud, incluidos establecimientos de salud o en la comunidad; en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas” (OMS, 7 agosto 2020).

Tal y como ya sospechábamos la naturaleza de los criterios para considerar a alguien como potencialmente contagioso es compleja, e implica un conocimiento específico y profundo de la actividad que el individuo llevaba a cabo; de tal suerte que aquí se ven como peligrosas a una cantidad amplísima de personas, al mismo tiempo que las actividades de las personas no se pueden conocer a simple vista, lo cual daba pie a que en esa ignorancia, uno frente a otro se consideraran sospechosos y potencialmente peligrosos. No es de sorprender, entonces, la implementación de una medida como la Jornada Nacional de Sana Distancia, que en el fondo consideraba a toda la población como potencialmente peligrosa, o bien, por otra parte, al establecimiento de lineamientos para establecer medidas de salubridad en espacios abiertos y cerrados.

Con el caso recién mencionado y los otros anteriores es posible ver una relación entre el individuo peligroso y el sitio peligroso, donde en parte los lugares peligrosos lo son como consecuencia de los sujetos que ahí se aglomeran; no deja de ser así en el caso francés con los cementerios o en el caso de Jalisco con las iglesias, que si en algo eran peligrosas era por los cadáveres y el mal trato hacia estos. Así, durante la pandemia también se consideraría al cadáver, de cualquier procedencia, como un peligro para la salud pública, por lo que también se desplegarían una serie de lineamientos para el manejo masivo<sup>64</sup> de cadáveres, que van

---

<sup>63</sup> La sintomatología contemplada de acuerdo con la OMS es la siguiente: “aparición súbita de fiebre y tos. O, aparición súbita de tres o más signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/fatiga, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/náuseas/vómitos, diarrea, estado mental alterado” (7 de agosto 2020).

<sup>64</sup> El Estado mexicano ya preveía la inmensidad de las consecuencias del virus, sin embargo, las cifras esperadas fueron superadas con creces por las reales. Para el 26 de enero de 2021 las cifras oficiales reportaban 1,788,905 casos confirmados y 152,016 defunciones a nivel nacional (Secretaría de Salud, 26 enero 2021); y para el 16 de agosto de 2021 se informaba acerca de 204,644,849 casos confirmados y 4,323,139 defunciones (Secretaría de salud, 16 agosto 2021). Frente a este panorama era natural y necesario crear mecanismos que evitaran que los cadáveres se volvieran un problema de salubridad.

desde la interrupción de los ritos mortuorios, hasta protocolos para la apertura de nuevos centros para el resguardo de cadáveres.

De acuerdo con lo anterior, para reducir el peligro que representan los cadáveres se determinó un aumento en las normas de limpieza para su manipulación, a este respecto la Secretaría de Salud por medio del documento llamado *Lineamientos de Manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2) en México* en el cual se indican algunos de estos procedimientos: “área hospitalaria donde ocurrió el deceso, el personal del aseo debe realizar la limpieza y desinfección de toda la zona y elementos (...) siguiendo la técnica del triple balde” (Secretaría de Salud, 06 mayo 2020, p. 8). Así por la naturaleza de estos protocolos se sigue recomendando que al momento de que los familiares del fallecido tengan contacto con el cadáver que siempre se procura mantener al mínimo el contacto y siguiendo las indicaciones de salubridad; véase en el siguiente fragmento:

“puede permitirse el acceso solo a dos familiares y/o amigos más próximos y cercanos, quienes deberán de utilizar precauciones de contacto y gotas, supervisada por personal de salud; se les otorgará los EPP necesario y se dará la recomendación de no establecer contacto físico con el cadáver (no tocar ni besar el cuerpo), ni con las superficies u otros fómites de su entorno que pudiera estar contaminados” (Secretaría de Salud, 06 mayo 2020, p. 7).

Incluso, como ya mencionaba, se rompería con el rito mortuario de velación, ya que se indica que éste deberá ser menor a cuatro horas y con máximo veinte personas, al mismo tiempo que se pretende la aplicación de los protocolos de Sana Distancia.

Una vez habiendo ubicado los individuos peligrosos en el caso de la pandemia por COVID-19 se puede empezar a identificar también cuál fueron los sitios peligrosos y qué tipo de acciones vinculadas a la medicina social-urbana se lograron implementar para neutralizar la peligrosidad que representaban.

Quizá una de las medidas que más efectos tuvo sobre la vida cotidiana de la población mexicana en general fue el de la Sana Distancia<sup>65</sup>, ya que partiendo de que para saber si una

---

<sup>65</sup> Como su nombre lo dice procurará que se apliquen las medidas de sana distancia, que en concreto son “todas aquellas medidas sociales establecidas para reducir la frecuencia de contacto entre las personas para

persona era o no un potencial portador del virus, entonces se debía aplicar a todas las persona. Así la consecuencia sería señalar que había un potencial peligro en todos los espacios públicos, tanto abiertos como cerrados en donde pudiera haber aglomeraciones y la indicación de mantener la sana distancia fuera imposible de cumplir. Así en los documentos oficiales titulados *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados* y *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos abiertos* se determina, primero, “ventilar todas las áreas de los sitios cerrados” (Gobierno de México, marzo 2020, p. 10), pero en caso de que esto no sea posible se deberá contar con aire acondicionado, y que éste se mantenga “con una graduación de entre los 24° y los 26° C. y una humedad entre los 50 y 60%” (Gobierno de México, marzo 2020, p. 10); y en segundo, “reducción al 50% [del] aforo y suspender las actividades de venta directa de boletos y alimentos” (Gobierno de México, marzo 2020, p. 13); y por último, se indica la presencia de filtros de supervisión para que quienes representen un potencial riesgo de contagio no entren, así estos filtros deberían contar con los siguientes elementos:

“Agua, jabón o bien gel antibacterial (base alcohol mayor al 60%); y una solución clorada para mantenerlo limpio y desinfectado. Pañuelos desechables. Bote de basura con tapa para los desechos (se deberá evitar acumulación de los desechos). Termómetro (sin mercurio), puede ser digital, infrarrojo o tiras plásticas” (Gobierno de México, 07 abril 2020, p. 14).

Ya por último, ante la cantidad tan grande de fallecidos, el lineamiento de manejo de cadáveres se adelanta a la posibilidad, que en su momento fue un hecho, de que se pudieran requerir más capacidad de la que ya se tenía para todo el proceso de disposición final, como por ejemplo: cámaras frías, crematorios y espacios de inhumación (Secretaría de Salud, 06 mayo 2020, p. 17), ya que de otro modo la exposición excesiva de los cadáveres con las personas encargadas y con las unidades de salud o servicios forenses implica un riesgo a la salud pública.

---

disminuir el riesgo de propagación de enfermedades transmisibles” (Gobierno de México, 07 abril 2020, p. 15).

Por otra parte, ya en cuanto al proceso de velación del cadáver, éste también se vio afectado, ya que naturalmente no se permitió la intervención de tanatoestética ni tanatopraxia sobre el cadáver por implicar mayor riesgo de contagio, luego la velación tampoco se lleva a cabo con normalidad, pues se sugiere que preferentemente se evite y que en caso de que se lleve a cabo se haga siguiendo determinados límites de aforo.

Con lo dicho hasta el momento ya se ha logrado identificar el tipo de medicina desplegada para el caso francés, que es el de la medicina urbana, así como respectivamente los sitios y los individuos peligrosos, a la vez que se encontraron un par de casos que reflejan la aplicación en México de la medicina urbana, mismos que son antecedentes históricos de las mismas medidas que toman lugar en el caso del México contemporáneo que vivó la fuerte crisis sanitaria por causa de la COVID-19.

En conclusión es posible afirmar que también en cuestión de medicina urbana México despliega las estrategias, las tecnologías y los mecanismos que se encontraban ya en la Francia del siglo XVIII, de tal suerte que, aunque con sus diferencias y sutilezas, también es posible encontrar que en el México del siglo XVIII, así como en el México contemporáneo, existen individuos peligrosos y sitios peligrosos sobre los cuales se aplica toda la fuerza de los dispositivos médicos. Sin embargo, aún quedan abiertas ciertas cuestiones que se mencionan sólo superficialmente en esta sección, se trata particularmente del tema de la economía; surgen algunas preguntas como: ¿Por qué el pobre es un individuo peligroso? ¿Por qué se trata de evitar la escasez? Y ¿Cómo se relaciona la fortaleza económica de un país con la salud de su población? Aunque a primera vista estas interrogantes sean fácilmente respondidas, ocurre que al menos en el contexto del siglo XVIII en Europa las resoluciones llevan a una interesantísima exploración sobre nuevas medidas y razones para la intervención de los cuerpos y de la población.

## CAPÍTULO VI – La salud como factor para la productividad

Las preguntas antes planteadas son importantes para la revisión de la historia de la medicina en Europa y, desde luego, para las indagaciones sobre la medicina social, así al respecto de este caso Foucault identifica especialmente a Inglaterra con lo que él llamó como *medicina de la fuerza de trabajo*, ésta será otra manifestación de la medicalización indefinida y también de la medicina social. Veremos a continuación cómo el análisis que hace Foucault recupera de nuevo al individuo peligroso, pero ahora lo lee desde una perspectiva distinta, ya no en cuanto a la salubridad, sino ahora desde su productividad; para finalmente preguntarnos si en el caso de México, de frente a la COVID-19, es posible hallar una suerte de racionalidad económica en el manejo de las emergentes políticas públicas de salud.

Para hablar de esta situación pondremos atención a un individuo en especial que también aparece problemático para el modelo de medicina francés, se trata del pobre, sin embargo en el caso de Inglaterra éste estaba cumpliendo con otra función dentro de las ciudades, fungía como un personaje económicamente activo, ya que “desempeñaban de hecho toda una serie de tareas, repartían el correo, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían” (Foucault, 1999c, p. 380), así que en realidad no sólo eran parte de la vida urbana de la ciudad, sino que también era parte funcional de ésta, incluso hasta aportando positivamente en la salubridad, pues cumplían con actividades como acarrear agua y eliminar desechos.

