

RAP

REVISTA DE
ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA

*COVID-19: UN LLAMADO A LA
INTERDISCIPLINARIEDAD PARA EL
DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

152

Volumen LV, No. 2
(mayo-agosto 2020)

RAP

REVISTA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

152

Volumen LV, No. 2
(mayo-agosto 2020)

**COVID-19: Un llamado a la
interdisciplinaria para el diseño de
políticas públicas**

INAP
INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, A.C.

65 AÑOS
mejorando las
instituciones públicas
1955-2020

© Instituto Nacional de Administración Pública, A.C.
Km. 14.5 Carretera México-Toluca No. 2151
Col. Palo Alto, C.P. 05110. Alcaldía de Cuajimalpa
Ciudad de México
Teléfono (55) 5081 2657
<http://www.inap.mx>
contacto@inap.org.mx

ISSN: 0482-5209

Publicación periódica
Registro número 102 1089
Características 210241801

Certificado de licitud de título número 2654
Certificado de licitud de contenido número 1697

Las opiniones expresadas en esta revista son estrictamente responsabilidad de los autores. La RAP, el INAP o las instituciones a las que están asociados no asumen responsabilidad por ellas.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos, citando la fuente, siempre y cuando sea sin fines de lucro.

Consejo Directivo 2020-2023

Luis Miguel Martínez Anzures
Presidente

Gloria Luz Alejandre Ramírez
Vicepresidenta

Alberto Haaz Díaz
**Vicepresidente para los IAPs de
los Estados 2020-2021**

CONSEJEROS

Rina Aguilera Hintelholher
Clicerio Coello Garcés
Jaime Domingo López Buitrón
Adriana Reynaga Morales
Mario Alberto Fócil Ortega
José Martínez Vilchis
Gricelda Sánchez Carranza
David Villanueva Lomeli

Susana Casado García
Secretaria del INAP

Rafael Martínez Puón
**Director de la Escuela Nacional de
Profesionalización Gubernamental**

Ricardo Corral Luna
**Director del Centro de Consultoría
en Administración Pública**

Luis Armando Carranza Camarena
**Director de Administración y
Finanzas**

Diana Vicher García
Asesora de Presidencia

CONSEJO DE HONOR

Luis García Cárdenas
Adolfo Lugo Verduzco
José Natividad González Parás
Alejandro Carrillo Castro
José R. Castelazo
Carlos Reta Martínez

IN MEMORIAM

Gabino Fraga Magaña
Gustavo Martínez Cabañas
Andrés Caso Lombardo
Raúl Salinas Lozano
Ignacio Pichardo Pagaza

FUNDADORES

Francisco Apodaca y Osuna
José Attolini Aguirre
Enrique Caamaño Muñoz
Antonio Carrillo Flores
Mario Cordera Pastor
Daniel Escalante Ortega
Gabino Fraga Magaña
Jorge Gaxiola Zendejas
José Iturriaga Sauco
Gilberto Loyo González
Rafael Mancera Ortiz
Antonio Martínez Báez
Lorenzo Mayoral Pardo
Alfredo Navarrete Romero
Alfonso Noriega Cantú
Raúl Ortiz Mena
Manuel Palavicini Piñeiro
Álvaro Rodríguez Reyes
Jesús Rodríguez y Rodríguez
Raúl Salinas Lozano
Andrés Serra Rojas
Catalina Sierra Casasús
Ricardo Torres Gaitán
Rafael Urrutia Millán
Gustavo R. Velasco Adalid

REVISTA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA N° 152
Volumen LV, No. 2 (mayo-agosto 2020)

**COVID-19: Un llamado a la interdisciplinariedad
para el diseño de políticas públicas**

Directora del número: Ángela Beatriz Martínez González

COORDINACIÓN EDITORIAL

Escuela Nacional de Profesionalización Gubernamental

Rafael Martínez Puón
Director

Jason Alexis Camacho Pérez
Secretario Técnico

**Subdirección de Desarrollo y
Difusión de la Cultura Administrativa**

Iván Lazcano Gutiérrez
Aníbal Uribe Vildoso
Rosa Isaura Rodríguez Romero
Irma Hernández Hipólito

COMITÉ EDITORIAL

Victor Alarcón Olguín	Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Iztapalapa
Adán Arenas Becerril	Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM
Eber Omar Betanzos Torres	Auditoría Superior de la Federación
Mariana Chudnovsky	Centro de Investigación y Docencia Económicas
Alicia Islas Gurrola	Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM
Yanella Martínez Espinoza	Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM
Arturo Pontifes Martínez	Instituto Ortega y Gasset México
Arturo Sánchez Gutiérrez	Escuela de Gobierno y Transformación Pública del ITESM. Ciudad de México.