A pesar de esto, no se deben ignorar los otros motivos que hacían del pobre un individuo peligroso. Los recupero de nuevo, en primer lugar fue durante esta época que ocurrieron las primeras grandes agitaciones de Europa, por lo cual las clases sociales más desprovistas hallarían en sí el potencial para ser revolucionarias o bien producir revueltas; en segundo lugar, para 1832 ya se había propagado desde París hasta el resto de Europa la epidemia de Cólera, frente a la cual el pobre era más vulnerable, acarreando consigo temores sanitarios; y en tercer lugar, en este periodo en Inglaterra se desarrollaron los servicios estatales que suplantarían parte importante de las labores que el pobre desempeñaba dentro de la ciudad, como el servicio postal y el de transporte, provocando que las personas dedicadas a esta función se vieran privadas de su sustento (Foucault, 1999c, p. 380). Los primeros dos puntos ya se han mencionado anteriormente, por ahora corresponde atender

sólo al último, pues mientras que los anteriores revelan una preocupación político-sanitaria el tercero es una preocupación económica ya que el pobre/enfermo se verá como un sujeto no productivo que tendría que atenderse de un modo particular. La siguiente cita muestra bien la naturaleza de la medicina de fuerza de trabajo y el contraste entre clases sociales:

“en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, apreció una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el fin de hacerlas más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases ricas” (Foucault, 1999c, p. 384).

En concreto, entonces, en Inglaterra el objetivo se volvió ayudar al pobre haciéndolo al mismo tiempo productivo para la nación. Es decir, se hace trabajar al pobre interviniendo en favor de su salud, así enriqueciendo a la nación. Dicho de otro modo, aquí se ha logrado evidenciar algo que adelantaba ya anteriormente, la correlación existente entre Estado, salud y nación; para tener un Estado fuerte habría que cuidar su economía, en este caso cuidando al pobre volviéndolo productivo a partir de procurar la salud de la población en general. Con este fin, entonces, tuvieron lugar una serie de estrategias en Inglaterra que sin lugar a duda también se pueden comparar con las que se han impuesto en la historia de México. Veamos en concreto de qué se trata.

Una de las medidas más representativas tomadas en Inglaterra al respecto de la medicina de la fuerza de trabajo toma forma como la *ley de los pobres*, ésta pretendía procurar la productividad del pobre por medio de una normativa jurídica que lograra el control médico de la población, al menos así lo sugiere John Simón, alrededor de 1870, afectando especialmente al pobre y al indigente (Foucault, 1999c, p. 382). Eso a lo que nos estamos refiriendo por control médico es de hecho fácil de identificar en la actualidad, pues tal cosa como los servicios de salud pública ya son desplegados constantemente a modo de jornadas de vacunación gratuita y jornadas de educación sexual, o bien a modo de artículos inscritos en la Constitución Mexicana como lo son los códigos sanitarios. Sin embargo, quizá la cosa más relevante del caso inglés es que el poder normativo y práctico se haya establecido en el contexto jurídico, dando lugar a la intervención sobre la salud de la población, siendo esto de un carácter que bien se puede llamar autoritario o, por decir menos, es propio de la medicalización indefinida.

Por su parte, en el contexto de México durante la pandemia resaltan un par de líneas dentro del *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCov*, en el cual se indica ciertas consecuencias jurídicas que provocan comparar con ese control médico que tuvo lugar en Inglaterra, la referencia es la siguiente:

“El incumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica descritas en el presente lineamiento será motivo de reporte a las áreas administrativas correspondientes de la Secretaría de Salud y en caso de persistencia, a la instancia jurídica de su competencia” (Secretaría de Salud, abril 2020, p. 18).

Aunque estrictamente estas son sólo un par de vinculaciones jurídicas al incumplimiento de las indicaciones de salubridad, no se debe dejar de sospechar sobre el fondo del que surgen, es decir, al igual que en Europa con un objetivo de bonanza económica y orden.

Ahora bien, a continuación recupero también un sitio del que ya hablaba antes y que señalaba como uno de esos lugares peligrosos en el medio urbano, se trata del hospital, pero con la diferencia de que ahora lo recupero no como un sitio de infección y desorden sanitario, sino económico. El hospital en su movimiento hacia deshacerse de sus consecuencias nocivas no sólo integra a la ciencia físico-químicas y las innovaciones de una medicina urbana, también tendría que aplicarse a evitar ser un espacio de desorden económico, ya que el hospital, de hecho, padecía de esa carencia, pues era por este medio que se podían evadir los filtros aduaneros, lo que el traficante hacía era fingir “estar enfermo y al desembarcar era conducido al hospital, donde escondía los objetos sustraídos y así eludía el control económico de la aduana” (Foucault, 1999b, p. 102); por otro lado, el hospital también era un sitio en el cual los soldados evadían sus responsabilidades militares reportándose enfermos, fingiendo la enfermedad y, luego, desertando; esto se considera como una cuestión de tipo económica porque para el Estado el soldado enfermo representaba un costo, de tal suerte que era económicamente más viable curarlos que adiestrar a un nuevo soldado. Así, la consecuencia de ambas problemáticas dio lugar a que el hospital se volviera un sitio sistemáticamente vigilado, a la vez que se reforzaba su función como un lugar de sanación.

Dicha vigilancia haría que el hospital perdiera sus efectos negativos para la sociedad, ya desde Francia cuando se logra que no sea un lugar infeccioso dentro de las ciudades, y en el caso de Inglaterra haciendo que deje de ser un sitio de desorden económico, bien por ser donde se evaden las aduanas y los militares entrenados desertan. El hospital, entonces, acaba con estas consecuencias negativas y se vuelve un sitio de orden económico y social.

En resumidas cuentas, del modelo de medicina inglés se pueden extraer un par de conclusiones contundentes que a continuación revisaré a la luz de la situación mexicana. Es válido decir ahora con más fuerza que antes, que es por medio de la medicina que el capitalismo interviene sobre el cuerpo de las poblaciones, pues la medicina produce salud capaz de hacer de las poblaciones capaces para la producción y reproducción de la fuerza de trabajo, y para el enriquecimiento del mercado labor y, por extensión, el enriquecimiento del mercado en general; y segundo, que al menos en esta etapa el cuerpo del individuo no importaba por sí mismo, sino que realmente lo que interesaba era el cuerpo de los individuos en conjunto en función a la utilidad que representan para el Estado, la siguiente referencia lo aclara contundentemente: “no se trataba [sólo] de la fuerza de trabajo, sino de la fuerza del Estado frente a los conflictos, sin duda económicos, pero también políticos, que los enfrentaba con los países vecinos” (Foucault, 1999c, p. 370). Dicho de otro modo, el Estado es capaz de intervenir sobre su población en tanto que ésta le procure potencial bélico y competencia mercantil<sup>66</sup> frente a otros países.

No se debe olvidar que este modelo de salud remite a un modo muy particular en el que el Estado, por medio de la medicina, se relaciona con el cuerpo, como un medio para su fortalecimiento, cosa que de acuerdo con Foucault cambiaría durante el siglo XX, sin embargo, hasta este punto es válido decir acerca de este momento que la función de la medicina se reducía a darle a la sociedad individuos fuertes, capaces de ser productivos y de

---

<sup>66</sup> En la llamada balanza europea sería necesario que todos los países acumularan un poder económico y bélico suficiente para hacer frente a sus vecinos en caso de ser necesario; la sospecha es que este modelo médico está orientado a esta situación en la medida en que procura la fuerza del Estado. La siguiente cita tomada directamente del texto de Foucault, remite muy bien a esta dinámica pero lo hace bajo el nombre de *política mercantilista*: “La política mercantilista se basa esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el fin de establecer intercambios comerciales que permitiesen a Europa alcanzar la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podría costear el mantenimiento de los ejércitos y de toda la maquinaria que asegurase la fuerza real de un Estado en sus relaciones con los demás” (Foucault, 1999c, p. 368).

reproducir la fuerza de trabajo. Sin embargo, habrá que preguntarnos ¿Qué tan lejos está la medicina contemporánea de seguir siendo un instrumento de los objetivos económicos de los países?

En cierto sentido el siguiente fragmento sirve como una exploración a esta respuesta, pues México cruza también por un proceso en el que la medicina goza de vinculaciones jurídicas y cumple con la función de ejercer un orden social y económico, incluso siendo fundamental para esto en la pandemia por la COVID-19.

Veamos, en lo que respecta al caso de México hay en toda la historia de sus instituciones de salud pública un constante desarrollo de leyes relacionadas a la salud. Como son la Ley Federal del Trabajo el 18 de agosto de 1931 con la que se pretendía mejorar el acceso del trabajador a los servicios de salud, incluso incluyendo los casos de invalidez y vejez; luego, unos años después, en 1934 hacen su aparición reglamentos sobre la higiene en el trabajo y sobre medidas preventivas de accidentes<sup>67</sup>; para después pasar hasta 1983, año en el que finalmente se reconocería como un derecho ciudadano la protección de la salud y ya no sólo como un derecho del trabajador (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 302).

Aquí que la salud se considere como un derecho ciudadano y no sólo del trabajador nos habla de ese gran movimiento al que también remite Foucault, en el que en la actualidad la salud ya no se vincula al Estado sólo en función de qué tan beneficioso sea para la competitividad del país frente a sus vecinos contrincantes. Sin embargo, antes de este movimiento el hecho de que el derecho a la salud estuviera reservado para los trabajadores, también revela que la productividad estaba directamente relacionada con el acceso a la salud. En otras palabras, pareciera que el Estado sólo procurara la salud para aquellos que son efectivamente productivos y que su cese más pronto de la invalidez es más beneficioso para el país.