REVISTA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

152

Volumen LV, No. 2
(mayo-agosto 2020)

COVID-19: Un llamado a la interdisciplinariedad para el diseño de políticas públicas

ÍNDICE

Presentación

Luis Miguel Martínez Anzures 11

Introducción

Ángela Beatriz Martínez González 13

Intervenciones no farmacológicas y conductas preventivas para prevenir la propagación de COVID-19. 23

Rosalinda Sánchez Arenas

Enmascarados por la pandemia. Aporías y certezas en el uso de cubrebocas y protectores faciales ante la crisis del Covid-19. 39

Jesús Armando Haro

Factores de la demanda médica no atendida en los servicios públicos del Sistema de Salud mexicano. Modelo factorial exploratorio. 65

Dafné Neme Macal

El impacto desigual de la pandemia: Determinantes socioeconómicas y de salud en las tasas de fatalidad del Covid19 en México. 91

Jesús Daniel Zazueta Borboa, Máximo Ernesto Jaramillo Molina

El género importa: efectos esperados sobre la educación superior entre las mujeres mexicanas en tiempos de la pandemia por COVID-19.	109
<i>Andrea Bautista León y Gabriela Alejandra López Miranda</i>	
El impacto del COVID-19 en la salud mental de los jóvenes universitarios.	129
<i>Moisés Frutos Cortés y Reina Tello Briceño</i>	
El COVID-19 en la población indígena de México.	147
<i>José Patrocinio Ramos Ávila</i>	
Consejo Ciudadano, renovación y respuesta ante la pandemia.	177
<i>Salvador Guerrero Chiprés</i>	
Análisis de publicaciones brasileñas y mexicanas de Twitter sobre la pandemia y el suicidio.	201
<i>Camila Corrêa Matias Pereira, Aline Conceição Silva</i>	
Una pandemia en la era de la globalización y las redes sociales.	219
<i>Maribel Ramírez Coronel</i>	
Análisis sobre las consecuencias del cambio de adscripción de COFEPRIS.	239
<i>David J. Sánchez Mejía, José Ramón Cossío Barragán</i>	
Retos en Salud Pública: Enfermedad X- COVID-19 en México.	267
<i>Ruth Purísima González Sánchez</i>	
Indicaciones para los colaboradores	297

Revista de Administración Pública

INAP

INSTITUTO NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, A.C.

Presentación

El INAP tiene entre sus funciones básicas el fomento de la exploración de aquellos temas que sean de relevancia para la administración pública, el gobierno y la vida pública en general. Por tal motivo, no se podía mantener al margen del tema más importante en los últimos años. Así se hizo desde el número anterior al explorar el impacto que tendrá la pandemia en la administración pública, el gobierno, la economía y la vida social en general.

En esta ocasión, atendiendo a la relevancia que presenta para la humanidad el surgimiento de la pandemia COVID-19, hemos dedicado este espacio para la exploración del problema desde una perspectiva médica y de políticas de salud.

En consecuencia, es motivo de gran satisfacción presentar al público el presente número de la Revista de Administración Pública (RAP). Tengo la confianza de que su publicación y difusión será de una enorme utilidad para ayudar a esclarecer este complicado tema dentro de la opinión pública.

Con la finalidad de poder realizar esta importante labor, la dirección de este número le fue encomendado a la Dra. Ángela Beatriz Martínez González, quien cuenta con una formación y experiencia idóneas para orientarnos por los diferentes aspectos que plantea este problema de la salud pública. Para ello se apoyó en la colaboración de 12 destacados especialistas en diversos ámbitos de la materia médica y sanitaria.

A lo largo de los artículos podemos explorar varios temas como el de la importancia del uso de las mascarillas como mecanismo de prevención del contagio del virus; la demanda no atendida de servicios de salud en México; el impacto en la salud mental de los jóvenes universitarios; así como el de la problemática asociada a la reasignación administrativa de la COFEPRIS; o de los retos en salud pública en general.