---

<sup>67</sup> Es valioso recuperar la siguiente referencia, pues está remitiendo directamente ciertos artículos de la ley: “Cabe también destacar tres fracciones del Artículo 123 constitucional relacionados con la salud: las fracciones XIV, XV y XXIX. Las dos primeras obligan a los empleadores a establecer medidas para garantizar la seguridad e higiene laborales en los sitios de trabajo y pagar por la atención a la salud en caso de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, convirtiendo así a la atención a la salud en un derecho ocupacional. En la fracción XXIX se declara “de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines familiares” (Gómez-Dantés y Frenk, 2019, p. 204).

Así, con el tiempo la salud fue obteniendo un lugar legislativamente más importante y con mayores facultades para dotar a las personas de salud; llegando hasta al caso extraordinario, como extraordinaria es la crisis sanitaria por la COVID-19, en el que se determina que la Secretaría de Salud sería la encargada de tomar acciones en contra del virus (Secretaría de Gobernación, 30 marzo 2020), teniendo a su disposición al resto de las secretarías.

En última instancia el hecho de que se dotara a la Secretaría de Salud de tan extenso poder no responde a otro interés sino al de seguir manteniendo el orden económico y social, por medio, desde luego, de los dispositivos médicos de los que dispone el Estado. Así, de frente a la crisis sanitaria México hizo uso de instrumentos semejantes a los que ya habían tenido lugar en el caso inglés, por ejemplo en el caso de los filtros fronterizos. Del mismo modo que en Inglaterra los puntos de acceso al país serían un sitio de peligro potencial, para México la frontera lo fue también, aunque no en el sentido aduanero, pero sí como un lugar que podía introducir la enfermedad y, entonces, provocar ese desorden social.

Aunque en la actualidad los motivos que mueven al hospital como una institución de curación ya no obedecen ni a lo fronterizo ni a lo militar, es cierto que se pueden seguir encontrando medidas de salud que tienen por objetivo hacer que la frontera no se vuelva un espacio que cree desorden. Estas medidas aunque ya existían en forma de filtros fronterizos de tipo sanitarios, como en la exigencia de tener ciertas vacunas antes de entrar a un país, se intensificaron aún más ante la crisis sanitaria por la COVID-19. En México los protocolos y los filtros en temas fronterizos se pueden encontrar en documentos como los *Avisos preventivos de viajes a países con transmisión local comunitaria del nuevo coronavirus*, a partir del publicado a inicio de 2020, y que en sus publicaciones posteriores fue integrando más recomendaciones y delimitaciones.

Por ejemplo, en el aviso epidemiológico del 30 de enero de 2020 se enlistan cada una de las prefecturas de la provincia de Hubei, China, que representan un riesgo de contacto y que implicarán que se pondrá bajo investigación a la persona, aunado a esto se sugieren evitar viajes no esenciales o bien sencillamente posponerlos (Secretaría de Salud, 30 enero 2020). Más adelante, en los avisos como el del 14 de marzo de 2020 y el *Aviso preventivo de viajes internacionales por pandemia de COVID-19 causada por SARS-CoV-2 y sus variantes*

*genéticas [actualización] del 16 de agosto de 2021* se suman indicaciones como el protocolo de prevención de contagio por gotas y otras más como “las buenas prácticas (higiene de manos, estornudo de etiqueta y uso de mascarilla quirúrgica desechable)” (Secretaría de Salud, 26 enero 2021, p. 60), y los filtros sanitarios con medida de temperatura y limpieza de manos. Todos estos protocolos, de nuevo, con el fin último de mitigar, contener y reducir los contagios de COVID-19<sup>68</sup>.

Con lo dicho se está afirmando que efectivamente México contó con mecanismos jurídicos y de intervención que son semejantes al caso que analiza Foucault, sin embargo más allá de los dispositivos y estrategias que el Estado mexicano despliega el sujeto al que afecta no es idéntico al pobre inglés, aquí hablaremos más específicamente de poblaciones vulnerables, pues éstas son de las más afectadas tanto por las acciones gubernamentales, como por la enfermedad.

Entonces, pese a lo que el sentido común pueda decir de la afirmación sobre que el virus no discrimina es en cierto sentido falaz, porque aunque igualmente mata a las personas sin revisar sus ingresos y su nivel de estudios, el contexto en el que una persona de nivel socioeconómico vive es determinante para el modo en que es afectado por una enfermedad; un factor como el acceso a los servicios médicos ya es por sí solo un punto que va a definir si una persona sobrevive o no a una enfermedad; mientras que una población vulnerable, como puede ser la indígena, al no tener acceso a los servicios de salud o a la educación sobre la salud, va a ser más afectada por una enfermedad y será más probable que muera por ésta. Entonces, preguntémosnos ¿Quiénes son esas poblaciones vulnerables? A continuación algunos datos que revelan quiénes fueron los más vulnerados durante la pandemia y en qué sentido lo fueron:

“En los municipios no urbanos la letalidad era un 74% superior a la de los municipios ricos y un 18% superior a la de los municipios pobres urbanos (...) las tasas de contagio y de mortalidad en los municipios indígenas eran cuatro veces más altas que las de los municipios pobres (...) morían 20 de cada 100 personas con COVID-19. (...) La distribución de los fallecidos por grupos de edad muestra que la mayoría de

---

<sup>68</sup> Ya antes había mencionado la falta de rigurosidad en lo que respecta a filtros fronterizos, sin embargo a pesar de su poca severidad sí existieron aunque fuera en menor medida.

los que murieron de COVID-19 tenían entre 40 y 69 años (63%), las muertes de mayores de 70 años representan el 31%, y las de menores de 40 años, el 6%. (...) Los trabajadores manuales y operativos, las amas de casa, los jubilados y pensionados y los desocupados representan el 94% de los decesos” (Hernández, 2020, pp. 114-122).

De la serie de citas anteriores se pueden extraer las siguientes conclusiones, que por poblaciones vulnerables podemos identificar a personas de la tercera edad, trabajadores manuales, habitantes de zonas no urbanas, presumiblemente pobres e incluso indígenas. En conjunto se trata en su mayoría de clases sociales no acomodadas que, por ejemplo, ante las indicaciones gubernamentales sobre la suspensión de actividades no esenciales perdieron su sustento o bien tuvieron que seguir yendo a trabajar presencialmente pese al riesgo que esto suponía. Dejar de trabajar no era una opción. Si quisiéramos llevar al extremo esta situación podríamos reducirla a que se debe tomar la decisión de trabajar o no, si no se trabaja entonces se muere de hambre, pero si se trabaja entonces se exponen a morir contagiados por el virus.

Este hecho, el de que las poblaciones vulnerables fueran más afectadas por el virus, así como la decisión gubernamental de mantener la suspensión de actividades por apenas dos meses y medio, aún a pesar del pico de contagios que se vivía debe hacer que nos preguntemos si de verdad el interés último del Estado es mantener a su población viva.

Para responder a esta cuestión retomo un elemento que caracterizaba al pobre como individuo peligroso, tanto en Francia como en Inglaterra, se trata de la escasez, que por un lado era lo que hacía que el pobre se volviera explosivo y potencial fuente de revueltas<sup>69</sup>, pero al mismo tiempo era una condición del contexto, condición que debía ser evitada lo más posible por los gobiernos. Con esto sigo apuntando a que el pobre y el campesino eran peligrosos, no sólo en cuanto a su insania, sino también como puntos de desorden social y económico.

Con lo dicho la cuestión se torna de un matiz estrictamente económico, pues parece que aunque con diferencias en el caso mexicano también se trata de decisiones que premian la protección de la economía por sobre la salud; sin embargo veremos que esto sólo es parcial y aparente. Pues habrá que entender tanto a la economía como a la salud, como un conjunto

---

<sup>69</sup> Como es el caso de los llamados motines de subsistencia (Foucault, 1999c, p. 172)

de saberes, instrumentos, estrategias y aparatos que procuran sostener el Estado y la vida de las poblaciones, ambos con el mismo objetivo, por lo que aun en contra del sentido común y una lectura superficial veremos que proteger la economía de un país es procurar estos dos objetivos, aunque esto pueda implicar un desplazamiento a un segundo plano de una cuestión tan fundamental como la salud; al mismo tiempo una apuesta sobre la salud puede llevar a que la economía se ponga en segundo plano. En otras palabras, estamos hablando aquí de un cálculo en el que se tratan de equilibrar, por un lado, la apuesta por la salud aún a pesar del cuidado de la economía, por ejemplo con la decisión de suspender las actividades no esenciales; y, por otro lado, la apuesta por el cuidado de la economía aún a pesar del descuido de la salud de las poblaciones vulnerables.

Por el momento no tengo el objetivo de emitir un juicio a favor o en contra, se trata simplemente de evidenciar que detrás de la salud hay también un cálculo que en buena medida determina las acciones gubernamentales al respecto. Para ser más puntuales al respecto recupero un fragmento del filósofo comentarista de Foucault, Castro Gómez, que dice:

“Acontecimientos tales como la epidemia o la escasez, que no pueden ser entendidos en términos de normalidad o anormalidad, sino en términos de peligrosidad. Qué tan peligroso es un acontecimiento para la estabilidad política del Estado, para el conjunto de la población, para las finanzas públicas, para la democracia, etc. Se trata, pues, de calcular el "índice medio" a partir del cual una epidemia, un huracán, el desplome de la Bolsa o una ola de inmigrantes podrían ser calificados de acontecimientos más o menos peligrosos” (Castro-Gómez, 2010, p. 79-80).

Aunque si bien ya no se puede hablar de una escasez del mismo modo que ocurría en el siglo XVIII, la peligrosidad de los eventos tendrá que ser medida, lo mismo que la peligrosidad de las acciones y sus potenciales consecuencias. Así, suspender las actividades respondía al peligro de salubridad y reactivarlas bajo el nombre de *nueva normalidad* respondía al peligro del rezago y no movimiento de la economía. Finalmente, con esto cierro lo respectivo a la medicina de la fuerza de trabajo, última sección de la presente investigación y doy pie a las conclusiones.

## CONCLUSIONES

El cierre de esta investigación está dividido en dos secciones, la primera, que recupera los objetivos generales y secundarios, así como las hipótesis, y los conjunta en forma de un recuento de las ideas más importantes que rondaron todo lo largo del presente escrito; por otro lado, la segunda parte consiste en una revisión y crítica de algunas de las consecuencias extraídas de los puntos revisados previamente. Más concretamente, en la primera sección me doy a la tarea de retomar las dos hipótesis principales, 1) esa donde expreso la sospecha de que México es partícipe de una racionalidad gubernamental de tipo biopolítica; 2) y esta otra en la que sostengo la idea de que el comportamiento de México ante la COVID-19 tiene un antecedente en la Europa del siglo XVIII. En la segunda sección, entonces, me encargo de explorar algunas de las consecuencias de que México goce de una racionalidad biopolítica, guiada por el saber médico e intervenida por el capitalismo; las consecuencias a las que estoy refiriéndome son, por ejemplo, que el saber médico produzca muerte, que el sujeto peligroso sea al mismo tiempo el más vulnerable, o bien, que un camino para la satisfacción de la salud sea el mercado de la salud. A continuación expondré exhaustivamente ambas secciones.

### *Indagaciones sobre la racionalidad regente*

Como ya mencionaba antes esta primera sección trata de recuperar ideas centrales de todo el desarrollo de la presente tesis, es por eso que en este momento me remito a una de esas ideas que abrieron la investigación en un principio y que fueron planteadas primero como hipótesis, como sospechas o suposiciones, y que detrás de un arduo trabajo de lectura se convirtieron en objetivos generales y específicos, luego en argumentos y ahora en conclusiones. Así, de frente a la crítica situación que vivió el mundo a causa de la pandemia por COVID-19 y acompañado por una lectura de las conferencias de Río de Janeiro de Foucault, surge la observación de que la humanidad ya ha vivido otras epidemias y que en su momento también se hizo uso de medidas como el aislamiento social y la vacunación. Con esto, entonces, viene la primera hipótesis: que la gran mayoría de las políticas públicas de salud, estrategias, mecanismos, tecnologías y acciones que México desplegó para hacer frente a la pandemia tienen un antecedente en la Europa del siglo XVIII y poseen un nombre común, que es bajo el que Foucault los analiza, el de medicina social (medicina de Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza de trabajo respectivamente). Seguido de esto, la siguiente hipótesis concuerda más con una lectura de *Historia de la sexualidad: Voluntad de saber* en donde el

concepto de biopolítica está más madurado y es posible transpolar<sup>70</sup> algunas de las aseveraciones que el filósofo francés hace acerca de un tipo de gubernamentalidad administrativo, no punitivo, para el caso mexicano y, ahora sí, lanzar la siguiente hipótesis: que México goza de un tipo de gobierno que tiene por objetivo el cuidado y la potenciación de la vida, y que en la situación que la pandemia representó, entonces, el saber médico jugó un papel fundamental en configurar la racionalidad regente dentro del país. Sin embargo, como es bien sabido estas hipótesis tendrían que volverse objetivos de investigación, a saber, si se podían argumentar y demostrar, o no.

Entonces, más específicamente mi primer objetivo, mas no el más importante, es el de caracterizar el comportamiento de México frente a la pandemia, para comprender los alcances de su acción. Para esto viene bien remitir al concepto de *medicalización indefinida* que como ya vimos surge como una manera de explicar el profundísimo alcance que llega a tener la medicina dentro de la vida de la población, pero también para las decisiones que un gobierno puede tomar en prácticamente cualquier espacio de la vida pública, llegando incluso a trastornarla radicalmente en situaciones de crisis. La medicalización indefinida, pues es esto a lo que nos remitimos cuando damos cuenta, primero, que la medicina obtiene un sentido positivo en el que produce la salud y, segundo, por lo tanto, interviene en tantos espacios le sea posible, yendo desde poseer la facultad de organizar y diseñar el espacio urbano, hasta limitar el rito mortuario, desde mediar el contacto persona con persona hasta imprimir advertencias de contenidos en todos los productos para el consumidor. Acerca de este punto ya he hablado suficiente. Entonces el hecho es que la medicalización indefinida aporta a la idea de que en la actualidad la medicina ha logrado un alcance ilimitado, ejerciendo un poder tan amplio como la magnitud de sus objetivos.

A pesar de lo dicho, el concepto de medicalización indefinida es excesivamente amplio y abarca algunos elementos que están fuera de los intereses del presente trabajo. Ya antes mencionaba como una advertencia preliminar, que en ningún momento el objetivo de esta investigación sería el de entrometerse con el grueso del conocimiento médico, eso sencillamente no me corresponde, por el contrario, se trata de indagar en las condiciones que

---

<sup>70</sup> La intención aquí no es afirmar que el gobierno mexicano es la encarnación de la biopolítica Foucaultiana, esa investigación está fuera de los alcances del presente trabajo, sin embargo, sí es valioso hacer los enlaces que pueden vincular, al menos parcialmente, al saber médico y sus dispositivos con el concepto de biopolítica.

posibilitan la existencia de un saber, de una racionalidad, de ciertos fenómenos actuales, como es el caso de la COVID-19. Entonces, como ya mencionaba la medicalización indefinida abarca también temáticas que hemos de considerar estrictamente médicas, no sociales, y por eso debemos acotarlo a los límites de este trabajo, que es la medicina en su vínculo con lo social. Así, uno de los fenómenos contemporáneos que mejor ilustran la nueva relación que existe entre el Estado y la salud de sus poblaciones es el de la seguridad social.

¿Por qué me interesa hablar de la seguridad social aquí? Porque además de representar un paradigma nuevo para la relación Estado – salud, también es uno de esos elementos que junto con el sistema de salud pública la población tuviera acceso a los servicios de salud que le salvarían la vida durante la pandemia. Ahora, este nuevo paradigma de salud<sup>71</sup> en el que por primera vez hay un interés auténtico de las naciones por la salud de su población, es el marco en el cual se seguirá procurando el despliegue de todos los medios para salvaguardar a la población del mortífero virus.

Pero como ya adelantaba, esos medios que México despliega ya los encontramos en otras épocas y en otros países al hacer frente a sus propias problemáticas de salubridad<sup>72</sup>, y son precisamente éstas las que Foucault identifica como medicinas sociales y que identifica de acuerdo con sus cualidades y su procedencia; habla de la medicina de Estado, propia de Alemania, de la medicina urbana proveniente de Francia y de la medicina de la fuerza de trabajo de Inglaterra. El interés al nombrar a cada una de estas medicinas no es ser exhaustivo y volver a señalar sus características, las semejanzas y experiencias que las vinculan con el comportamiento de México frente a la pandemia, esto ya se hizo en el grueso del presente texto; se trata simplemente retomarlas superficialmente para afirmar con mayor severidad la próxima conclusión.

Entonces, veamos a grandes rasgos las cualidades generales de cada una de estas medicinas. Para empezar hablaré de la medicina de Estado, la cual en el contexto de la Alemania del siglo XVIII se identificaba por haber modelado una medicina que respondiera a la necesidad de cohesión del territorio, entonces se acudió al poder del Estado como ese

---

<sup>71</sup> El Plan de Beveridge en Europa en el periodo final de la segunda guerra mundial y al derecho a la salud como un derecho ciudadano en México son sólo un par de eventos que reafirman la presencia de este nuevo paradigma.

<sup>72</sup> Esto está expuesto puntualmente a partir del capítulo IV del presente texto.

instrumento capaz de establecer los criterios bajo los cuales a la medicina le sería adecuado desplegarse; dicho de otro modo, el Estado dotaría al médico de un poder que lo facultaba para la administración de la población. De tal suerte que el médico ocuparía puestos administrativos dentro del gobierno, dando pie a la existencia de una autoridad médica centralizada que modula la práctica médica, mientras que, por otro lado, también se dio pie un proceso semejante en cuanto a la enseñanza médica, regulando lo que se enseña y a quién lo practica. En el contexto mexicano este fenómeno tiene lugar antes y durante la COVID-19 en forma de las autoridades médicas que dirigirían al país para hacer frente a la crisis, en esta ocasión liderado por la Secretaría de Salud y sometiendo a las demás secretarías a su ordenamiento, pero acompañada por el IMSS y el ISSSTE<sup>73</sup>. En cuestión de educación, por ejemplo, el país cuenta con organismos como es la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina, y el Consejo para la Acreditación de la Educación Médica.

En segundo lugar está la medicina urbana, ésta tiene lugar en Francia y sus problemáticas principales son, uno, la falta de higiene y el hacinamiento en las ciudades, dos, la presencia de individuos peligrosos para la sanidad de la población. En respuesta a estas cuestiones se despliega un tipo de medicina que se caracteriza por ser positiva e intervenir el ambiente en favor de procurar la salud de la población, esto se logra a partir del rediseño urbano, uno que solucionara los problemas de sanidad de las ciudades muralla y que, por otro lado, logra neutralizar la peligrosidad de los individuos peligrosos a partir, por ejemplo, de la reubicación de los cementerios y de la renovación de los hospitales. De nuevo, este tipo de acciones no son muy diferentes a las que México implementó desde antes de la pandemia y que siguió usando durante ésta. El caso de la epidemia de *la bola* en Jalisco y la posterior reubicación de cementerios hacen notar que la atención sobre el diseño de las ciudades es, de hecho, fundamental para la salud de la población; mientras que, ya en lo que respecta a la pandemia por COVID-19, lineamientos sobre el manejo masivo de cadáveres, como de comportamiento en espacios abiertos y cerrados nos hacen notar cómo, de hecho, existe un individuo peligroso que debe ser atendido en el espacio público urbano.

---

<sup>73</sup> No hay que pasar por alto que estas instituciones se ven antecedidas por una larga fila de transformaciones en el sistema de salud público mexicano.