Por otro lado, también se dedica un espacio a la revisión de los temas de índole social. Así por ejemplo está el efecto de la pandemia en la profundización de las desigualdades socioeconómicas y el efecto desigual en la mortalidad en la población mexicana; el impacto desde una perspectiva de género, en particular sobre el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema de educación superior; así como el que se observa en la población indígena, el grupo más vulnerable en el país.

A ello hay que añadir dos artículos dirigidos al análisis de temas relacionados con los medios de comunicación, con un énfasis en las redes sociales digitales. Uno de ellos se concentra en el vínculo que puede tener la difusión en twitter de mensajes sobre la pandemia y el suicidio en México y Brasil. El segundo, por su lado, considera el papel de los medios de comunicación convencionales y las redes sociales en el debate público y la participación ciudadana con las autoridades sanitarias.

Estoy seguro que el número que el lector tiene en sus manos será de gran utilidad para todos aquellos interesados en conocer a partir de fuentes serias con bases científicas, la complejidad de la pandemia que nos ha tocado vivir desde distintas aristas. De igual manera, con su publicación el INAP busca contribuir al debate público en nuestro campo de estudio.

Dr. Luis Miguel Martínez Anzures
Presidente del INAP

COVID-19: Un llamado a la interdisciplinariedad para el diseño de políticas públicas

INTRODUCCIÓN

Ángela B. Martínez González¹

El surgimiento y la acelerada propagación del virus identificado como Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2 por sus siglas en inglés) y la enfermedad infecciosa asociada, COVID-19, identificada en Wuhan, China, en diciembre de 2019 ha transformado a la humanidad en los últimos 10 meses de 2020. La emergencia sanitaria de alcance mundial se ha extendido a más de 24 países, ha infectado de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) a 34.5 millones, mientras que las víctimas mortales han llegado a 1 millón

¹ Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, en el cual obtuvo la Medalla al Mérito Académico. De formación socióloga, egresada de la maestría en Estudios Latinoamericanos de la UNAM, con estancia posdoctoral en la Facultad de Medicina de la UNAM y en el Programa de Estudios de la Mujer en el Colegio de México (COLMEX). Ha sido Docente en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, en la Universidad del Claustro de Sor Juana. Colabora como tutora y asesora de tesis en el Instituto Nacional de Administración Pública, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en la Universidad Iberoamericana y la Universidad La Salle.

Concluyó el encargo como Consejera Ciudadana del Comité de Evaluación y Recomendaciones del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México, EVALUA. También ha sido examinadora en diversas revistas especializadas en salud y psicología, tanto de México como de Colombia, y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); y evaluadora de proyectos en la Universidad de la República del Uruguay, en la Universidad de Barcelona. Ha presentado resultados de investigación en congresos nacionales e internacionales. Tiene publicaciones en revistas y capítulos de libros ligados a pesquisas. Actualmente es investigadora invitada en la Universidad Quebec en Montreal (UQAM).

25 mil; en el continente americano se contabilizan 16.86 millones de casos.

En México, de acuerdo con los informes de la Secretaría de Salud, el número de casos acumulados, se elevó a 757 mil 943, en tanto las muertes por coronavirus a 78 mil 880. En torno a la ocupación hospitalaria, la media nacional se ubica en 27%. Estas cifras cambian cada día por lo que seguramente cuando estas líneas se publiquen estarán obsoletas, se estará bajo otro perfil epidemiológico. El recuento cotidiano expresa lo devastadora que ha sido esta pandemia no sólo en términos de pérdidas de vidas humanas, casos de enfermos, si no también ha evidenciado las vulnerabilidades de los sistemas de salud y de las economías nacionales, el estado de miedo que se ha extendido, el sufrimiento mental y la visibilización de la inequidad. Ante esta situación, cada país ha implementado medidas sanitarias, –apegadas a los protocolos internacionales, aplicadas a las condiciones de cada contexto local–, para contener la propagación del Coronavirus COVID-19.

En consonancia con estos hechos, el Instituto Nacional de Administración Pública, (INAP), asume el rol de ser partícipe en el debate actual, sumarse en la necesidad de contribuir en la reflexión y formulación de intervenciones públicas para la resolución de problemas emergentes derivados de la pandemia del COVID 19, por ello en esta ocasión se abre el análisis con la compilación de materiales inéditos que tienen como propósito comprender la particularidad histórica del momento que se vive. Esta pandemia ha marcado a la deshumanizada humanidad, puso de manifiesto las contradicciones existentes, las relaciones sociales y familiares han sido reconfiguradas bajo una nueva resignificación, alteración del tiempo y del espacio, nuevas formas de estar juntos. La civilización ha sido trastocada obligando a la reflexión filosófica, esta nueva condición del mundo experimenta un estado de incertidumbre, una relación asimétrica de los sanos y los enfermos, del miedo a ser contagiado o ser vector de contagio.