Finalmente, acerca de la medicina de la fuerza de trabajo, ésta es característica porque aborda a la población en función a su productividad y su utilidad para el Estado, entonces en este caso la salud va a ser instrumental al punto en que los mecanismos que se imponen para procurar la salud de la población son dirigidos a los pobres, que son al mismo tiempo los individuos peligrosos, y procurarán neutralizarlos a partir de hacerlos productivos, logrando así cumplir con el doble objetivo de solucionar problemas de salubridad y hacer a la población no productiva productiva. Vale decir que en parte el pobre era peligroso por el hecho de que su miseria le evitaba ser capaz de procurarse salubridad y salud, volviéndolo un punto de infección. Entonces, en el caso mexicano lo que encontramos es que sigue habiendo cierto interés vinculado con la utilidad de la salud para el sostén del país, esto se notó, por ejemplo, durante el siglo pasado cuando el derecho a la salud era primero más un derecho del obrero que del ciudadano en general, y más actualmente en tanto que la población más vulnerada por el COVID-19 era al mismo tiempo la más peligrosa, misma que debía trabajar y seguir manteniendo al país activo económicamente.

Acerca de este punto ahondaré más adelante en la siguiente sección de mis conclusiones, sin embargo, por ahora baste con decir que la hipótesis planteada se contestó satisfactoriamente con un sí, es verdad que el comportamiento de México de frente a la pandemia goza de un importante antecedente en experiencias europeas que son propias de la medicina social; incluso se ha ido un poco más allá al poder afirmar que en algunos casos estas respuestas son casi paralelas, ya bien como antecedentes o como acciones en el presente.

Partiendo de lo anterior surge la siguiente hipótesis y el siguiente objetivo, que en mi apreciación resulta aún más importante que el primero en tanto que tiene un tono más filosófico y adquiere una profundidad que es más que la comparación de los medios para hacer frente a la crisis en circunstancias distintas. Entonces, como tal este segundo objetivo consiste en indagar sobre la racionalidad detrás de la gubernamentalidad regente en el panorama de crisis sanitaria por la pandemia en México.

Para este caso los dos conceptos más importantes son el de racionalidad y el de gubernamentalidad. Acerca de estos ya hablé con anterioridad, sin embargo vale la pena recordarlos aunque sea superficialmente, así partiendo de que el Estado sigue siendo Estado

más allá del tipo de gobierno que sostenga, entonces la gubernamentalidad puede a su vez ser cambiante, por eso cuando Foucault habla de lo que ésta es menciona instituciones, procedimientos, técnicas y cálculos, pero sin especificar cómo se comportarán o a qué objetivos servirían. Entonces lo que más interesa saber es a qué objetivo (reglas) obedece esta serie de elementos que constituyen la gubernamentalidad.

Como ya mencionaba antes la discusión sobre si en la actualidad se puede hablar punto por punto acerca de gobiernos biopolíticos excede los alcances de esta tesis, sin embargo, por eso me limito a hablar de biopolítica sólo en el estado en el que se encuentra el concepto en la obra *Historia de la sexualidad: voluntad de saber*; en consecuencia se entiende primordialmente como una tecnología de gobierno que ya no centra su poder en un soberano con la facultad de matar y hacer vivir, por el contrario esta racionalidad política para ejercer su poder haría uso de la administración de la vida de sus poblaciones<sup>74</sup>, transformando ese antiguo derecho soberano por un hacer vivir y dejar morir. Una racionalidad como esta, entonces, tiene entre sus objetivos el proteger y potenciar la vida; llegando al punto en que este objetivo es tan importante que es el que guía totalmente la acción de los Estados, sin embargo, no por eso hay que entender que la protección de la vida consiste en algo unilateral, como podría ser la labor de un paramédico salvando de un paro a un paciente. Procurar la vida en un nivel Estatal es una labor compleja que no se limita a la pura salud y que, por el contrario, introduce a todos los niveles de acción gubernamental, yendo desde la institución médica, hasta la económica y todas las demás. Más adelante abordaré este punto.

Por ahora baste con decir que al momento de recapitular cada una de las acciones, estrategias, medidas, tecnologías, etc., que México desplegó durante la pandemia es evidente que la intención fue proteger la vida de su población, ya que contó con el saber médico como instrumento y brújula para guiar el comportamiento del país en general. Dicho en otras palabras y a calidad de respuesta al segundo objetivo, se puede concluir que en el caso mexicano el saber médico aparece como la guía en la base de toda acción para proteger la

---

<sup>74</sup> Una manera en la que la biopolítica se aplica es por medio de este *juego de libertades*, que no es otra cosa más que administración de la vida, por medio de la dotación de libertades a la población y provocando que los objetivos de ésta se correspondan con los del Estado, de manera que los persigan en la creencia de que son los suyos propios.

vida, especialmente ante la crisis sanitaria por la pandemia; al mismo tiempo, siendo este saber médico de tipo social una consecuencia de una racionalidad enfocada en procurar y potenciar la vida.

Es importante notar que a pesar de que aquí pudiera parecer que se está aplaudiendo de sobremanera el actuar del gobierno mexicano, esto no es así, se trata simplemente de reconocer qué condiciones son las que posibilitan la aparición y el despliegue de las medidas mexicanas; aún queda preguntarse hasta qué punto la sana racionalidad médica no fue vulnerada por el deleznable juego partidista de los mandos políticos. Aun queda mucho que criticar, sin embargo en esta ocasión esta crítica estará dirigida a pensar en las problemáticas que surgen de que el Estado sostenga interés por la vida de su población, así en el saber médico, y al mismo tiempo lleve a cabo acciones que beneficien a la economía aún en contra del saber médico y afectando a la vida la población.

#### *Crítica a la racionalidad regente*

La presente problemática por revisar surge como una inquietud motivada por ciertos eventos en particular que pusieron en duda las hipótesis principales, muy concretamente se reduce a las siguientes cuestiones. Como ya revisamos es cierto que en buena parte México actuó movido por una sana racionalidad médica, sin embargo, aun a pesar de ellos hubo ciertas acciones las cuales, al menos en una primera lectura, resultaban completamente incompatibles con la idea de que en este país se procuraba proteger la vida; por ejemplo, el hecho de que la suspensión de labores no esenciales a nivel nacional durara un periodo tan corto y que se afectara tan severamente a las poblaciones vulnerables, que no hubiera cierres fronterizos como sí los hubo en otros países o que la medicina permitiera el uso de medicamentos con eficiencia no comprobada. En conjunto estos eventos hicieron que surgiera la pregunta sobre si, por ejemplo, ¿el Estado era consciente de las muertes que se causan por estas decisiones? ¿El Estado las permite deliberadamente? ¿Cómo puede un Estado simultáneamente asumirse protector de la vida de la población y mandar al matadero a su población? Aunque en lo extenso del presente texto ya mencioné superficialmente estas problemáticas a continuación las atiendo con más detenimiento.

Antes ya lo mencioné y lo vuelvo a sugerir, que si estos eventos tienen lugar es porque al saber médico y su función como brújula para el Estado choca con otro fenómeno que

también orienta el actuar del Estado, me estoy refiriendo a la economía liberal y al mercado<sup>75</sup>. A primera vista podría parecer que éstas son opuestas y contradictorias, y que cuando una se sobrepone la otra debe ser ignorada, en este caso teniendo la consecuencia de que el Estado deje de preocuparse por proteger la vida de la población a fin de salvaguardar la economía, pues pensemos en qué grado se puede consentir, por ejemplo, permitir que las personas salgan a trabajar existiendo el riesgo latente de morir a causa del virus ¿Qué tan diferente es eso del viejo derecho soberano de hacer morir? ¿Acaso el Estado está cuantificando el valor de la vida de su población con base en un promedio de salarios mínimos? Sin que este razonamiento deje de ser profundamente criticable, veamos en qué sentido la salud y la economía no son estrictamente contradictorios.

Para atender a esta problemática es necesario introducirse a un par de conceptos más como son el de cálculo de muerte, peligrosidad y ética de la salud pública, bajo el contexto de la crisis de la medicina, tal y como lo señaló Foucault en una de sus conferencias de Río de Janeiro. Bien, para empezar ¿A partir de qué experiencia es posible hablar de cálculo de muerte? Con esto me estoy remitiendo a algunas de las acciones gubernamentales que mencionaba anteriormente, especialmente con las que se está poniendo en peligro a las poblaciones vulnerables y, todavía más en particular, a las que en contraparte implican un beneficio para la economía. El caso más notable para referirse a esto es la suspensión de labores no esenciales y, posteriormente, la reapertura bajo un modelo de *nueva normalidad*.

Hay que decir lo siguiente, incluso durante la suspensión de labores el ciudadano más pobre debía seguir yendo a trabajar y exponiéndose al virus, pues de otra manera estaba en peligro de morir de hambre; por otro lado, también importante, vale decir que el levantamiento de la suspensión de labores obedece a la salvaguarda y reactivación económica del país, mientras que la nueva normalidad, con su semáforo epidemiológico figuran como un intermedio en el que se pretende proteger la vida de la población sin sacrificar la actividad económica de la nación. Dicho de otro modo, aquí se confrontan el saber médico y los intereses de la economía del país.

---

<sup>75</sup> Foucault en *Seguridad, territorio y población* habla largamente de cómo hay ciertas condiciones contextuales, como la economía, capaces de determinar la acción de una nación, a estos les llama *regímenes de veredicción* (Foucault, 2007b, pp. 45-50).

De nuevo aquí surge la pregunta sobre si es que existe alguna contradicción en el hecho de que el Estado mexicano haya puesto en riesgo a estas poblaciones al levantar la indicación de suspender la labores y, por otro lado, apostar por la reactivación económica del país. A continuación, mi argumento es que esta contradicción es sólo aparente, en tanto que en última instancia el país también salvaguarda la vida de su población al cuidar de su economía, pues así evita la condenable experiencia de escases<sup>76</sup>.

Entonces esto a lo que estoy llamando *cálculo de muerte* no se inclina a la salvaguarda de la economía sólo por la economía misma, sino en un intermedio en el que se sigue pretendiendo cuidar la estabilidad del país junto con su población, uno que evite una situación más crítica o bien, que represente un fulminante fin para el Estado y su población. De nuevo, vale la pena preguntarse si aquí se puede hablar de un estado de excepción provocado por la crisis sanitaria, del tipo que Agamben podría sugerir.

Entonces, este cálculo de muerte tendría por función medir la proporción de vidas que es aceptable perder en contra del costo económico que es aceptable pagar. No olvidemos que son estos matices los que evitan el desorden y la crisis de una nación. Sin embargo, diferente de lo que podría parecer este no es un fenómeno aislado, existen al menos dos espacios más en los que se aplica el mismo razonamiento de cálculo, se trata de la criminalidad y el liberalismo. Acerca del liberalismo la siguiente referencia extraída del texto *Seguridad, territorio y población* es útil:

“De ese modo ya no habrá escasez en general, con la condición de que para toda una serie de gente, en toda una serie de mercados, haya cierta escasez, cierta carestía, cierta dificultad para comprar trigo y por consiguiente cierta hambre; después de todo, bien puede ser que algunos se mueran de hambre” (Foucault, 2004a, p. 62).

---

<sup>76</sup> No olvidemos que Foucault al revisar el caso de Francia nos hace énfasis en que la escases es esa experiencia que los países deben evitar: “La escasez es para los gobierno, o en todo caso para el gobierno francés de los siglos XVII y XVIII, el tipo mismo de acontecimientos que debe evitarse, por una serie de razones que saltan a la vista (...) para el gobierno, la más dramática. La escasez es un fenómeno cuyas consecuencias inmediatas y más sensibles se manifiestan en primer lugar, por supuesto, en los medios urbanos (...) Sea como fuere, se manifiesta en los medios urbanos y entraña casi de inmediato, y con mucha probabilidad, la revuelta. Ahora bien, desde las experiencias del siglo XVII, la revuelta urbana es desde luego la gran cosa que el gobierno debe evitar” (Foucault, 2004a, p. 46).

Este fragmento se escribe en el contexto de Francia del siglo XVIII, en donde los fisiócratas de la época teorizaban acerca de los beneficios y defectos de permitir que el Estado se moviera siguiendo el ideal de un mercado liberal. Lo que debe parecer alarmante de este fragmento está en que se permite aún a pesar de que, integrado en la racionalidad gubernamental, permita con conocimiento que personas mueran, los más vulnerables desde luego.

Por otra parte, la criminalidad es ese otro espacio en el que el Estado permite deliberadamente la muerte de las personas, en la medida en que parte de la afrenta contra el crimen nunca tiene como objetivo eliminarlo totalmente, sino mantenerlo dentro de los límites de lo económicamente permisible<sup>77</sup>.

Lo que está ocurriendo aquí, al igual que en el caso del liberalismo económico, es que se está introduciendo a la criminalidad en una suerte de cálculo económico en el que se mide su peligrosidad<sup>78</sup> y su costo, al igual que con lo fisiócratas franceses que permitían la muerte de algunos a fin de evitar la escasez para todos los demás; así, del mismo modo, el cálculo que se está haciendo en el caso de la COVID-19 es muy semejante al de los fisiócratas, pues se está aceptando poner en riesgo a cierta población vulnerable, porque de esta manera se salvaguarda un elemento que en caso de flaquear comprometería al resto de la población, ese elemento es la economía.

Para seguir ejemplificando este punto acudo a un concepto que figura dentro de las prácticas que tienen lugar en México, dentro de su sistema de salud, se trata de la ética de la salud pública; a grandes rasgos ésta sigue a un razonamiento en el cual siempre será preferible proteger a la salud pública, aún si esto implica vulnerar la de un solo individuo. Gran parte de la acción gubernamental en contra de la COVID-19 se caracterizó por esto, el triaje médico se guio con esta lógica, el manejo masivo de cadáveres también y muchos otros espacios.

---

<sup>77</sup> Las consecuencias aquí mencionadas son extraídas del siguiente fragmento: "Instead of a deviant, irrational, not entirely human person, neoliberalism conceives of the criminal as a rational entrepreneur seeking to maximize profits while keeping cost down" (Horvat, M. y Lovasz, A. 2020, p. 148).

<sup>78</sup> La peligrosidad es una noción importante para la gestión de crisis, pues es con ella que se logra comprender el costo económico de una situación crítica, como en el caso de la enfermedad, de la miseria en el liberalismo y de la criminalidad en la seguridad pública.

Finalmente, de entre las acciones mencionadas que hacen que el Estado vulnere la vida de sus poblaciones hay uno más a criticar que quise dejar aparte, pues éste merece su atención particular en la medida en que hace referencia a lo que Foucault llamó la *crisis de la medicina*, se trata del caso de iatrogenia del que México formó parte. La iatrogenia positiva es cuando el médico tiene conocimiento pleno de las consecuencias y riesgos que tiene sobre una persona la aplicación de un tratamiento, en el caso de la iatrogenia negativa se ignora esas consecuencias, pero siguen existiendo. Para hablar de esta cuestión existe un documento oficial titulado *Uso de medicamentos de eficacia no demostrada en pacientes con COVID-19 en hospitales de la república mexicana* en el cual el gobierno mexicano admite sus limitantes en el conocimiento de la enfermedad y se adhiere al principio de no dañar, sin embargo, también afronta el hecho de que la mayoría de los medicamentos aplicados son de “sustento débil y con la posibilidad de causar daño” (Gobierno de México, 5 agosto 2020, p. 4). Aquí regresamos a uno de las artistas de la medicina con las que Foucault es más crítico, que tanto en su conocimiento como en su ignorancia la medicina mata. Lo grave aquí es que el Estado sabe que la medicina mata y a pesar de esto la ejerce, y la permite ¿No es acaso ésta otra manera en la que se vulnera e incluso hasta se mata a la población?

Hasta aquí estas son las conclusiones que se pueden extraer de la lectura de Foucault y de revisar detenidamente las consecuencias del actuar de México frente al virus; sin embargo, siguen siendo profundamente criticables y deben provocar que nos replanteemos el grado de deshumanización que evidentemente produce vivir bajo un mundo capitalista, un mundo en el que de manera terrible se habla de un Estado que conscientemente dejaría morir a parte de su población.

Aquí puede surgir esa pregunta inacabable, pero tramposa sobre qué preferir ¿Será acaso que el fin justifica los medios? Este dilema ético nos orilla a elegir si es válido matar a unos cuantos con el fin de salvar a los demás, el sacrificio parece válido; o si bien es preferible salvar a los menos aunque la mayoría muera. Yo sugiero pensar en los siguientes términos: cualquier decisión que te orille a elegir la muerte de unos o de otros es inelegible, valdría más la pena luchar infatigablemente por un camino en el que se salvaran todos.

Este razonamiento, tengo que admitir, no es mío, sino resultado de una conversación con un amigo y un par de ideas discutidas sobre la muerte de Rosa Luxemburgo y también

lo que Herbert Marcuse comentó al respecto. Entonces, sumidos en un negro y blanco donde las opciones eran los gobiernos fascistas, con sus bien conocidas aberraciones contra la humanidad, o el comunismo, con sus muy criticables prácticas, la respuesta sobre hacia donde inclinarse se tornaba igual de truculenta como ese dilema que recién comento. Evidentemente el fascismo no es siquiera una opción viable y el comunismo con sus malos tragos sólo se puede aceptar de mala gana, sin embargo, y me alegro de esto, surgió una tercera respuesta con un tono más optimista. Parafraseo: no hay posicionamiento político o movimiento que valga la pena seguir si por él debe morir Rosa Luxemburgo. La idea me pareció brillante y modificó contundentemente mis posicionamientos políticos de ahí en adelante. Es bien sabido que en el mundo no hay nada blanco y puro, y que es muy probable que si se trata de elegir partidos políticos esta razonamiento no funcione y se nos trate de utópicos, cayendo en una suerte de mutismo o inacción; sin embargo, creo fielmente que a pesar de que las utopías por definición no se pueden cumplir, éstas existen para imaginar futuros mejores donde la miseria no existe, para hacer de brújulas y buscar siempre la tercera opción, esa donde se rompen finalmente todas las cadenas.

Con esto cierro mi crítica y mi conclusión, pues ahora que pareciera que capitalismo y salud no se oponen, y que el Estado justifica y hasta legitima la muerte de su población, yo sigo deseando fervientemente el camino que lucha incasablemente por el fin de la miseria.

## REFERENCIAS:

- Aguilar, A. (2014) *Importancia de la limpieza higienista en la arquitectura hospitalaria de los siglos XIX y XXI*. Revista Avance, Vol. 5. No. 2. pp. 2-7.
- Alejandro Cortés-Meda, Guadalupe Ponciano-Rodríguez (2021) *Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México*, Boletín sobre COVID19. Vol. 2, n° 17, 4 de mayo de 2021. pp. 9-13.
- El cuestionario que debes llenar antes de volar (17 junio 2020) *El Universal*.  
<https://www.eluniversal.com.mx/destinos/el-nuevo-cuestionario-que-debes-llenar-antes-de-viajar-en-avion>
- Alfaro-Alfaro, N. (2014) Los determinantes sociales de la salud y las funciones de la salud pública social. *Revista Médico científica de la Secretaría de Salud de Jalisco*. Año 1, Número 1. enero-abril 2014.
- Althusser, L. (1980) *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Siglo veintiuno editores. pp. 183 - 206 (Obra original publicada en 1970).
- Barrientos-Gutiérrez T, Alpuche-Aranda C, Lazcano-Ponce E, Pérez-Ferrer C, Rivera-Dommarco J. (2020). *La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19*.;62:598-606. <https://doi.org/10.21149/11606>
- Beveridge, W. (1989) *Seguro Social y Servicios Afines. Informe de Lord Beveridge*. Trad. Carmen López Alonso. Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Bello-Chavolla OY, Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Díaz A, Márquez-Salinas A, Fermín-Martínez CA, Naveja JJ, Aguilar-Salinas CA. (2020) *Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico*. J Clin Endocrinol Metab. 2020 Aug 1;105(8):dgaa346. doi: 10.1210/clinem/dgaa346. PMID: 32474598; PMCID: PMC7313944.
- Benito y Alonso, E. (1866). *Sistemas de limpieza, calefacción, ventilación y purificación de los hospitales*. Imprenta de Antonio Peñuelas, Madrid. Recuperado de [http://books.google.com.gt/books?id=KjJRaDO\\_SJ4C&printsec=frontcover&dq=B](http://books.google.com.gt/books?id=KjJRaDO_SJ4C&printsec=frontcover&dq=B)

ENITO+LIMPIEZA&hl=es&sa=X&ei=TZbMU\_eXD5GgyAS954J4&ved=0CCYQ6AEwAA#v=snippet&q=limpieza&f=false

Burdiles P. y Ortiz A. (2021) El triaje en la pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Revista Médica Clínica las Condes*. 32 (1) pp. 61-74.