A través de la historia se han configurado dos visiones, una que en su práctica moderna se ha constituido como una concepción dominante sobre los procesos biológicos, médicos y psíquicos entendidos en tanto procesos naturales,

ahistóricos, mientras las ciencias del espíritu buscan la comprensión de los fenómenos sociales mediante sus propios métodos, por lo tanto, no hay uno sino métodos.

El debate epistemológico entre las ciencias sociales y las ciencias naturales, (*Erklären* y *Verstehen*) está presente en la producción de conocimiento, donde el pensamiento positivista se asume como verdadero y auténtico, soslayando todo saber que ha sido construido fuera de los esquemas de la observación, medición y validación.

Por lo que las investigaciones epidemiológicas en una perspectiva unidimensional y bajo la hegemonía del monismo metodológico característica del modelo biomédico, se inclina por lo que llaman la maximización de la dureza de los datos, consistente en aumentar su poder de mensurabilidad y comparabilidad, por medio de la recolección de información y el diseño de las proyecciones estadísticas, y los factores de riesgo. En ese discurso se asume la individualidad de la biología y la herencia genética como una expresión de lo inevitable.

Esto lleva a presentar algunas concepciones en donde es posible observar, cómo el concepto de salud ha estado determinado social e históricamente, pero la visión positivista ha buscado consolidarse como pensamiento médico hegemónico, soslayando a lo largo de los años el carácter social del proceso salud enfermedad y atención. La corriente positivista se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes del cuerpo, de la normalidad, la búsqueda de la enfermedad, de la patología más que la salud. Para Foucault, la medicina moderna adopta una postura individual porque se envolvió dentro de las relaciones de mercado, la relación del médico con su enfermo se teje desde una medicina individual que está vinculada al contexto de la mercantilización.

Es importante dejar claro que no se pretende negar esa parte biológica del sujeto, sino cuestionar esa mirada fragmentada, enmarcada por espacios de producción de conocimiento que fracturan la práctica en salud. Lo que se busca es enfatizar el carácter temporal, espacial y social en el que emergen las interacciones sociales, la salud y la práctica médica, entendiendo lo social como “un sistema de vínculos –económicos, políticos, culturales, simbólicos, emocionales– donde se generan instituciones: familia, sindicato, municipio, nación.

La enfermedad es el objeto del saber médico, se asume que tiene una trayectoria natural, en la que se debe intervenir, diagnosticar y medir con base en síntomas individuales; el sujeto-paciente es concebido en una perspectiva ahistórica, marginado de su contexto socio-histórico y cultural. Si bien la humanidad se encuentra frente a un virus desconocido, donde el conocimiento científico es insuficiente y se carece de intervenciones médicas para contrarrestar el COVID-19. Ese modelo biomédico monodisciplinario y reduccionista ha sido rebasado quedando de manifiesto la fragilidad de las estrategias de salud pública frente a las fuerzas sociales, culturales y económicas, por lo que se requiere de la investigación social para su efectividad en cada espacio local, nacional.

En la era COVID cobran protagonismo categorías y conceptos emanados de las ciencias sociales, como una herramienta analítica que juega un rol relevante. Desde este campo de conocimientos se muestra que, además de la cultura, la pobreza, la inequidad en salud son barreras para lograr que se cumplan las medidas preventivas

En el contexto actual emergen cuestiones de análisis y reflexión desde la brecha digital, la violencia de género que se percibe con mayor intensidad, los estereotipos de género, la desigualdad y la pobreza, la inseguridad alimentaria, el aumento del sufrimiento mental, el incremento del suicidio, de la ansiedad, del miedo, la incertidumbre, la desesperanza, la depresión, se cuestionan los estilos de vida, y la vulnerabilidad de los adultos mayores. En términos de Butler, “mi vida está ligada a otra vida”, esta interdependencia social actúa en función del otro, “debo protegerme que al mismo tiempo protege al otro de no contagiarse”.

Las desigualdades en las familias constituidas por hogares multigeneracionales y complejos tienen una elevada probabilidad de transmisión viral debido a las viviendas estrechas, baja calidad, poca luz solar, humedad, poca comodidad y hacinamiento, inclusive peligrosas, lo que hace imposible permanecer largos periodos en un lugar, conlleva a adquirir otros padecimientos. Habermas apunta que el confinamiento es un “privilegio que no todos pueden ejercer”. Pero dentro de estas contradicciones y desigualdades, las medidas de distanciamiento físico, necesarias para prevenir la propagación de COVID-19, son

sustancialmente difíciles para aquellos con determinantes sociales adversos.

El confinamiento ha dado paso al surgimiento del teletrabajo, la teleconsulta, la teleescuela, hoy se vive en el “**hogar mundo**”, sus efectos particularmente psicológicos y emocionales han pasado inadvertidos, cuando la evidencia científica muestra consecuencias en la salud mental al grado de generar una pandemia de sufrimiento psicológico.

Es visible el doble escenario de una misma realidad para reducidos sectores de la población, la *Revolución Tecnológica Informativa* es indispensable para su existencia, mientras amplios sectores están excluidos para conectarse a las redes, como consecuencia se origina la brecha electrónica entre los conectados y desconectados.

La tecnología se ha convertido en un aspecto intrínseco de la vida social, laboral y recreativa de los sujetos. En la comunicación por mensajes de texto, actividades compuestas por medio de las redes sociales, una de las dificultades que habría que señalar es la “barrera de usos” frente a la carencia para adherirse a la conexión y la adquisición de equipos, que representa la posibilidad de las personas para usarlos acorde a sus necesidades e ingresos. Cobran vigencia la noción de “brecha digital” y “segunda brecha digital”, desde esta perspectiva, el análisis teórico gira en torno a la exclusión, a la desigualdad que viven algunos sectores sociales que están aislados o no forman parte del uso y apropiación de las TICs.

La expansión del virus es universal, pero impacta con mayor fuerza a los pobres y vulnerables de la población, pueden incrementar las desigualdades, miles de personas morirán y otras más quedarán traumatizadas en su vida. Por lo que las formas de morir y enfermar son el reflejo de una sociedad, de las decisiones políticas, de los presupuestos económicos ejercidos, componentes que influyen en el aumento y disminución de los padecimientos asociados a las categorías de etnia, clase, género y edad.

La proliferación de marcos teóricos para cobijar la comprensión del fenómeno de la pandemia del COVID19, también tiene sus limitantes desde las mismas ciencias sociales. De igual forma está secuestrada por el paradigma positivista en tanto obstáculo epistemológico, dominada por un discurso tautológico y postrado en un claustro académico

distanciado del diseño de estrategias e intervenciones que coadyuven en el diseño de políticas públicas.

Para superar esta pandemia de COVID 19 se requiere del conocimiento de diversas disciplinas, desde las ciencias sociales y las humanidades, la medicina, la biología y la ingeniería. Se propone el vínculo entre el pensamiento complejo y la transdisciplinariedad, el “binomio complejidad-transdisciplinariedad”, según refiere Morín, por un lado, a las realidades investigadas, complejo de fenómenos irreductible a una sola dimensión y cuyos significados dependen fuertemente del contexto y, por otro, al esfuerzo intelectual para comprenderlas, a través de la elaboración de modelos que tomen en cuenta el contexto.

En este momento, los esfuerzos para detener la pandemia mundial de COVID-19 se ven limitados ante los vacíos de investigación social, las necesidades en salud tienen un carácter multidimensional e interdependiente, ya que impactan directa o indirectamente en todos los aspectos de la vida de las personas, por tanto el abordaje de las políticas en salud deben llevar ese sello.

El abordaje de las políticas de salud es complejo en virtud de que las necesidades en salud son de carácter multidimensional e interdependientes, puesto que impactan directa o indirectamente en todos los aspectos de la vida de las personas.

Autores como Giraldo y Dardet, refieren que el estudio de la relación entre políticas públicas y salud constituye un cuestionamiento sobre la forma en que se potencian los determinantes sociales de la salud, y la forma en que los actores sociales participan democráticamente en este proceso.

Los doce artículos presentados en este número de la Revista de Administración Pública No. 152, Volumen LIV, No. 2, del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), constituyen hallazgos científicos, evidencia para la toma de decisiones en la práctica de la salud pública, particularmente, la formulación de políticas sociales.