Burdiles, P. y Pommier, O. (2021) *El triaje en pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez*. Revista Médica Clínica las Condes. 31 (1) pp. 61-74.

Marx C. y Engels F. (1974) *Obras Escogidas, en tres tomos*, Editorial Progreso, Mosc.

Castro-Gómez, S (2010) *Historia de la gubernamentalidad, Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo Michael Foucault*. Siglo del Hombre Editores.

Chomali M., Arguello C. (2021) Algunas consideraciones sobre la organización del sistema sanitario frente a una pandemia. *Revista Médica Clínica las Condes*. 2021, 31 (1) pp. 30-35.

Cortés, M (2020) Coronavirus como amenaza a la salud pública. *Rev. Med. Chile*: 148, pp. 123-129.

Cortés-Meda, A. y Ponciano-Rodríguez, G. (2021) *Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México, Boletín sobre COVID19*. Vol. 2, n° 17, 4 de mayo de 2021. pp. 9-13.

Dabanch J. (2021) Emergencia de SARS-CoV-2. Aspectos básicos sobre su origen, epidemiología, estructura y patogenia para clínicos. *Revista Médica Clínicas las Condes*. 32 (1) pp. 14-19.

De La Guardia Gutiérrez M. A., Ruvalcaba Ledezma J. C. (2020) *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. JONNPR. 2020, Vol. 5(No. 1) pp. 81-90.

Fernández-Cantón SB. (2012) *Perfil epidemiológico de los grupos vulnerables en México*. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: <https://bit.ly/3nKFW5A>.

- Foucault, M. (1982) *La imposible prisión: debate con Michel Foucault*. Traducción de Joaquín Jordá. Editorial Anagrama.
- Foucault, M. (1999a) *Las mallas del poder*. Ed. Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Estrategias de poder (pp. 235-247) Editorial Paidós.
- Foucault, M. (1999b) *La incorporación del hospital en la tecnología moderna*. Edición y traducción de Ángel Gabilondo Varela. Estética ética y hermenéutica (pp. 97-110) Editorial Paidós.
- Foucault, M. (1999c) *El nacimiento de la medicina social*. Edición de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Estrategias de poder (pp. 363-384) Editorial Paidós.
- Foucault, M. (1999d) *¿Crisis de la medicina o de la antimedicina?* Edición de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Estrategias de poder (pp. 343-361) Editorial Paidós.
- Foucault, M. (1999e) *Las políticas de salud en el siglo XVIII* Edición de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela. Estrategias de poder (pp. 327-342) Editorial Paidós.
- Foucault, M. (2004a) *Seguridad, Territorio y Población*, Traducción de Horacio de Pons, Argentina, Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004b) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Traducción de Francisca Perujo. Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2007a) *Historia de la sexualidad I - La voluntad de saber* (Traducción de U. Guiñazú). Siglo veintiuno editores (Obra original publicada en 1976).
- Foucault, M. (2007b) *El Nacimiento de la Biopolítica*, Traducción de Horacio de Pons, Argentina, Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- García-Saisó S, Marti M, Brooks I, Curioso W H, González D, Malek V. (2021) Infodemia en tiempos de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e89. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89>
- Gila R., Bitarb P., Dezaa C., Dreysea J., Florenzanao M., Ibarraa C., Jorqueraa J., Meloa J., Henry, Olivia, Paradaa M.T., Rodrígueza J., Undurragaa A., (2021). Cuadro Clínico del COVID-19. *Revista Médica Clínica las Condes*. 2021; 32 (1), pp. 20-29.

- Gobierno de México (07 abril 2020) *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos abiertos*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento\\_Espacios\\_Abiertos\\_07042020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_Espacios_Abiertos_07042020.pdf)
- Gobierno de México (marzo 2020) *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamiento\\_Espacio\\_Cerrado\\_27032020\\_2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamiento_Espacio_Cerrado_27032020_2.pdf)
- Gobierno de México (05 agosto 2020) *Uso de medicamentos de eficacia no demostrada en pacientes con COVID-19 en hospitales de la República Mexicana*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/08/Usos\\_medicamentos\\_COVID\\_5Ago2020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/08/Usos_medicamentos_COVID_5Ago2020.pdf)
- Gobierno de México, CONACYT. (18 enero 2022) *COVID-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
- Gobierno de México, IMSS (15 enero 2021) *Presentan Gobierno Capitalino y Gobierno de México estrategia de Atención Especializada COVID en Casa e Incremento de la Capacidad Hospitalaria*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202101/22>
- Gómez-Dantés, O. y Frenk, J. (2019) Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *Salud Publica Mex.* 61(2) pp. 202-211.
- Gonzales, M. (12 febrero 2021) Coronavirus en México: cómo el país se convirtió en un oasis para turistas internacionales en medio de la pandemia (hasta para los que tienen que pasar cuarentenas). *BBC News world*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56035746>
- Hernández Bringas H. (2020) *COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. Notas de Población (CEPAL)*. 2020: 111: 105-132. Disponible en: <https://bit.ly/3h4nfs5>.
- Horvat Mark and Lovasz Adam (2020) *Foucault in the Age of COVID-19: Permitting Contingency in Biopolitics*. *Identities, Journal for Politics, Gender and Cultura*. Vol. 17. No. 1. pp. 144-153.

- Meyer, Rosa M. (1975) Instrucciones de seguridad social. *Proceso historiográfico Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas*. México, INAH, p. 60.
- Monereo, L. (2015) *William Henry Beveridge (1879-1963) La construcción de los modernos sistemas de seguridad social*. Revista de Derecho de la Seguridad Social, LABORUM. N. 4 (pp. 279-305).
- Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M. y Césarman, E. (1982) *Sociología histórica de las instituciones de salud México*, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Organización Mundial de la Salud (2020a) *Coronavirus Disease 2019 WHO Situation Report 42*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331353/nCoVsitrep02Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (marzo 2020) *Recomendaciones para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19*.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Coronavirus*. [http://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](http://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
- OMS (2014) *Documentos básicos*. 48ª edición. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- OMS (7 agosto 2020) *Definición de caso de COVID-19 utilizada por la OMS*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf)
- Ortega y Gasset J. (1964) *La rebelión de las masas*. Editorial ESPASA-CALPE.
- Patiño-Lugo, D., Vélez M., Velásquez S., Vera G., Vélez V., Marín I., Ramírez P., Pemberthy QS, Castrillón ME, Pineda HDA, Hernández G. (2020) Non-

pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection. *Colomb Med* 51(2):e-4266. <http://doi.org/10.25100/cm.v51i2.4266>

Rodríguez, A. y Rodríguez, M. (1998) Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. V. 5, N. 2. pp. 293-310.

Sánchez, O. y Verdugo, M. (2022) Intervención profesional del trabajo social ante el COVID-19 en el sistema hospitalario. En B. Espinosa, J. Quevedo y N. Fuentes (Eds.) *Trabajo social en el sistema de salud: Un análisis de la intervención en México*. (pp. 19-37) ACANITS.

Sánchez-González, M.A. (2021) Historia y futuro de las pandemias. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021; 32(1) pp. 7-13.

Sánchez-Talanquer, M., Gonzales-PierLa E., Sepúlveda J., Abascal-Miguel L., Fieldhouse J., del Río C., Gallalee S., Cárdenas E., Sekhir N., Flores M., Hatefi A., Sander K., (2021). *Respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*. Institute for Global Health Sciences. Ciencias de la Salud global de la Universidad de San Francisco (UCSF).

[https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la\\_respuesta\\_de\\_mexico\\_al\\_covid\\_esp.pdf](https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf)

Sánchez-Villena A.R., de La Fuente-Figuerola V. (2020) *COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? [COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing and lockdown: Are they the same?]*. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020 Jul;93(1):73-74. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.001. Epub 2020 May 11. PMID: 32507611; PMCID: PMC7211640.

Secretaría de Gobernación (23 marzo 2020) *ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia*. Diario Oficial de la Federación. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación (30 marzo 2020) *ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#gsc.tab=0)

Secretaría de Salud (mayo 2020) *Vigilancia Centinela*. Consultado 26 diciembre 2022. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Vigilancia\\_Centinela.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Vigilancia_Centinela.pdf)

Secretaría de Salud (06 mayo 2020) *Lineamientos de Manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2) en México*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia\\_Manejo\\_Cadaveres\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19.pdf)

Secretaría de Salud. (30 enero 2020) *Aviso epidemiológico, 30 enero 2020*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/530383/AVISO\\_EPIDEMIOLOGICO\\_nCoV-2019\\_30ENE2020\\_19hrsok.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/530383/AVISO_EPIDEMIOLOGICO_nCoV-2019_30ENE2020_19hrsok.pdf)

Secretaría de Salud. (14 marzo 2020). *Aviso preventivo de viajes con transmisión local comunitaria del nuevo coronavirus (COVID-19)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541495/APV-PAISES-COVID19-SARSCoV2\\_2020.03.14.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541495/APV-PAISES-COVID19-SARSCoV2_2020.03.14.pdf)

Secretaría de Salud. (21 enero 2020). *Aviso epidemiológico, 21 enero 2020*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527027/AE-Nuevo\\_Coronavirus\\_2019\\_nCoV.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527027/AE-Nuevo_Coronavirus_2019_nCoV.pdf)

Secretaría de Salud. (31 enero 2020). *Aviso preventivo de viaje a Hubei, China por infección respiratoria por Nuevo Coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/530342/UIES-APV-China-Infecion\\_Respiratoria\\_2019-nCoV-v04-30Ene2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/530342/UIES-APV-China-Infecion_Respiratoria_2019-nCoV-v04-30Ene2020.pdf)

Secretaría de Salud. (9 enero 2020). *Aviso preventivo de viaje a China por neumonía de etiología desconocida. 09 enero 2020*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/523554/APV-China-Neumonia\\_de\\_etiologia\\_desconocida.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/523554/APV-China-Neumonia_de_etiologia_desconocida.pdf)

Secretaría de Salud. (abril 2020). *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por 2019-NCoV abril de 2020.*  
[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento\\_de\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_de\\_enfermedad\\_respiratoria-\\_viral.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_de_vigilancia_epidemiologica_de_enfermedad_respiratoria-_viral.pdf)

Secretaría de Salud (15 febrero 2021) Aviso epidemiológico.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/616505/AvisoEpidemiologicoVariantesSARS-CoV-2\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/616505/AvisoEpidemiologicoVariantesSARS-CoV-2_.pdf)

Secretaría de Salud (enero de 2021) *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral.*  
[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Lineamiento\\_VE\\_y\\_Lab\\_Enf\\_Viral\\_Ene-2021\\_290121.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Lineamiento_VE_y_Lab_Enf_Viral_Ene-2021_290121.pdf)

Secretaría de Salud (16 agosto 2021) *Aviso preventivo de viajes internacionales por pandemia de COVID-19 causada por SARS-CoV-2 y sus variantes genéticas.*  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/662351/UIES-APV-PandemiaCOVID19\\_SARSCoV2\\_v12-03-2021Ago12.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/662351/UIES-APV-PandemiaCOVID19_SARSCoV2_v12-03-2021Ago12.pdf)

Secretaría de Salud (26 enero 2021) *Aviso preventivo de viajes internacionales por pandemia de COVID-19 causada por SARS-CoV-2 y sus variantes genéticas.*  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/614198/UIES-APV-Pandemia\\_COVID19\\_SARSCoV2\\_Variantes-v01.11-2021Ene26\\_ok-CoNaVe.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/614198/UIES-APV-Pandemia_COVID19_SARSCoV2_Variantes-v01.11-2021Ene26_ok-CoNaVe.pdf)

Senado de la República. (27 de mayo 2020). *Participación inicial de Hugo López-Gatell, en reunión a distancia con la Junta de Coordinación Política, presidida por Ricardo Monreal, con asistencia de la presidenta de la Mesa Directiva, y de senadoras y senadores de los Grupos Parlamentarios.*  
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/versiones/48234-participacion-inicial-de-hugo-lopez-gatell-en-reunion-a-distancia-con-la-junta-de-coordinacion-politica-presidida-por-ricardo-monreal-con-asistencia-de-la->

presidenta-de-la-mesa-directiva-y-de-senadoras-y-senadores-de-los-grupos-parlamentarios.html

Secretaría de Salud (marzo 2022) *Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715444/Lineamiento\\_VE\\_y\\_Lab\\_Enf\\_Viral\\_05042022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715444/Lineamiento_VE_y_Lab_Enf_Viral_05042022.pdf)

Sierra M.J., Martínez E. V., Monge S., García L., Suárez B. y Simón F. (2022) *Lecciones de la vigilancia de la COVID-19. Necesidad urgente de una nueva vigilancia en salud pública*. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 36 (S1): pp. 68-75.

Statista (18 enero 2022) *Número semanal de casos confirmados y muertes causadas por el coronavirus (COVID-19) en México entre enero de 2020 y julio de 2022*. <https://es.statista.com/estadisticas/1110089/numero-casos-muertes-covid-19-mexico/>

Miranda Fanny. (06 junio 2020) Uso de cubrebocas, sólo en condiciones que haya ventaja potencial: López-Gatell. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/lopez-gatell-uso-de-cubrebocas-solo-en-condiciones-ventajosas>

Valle, A., Robles, J., Muñoz, A., Guadalupe, G. y Vargas, I. (2020) Cementerios y cadáveres durante las crisis epidémicas en Guadalajara, Jalisco. México. *Revista Horizonte Sanitario* Vol. 20. no. 1 enero-abril 2021

## APÉNDICE

Transcripción de la entrevista aplicada, primer caso:

Este caso es sobre una mujer mayor ingresada al hospital general de León. Esta mujer ya había permanecido por demasiado tiempo intubada y antes de ingresarla al hospital, porque de más está decirlo, llegó ya en etapa tardía porque la estaban tratando con medios alternativos y continuaron con esos medios alternativos. Alguien les dijo que unas inyecciones de celular madre le iban a recuperar la vida, le iban a recuperar su salud y entonces al llegar al hospital hablaron con el personal, hablaron con el director, de acuerdo al protocolo la paciente estaba ya en un estado de punto de no retorno, sin embargo, y bueno

pues también por protocolo el médico, esto fue en el hospital COVID de León, que Guanajuato fue uno de los lugares que tuvo un espacio habilitado especialmente para esta atención de la etapa avanzada de COVID, y con respiradores con demás y aquí el director pues por respeto a todos los compañeros, a todo el equipo médico tratante no aceptó que le aplicaran estas inyecciones de células madre, que se las habían vendido, creo que aquí está el contacto con otro sector de la población, que entras a un punto de vista no científico, podríamos decir alternativo holístico o cómo lo quieras llamar; el problema fue que no se los permitieron, ellos de alguna manera empezaron a escalar en la búsqueda, fueron con el Presidente municipal, yo no tengo nada de facultad para intervenir, llegaron aquí con al despacho del secretario y mi postura fue escucharlos entenderás que para estos casos aunque busquen el secretario de salud somos los oídos del secretario; en este sentido pues les escuche, yo identifiqué cuál era el conflicto entre la medicina científica y la medicina naturista natural o de otro enfoque, o alternativo; y al final de cuentas el criterio médico es el que prevalece en la medicina el criterio medico es determinante y sin duda una de mis funciones es generar un folio para que se revise y se otorgue una respuesta que no depende de mí, depende del director cuando él identificó que estaban haciendo una solicitud al secretario de salud y que desde aquí se giraba la instrucción de revisar todo el entorno nacional todo la circunstancias y la angustia de la familia y demás dijo bueno pues por qué no porque creemos que si esto no le va a salvar la vida tampoco ya está en un estado de que muy probablemente sólo un milagro le podría salvar. Estuvieron la familia, la mayor cantidad, los recibió en la dirección, que esto consideró que fue un gesto humano un gesto sensible la familia y se le aplicaron las inyecciones de células madre bajo la intención, que de más está decirlo les costaron como 80000, eran una cantidad que tenían que aplicarse, que se le aplicaron una cierta cantidad y antes de terminarse el tratamiento sugerido o entregado al hospital el paciente lamentablemente falleció ,sin embargo, la familia se quedó con este sentido de humanidad, de haber sido escuchados y de haber ellos considerado que habían hecho todo el esfuerzo para salvar y mantener a la mamá con ellos ante este diagnóstico de COVID y sus complicaciones; y eso fue un caso en el que se destaca el lado humano.

1. Transcripción de la entrevista aplicada, segundo caso:

Y el otro no fue regresamos un poquito a una familia donde los hijos habían estado ya por 10 por 15 años en estados unidos y desde ese tiempo se comunicaban los papás, y en este caso

fue también el caso de la madre que a lo mejor aquí tendríamos que pensar en el papel de la madre mexicana ocupa y lo que representaba venir a verla por última ocasión cuando ya les había notificado del fallecido, y bueno aquí la familia pues me la mandaron de la secretaria particular del gobernador para que hiciéramos todo lo posible para que se les permitiera ver en el hospital, esta paciente era de san Miguel allende, en ese momento pues también por atención por identificar el dolor que estaba que estaba avanzando se habló con el director para que por lo menos con todas las medidas con todos los trajes especiales se les permitiera y de lejos ver a la mamá, a la que habían dejado de ver desde hacía ya un tiempo considerable. Y sí hablé con el director, el director les permitió, les indicó y les permitió el acceso. Este caso es este relevante porque definitivamente fueron como casos excepcionales, porque se tuvo que recurrir se pidió también ser sensible, entender, empatizar ponerte en los zapatos del otro, para identificar que era un momento único y se autorizó, el ver al cadáver, identificar a la mamá fallecida e hice el acceso al acceso al área de hospitalaria donde deposita el cadáver, aquí la situación es que fueron todos los hermanos, y ahí al ver a la mamá, al verla ya fallecida se rompió el protocolo, fue imposible contener el dolor que los hijos estaban experimentando, y tampoco se les pudo contener con fuerza, entonces se abalanzaron sobre el cadáver de la mamá fallecida y el problema fue un hijo fallecido a partir de este momento, varios de los hijos se enferman, otro hijo fallecido y es para este mismo hospital en otro momento yo solicité que se hiciera esa misma excepción y la respuesta fue que era muy complicado contener a los familiares en este momento de dolor; y me refirió, fue hasta el momento que yo me enteré que el paciente había fallecido, la familia con mucho tiempo, el solo hecho del fallecimiento que ya no iba a estar la mamá con ellos, además de los tiempos de por medio y la distancia y la migración hacia los Estados Unidos, y bueno en esto verdad pues vemos la distancia emocional y el dolor básicamente, el personal de salud no está preparado para poder hacer esa contención a nivel de dolor y a nivel de fuerza física, por qué pues una enfermera, un médico, un trabajador social que pudo haber sido quien permitió el acceso acompañó al acceso, pues no podía contener la fuerza y esto pues trajo como consecuencia otras el fallecimiento de otros miembros de la familia, sin embargo, pues sí vemos también aquí un conflicto humano del personal de salud y el de incrementar medidas quizá muy rígidas o quizá necesarias para una emergencia sanitaria como la que representó el COVID, que no se tenía la medida de este fenómeno verdaderamente trágico.