La compleja realidad depende de una variedad de fuerzas científicas, económicas y sociales; la dimensión política, por sí misma, es uno de los determinantes de la salud, y su influencia se impone a través de las políticas

públicas, cuyo efecto será positivo cuando se basan en los derechos humanos.

Se propone retomar el proceso de la transferencia de conocimientos mediante la publicación de artículos producto de resultados de investigaciones, datos y conocimientos que transitan desde las universidades y las instituciones de investigación para aterrizar en los tomadores de decisiones de los entes de gobierno, construir la relación ciencia-tecnología-sociedad puesta en las políticas públicas en salud.

Es urgente la necesidad de respuestas políticas, promover y financiar investigaciones para comprender y analizar los costos sociales, económicos y la interacción social, entender ¿por qué las personas rechazan el uso del cubrebocas?, el incumplimiento de medidas sanitarias y distancia social, ¿cuáles son los significados de la enfermedad del COVID-19 en la población mexicana?, las percepciones y los imaginarios colectivo que se han construido en esta era de la pandemia, los efectos psicosociales en los diferentes grupos de personas en lo local, urbano, rural, entre las poblaciones indígenas, con enfoque de género que analice las diferencias y similitudes en la implementación de medidas sanitarias, el impacto y uso de los medios de comunicación y las redes sociales, los efectos en los estudiantes universitarios y la transformación del sistemas de salud y la necesidad de evaluar cada acción.

En este número se presentan hallazgos de investigaciones acerca de la pandemia COVID-19 en el contexto mexicano y algunas comparaciones con otras áreas geográficas a partir de un abordaje interdisciplinario. En un primero momento, destaca el análisis que presentan acerca de las intervenciones no farmacológicas y la relevancia de la educación en salud como estrategia preventiva aplicada en la comunidad para disminuir la propagación del virus. En esa misma dirección los aspectos socioculturales acerca del uso del cubre bocas y protectores faciales, constituyen una línea de reflexión para comprender su implementación en el uso público. Ahora el sistema de salud ha entrado en varios debates por lo que no se deja lado aspectos sobre la demanda médica no atendida, se identifican además los factores que influyen en procesos de prestación de servicios, atención médica y acceso a servicios. El impacto del Covid19 en la mortalidad de la

sociedad mexicana es un campo de indagación y explicación que ha cobrado significativa preocupación, por ello se encuentran relevantes aportes respecto de la importancia de comorbilidades y otras variables de salud como factor de las elevadas tasas de esa causa de muerte.

El estilo de vida de la población de México ha estado en la discusión en virtud de la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas. Si bien hay una asociación con los factores genéticos, los determinantes sociales adquieren un rol preponderante como marco explicativo. Este conjunto de comportamientos saludables o nocivos que desarrollan los sujetos, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud, están asociados a aspectos estructurales y económicos.

La reconfiguración al interior de la familia, ha puesto de relieve la repartición desigual de las actividades domésticas, el impacto en las mujeres muestra las relaciones asimétricas prevalecientes, ocasionando dificultades y hasta deserciones en el sistema educativo. Sin embargo, el impacto en el terreno educativo también ha producido casos de depresión y estrés, una anulación de las clases presenciales y la emergencia de las nuevas modalidades a distancia, los jóvenes tienen percepciones acerca de ello, mismas que se presentan en los resultados que se presentan en esta publicación.

La llamada infodemia, el uso de la tecnología, de las redes virtuales, las plataformas, comunidades en línea, los medios de comunicación, han adquirido presencia en los modos de vida, en lo cotidiano de la era COVID, ello resulta necesario de revisar, por lo que también se presentan reflexiones y resultados de investigación. El impacto en las zonas de mayor pobreza y desigualdad se puede encontrar en las comunidades indígenas, vale preguntarse cómo han sobrellevado la pandemia, quiénes son estos grupos en el México de hoy, algunas respuestas se pueden encontrar y emerger otras interrogantes en el trabajo que representa en este número.

La implementación de intervenciones y las experiencias del servicio de atención que el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México ha brindado a víctimas del delito y a personas que buscaron contención emocional durante la contingencia sanitaria

por COVID-19, se exponen en una descripción realizada por este organismo. En el terreno legal, una controversia destacada es el Acuerdo del 19 de agosto de 2020 en la autonomía de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Finalmente, los desafíos frente a esta enfermedad emergente son plasmados en el último artículo. Es así que este número monográfico dedicado a la pandemia de COVID 19, tiene una serie de trabajos seleccionados entre aquellos que fueron enviados como respuesta a una convocatoria realizada, buscan abonar desde la interdisciplinariedad, debates, reflexiones y resultados de investigación para comprender el presente, pero sobre todo evidencia para los tomadores de decisión en la formulación de programas y acciones.

Las políticas públicas conforman la base del Estado de bienestar y se requiere una constante evaluación para retroalimentar las acciones en un sentido de eficacia y eficiencia, con la posibilidad que la población incorpore ciencia en sus prácticas cotidianas.

La implementación de la ciencia en la atención de los problemas de la sociedad como construcción social tiene su punto de partida en la interacción entre ciencia y políticas públicas.

La pandemia del COVID-19 es uno de los desafíos de mayor dificultad que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes. Se puede decir que aún se desconoce el costo total en términos de vidas humanas, los efectos psicológicos, el dolor, el duelo, acompañado de una profunda crisis de salud se vive un colapso económico, que impacta de forma crucial el bienestar de numerosos sectores de la población durante los próximos años.

El propósito de éste número es promover una reflexión colectiva sobre las respuestas a la crisis de salud del Covid-19, así como sentar las bases en la construcción de una política basada en evidencia, se brindan múltiples perspectivas y marcos de pensamiento para comprender los problemas de la pandemia en su complejidad; y aspira ser un insumo significativo para la problematización del proceso salud enfermedad y atención.

Intervenciones no farmacológicas y conductas preventivas para prevenir la propagación de COVID-19

Rosalinda Sánchez Arenas¹

Resumen: SARS-CoV2 es un nuevo agente viral causante de la enfermedad COVID-19 y la Organización Mundial de la Salud declaró una pandemia debido a su amplia propagación por múltiples países del mundo. Aplicar intervenciones no farmacológicas y adaptar conductas preventivas para disminuir la propagación a un ritmo rápido es la única protección inmediata para las poblaciones ante nuevas amenazas sanitarias sin un tratamiento curativo. Sin embargo, las principales barreras para el control de la propagación de COVID-19 han sido la desigualdad social, falta de alfabetización en salud y la infodemia, factores potentes por la carencia de una educación básica y crítica de salud. Por ello, explorar las conductas preventivas y sus factores de riesgo o de protección en las poblaciones será la alternativa para afrontar enfermedades emergentes nuevas mediante las intervenciones no farmacológicas.

¹ Licenciatura en Químico Bacteriólogo y Parasitólogo por la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB) Instituto Politécnico Nacional. Maestría en Ciencias de Salud Pública. Área mayor: Epidemiología. Área menor Sistemas de Salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma de México, Xochimilco. Investigador Asociado C. en la Unidad de Investigación Epidemiológica y de Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesora de Asignatura A. Epidemiología y Medicina Basada en Evidencias. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Investigador Nacional Nivel I. CONACYT

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV2, intervenciones no farmacológicas, conductas preventivas.

Non-pharmacological interventions and preventive behaviors to prevent the spread of COVID-19

Abstract: SARS-CoV2 is a new viral agent causing the disease COVID-19, which the World Health Organization has declared a pandemic due to its broad spread through multiple countries throughout the world. Applying non-pharmacological interventions and adapting preventive behaviors to reduce its spread to a controlled rhythm is the only immediate protection for populations facing new health threats without a curing treatment. However, the main barriers to control of the spread of COVID-19 have been social inequality, lack of health literacy and too much information, potent factors from a lack of basic and critical health education. Therefore, exploring the preventive behaviors and their risk or protective factors in populations will be the alternative to face new emerging diseases through non-pharmacological interventions.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV2, non-pharmacological interventions, preventive behaviors.

Fecha de recepción del artículo: 20-agosto-2020

Fecha de aceptación: 22-septiembre-2020

Introducción

SARS-CoV2 es un nuevo agente viral causante de la enfermedad COVID-19 que ocasionó el brote de infección de síndrome respiratorio agudo grave en el norte de China en Wuhan, en la provincia de Hubei.^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

² Wu P, Hao X, Lau EHY, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Euro Surveill.* 2020;25:2000044. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000044

³ Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2020;77:47-53

por COVID-19 y fue declarada una pandemia debido a su amplia propagación por múltiples países del mundo.^{4,5}

Aplicar información sanitaria y adaptar conductas preventivas para disminuir la propagación a un ritmo rápido es la única protección inmediata para las poblaciones ante nuevas amenazas sanitarias sin un tratamiento curativo. La implementación de las **prácticas preventivas sanitarias** tradicionales (no farmacológicas) son acciones de respuesta ante una emergencia de salud pública, que requieren de acuerdos y toma de decisiones entre los Jefes de Estado, científicos, empresarios, líderes sindicales, comunicadores para desarrollar planes coordinados, considerando principios éticos, y guiar a las prácticas preventivas de población en riesgo sin conflictos y protegiendo sus derechos individuales.^{6,7} De aquí hay diversos escenarios para análisis multidisciplinarios.

Pero inmediata la pandemia por COVID-19 entre los países ha mostrado las principales barreras para su control como la **desigualdad social**: i) las personas carecen de las habilidades esenciales y recursos situacionales necesarios para comprender, evaluar, comunicar y utilizar la información y los servicios de salud en un entorno de emergencia sanitaria, afectando a todos los niveles sociales.⁸

⁴ Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87:281-286.

⁵ Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020;9:29. Published 2020 Mar 17. doi:10.1186/s40249-020-00646-x

⁶ Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci.* 2020;50(SI-1):571-577. Published 2020 Apr 21. doi:10.3906/sag-2004-146

⁷ Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27:1-4.

⁸ Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis [published online ahead of print, 2020 Apr 2]. *Health Promot Int.* 2020; daaa040. doi:10.1093/heapro/daaa040

Es necesario la alfabetización en salud individual, comunitaria y poblacional,⁹ considerando el sentido crítico de sobre la información. ii) La otra cara de la moneda, en sociedades con comportamientos basados en elecciones razonadas también han reaccionado de forma exagerada o insuficiente, por ejemplo, hacen compras de pánico o no siguen ninguna regla práctica o segura¹⁰ y por último, iii) Las noticias y recomendaciones oficiales de COVID-19 es un diluvio de información y particularmente contradictoria, en ocasiones dado al alto grado de incertidumbre en muchos niveles (infodemia COVID-19).

La carencia de una **Educación Básica y Crítica en Salud** (EBCS) para la comunidad, impide que las sociedades generen conductas preventivas, motivo de la baja respuesta y claridad de efecto de las intervenciones. COVID es un momento de distinción de un sistema complejo e interactivo que necesita ser comprendido.¹¹

Las **conductas** deberán ser comprendidas desde los factores psicológicos, biológicos, sociales y ambientales que influyen en el comportamiento, con miras a desarrollar intervenciones y políticas que ayuden a lograr metas sociales, organizacionales o personales¹⁰ y resolver las deficiencias de las políticas para el control de casos de emergencia sanitaria, responder a los daños en todas las dimensiones causados por la enfermedad, aislamiento, distanciamiento social, crisis económica, desarrollar resiliencia y nuevos patrones de comportamiento para futuras pandemias, todo esto es además de avanzar en las ciencias clínicas para COVID-19, en salud mental y social.

La adherencia a las conductas de aislamiento y distanciamiento social enfrenta fuertes barreras prácticas, motivacionales y sociales y también impone costos

⁹ Sentell T, Vamos S, Okan O. Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3010. Published 2020 Apr 26. doi:10.3390/ijerph17093010

¹⁰ Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e250. doi:10.1016/S2468-2667(20)30086-4

¹¹ West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nat Hum Behav*. 2020;4(5):451-459. doi:10.1038/s41562-020-0887-9

considerables para las personas y la sociedad. Estos costos son soportados de manera desproporcionada por personas que ya están en desventaja¹².

Transmisión SARS-Co V2.

La transmisión puede ser directa o indirecta. En el caso de SARS-CoV2, la transmisión de persona a persona ocurre principalmente a través del contacto directo por medio de gotitas esparcidas al toser o estornudar de un individuo infectado a otro individuo sano (en una distancia de menos de un metro).¹³ La boca, nariz o conjuntiva de ojos (zona T) son entradas del virus a las mucosas y ahí puede instalarse e iniciar el proceso de infección.¹⁴ La vía indirecta, es aquella mediante el contacto de superficies contaminadas u objetos que fueron utilizados (por ejemplo, un estetoscopio o termómetro). Por el momento, se ha descrito que una persona pueda contagiarse a través del contacto con el virus mediante gotas/núcleos goticulares que contienen los virus y miden 5 µm. Estas características implican bajo peso de la partícula y, por ello, pueden permanecer en el aire por periodos prolongados, situación que permite que la infección llegue a una persona que se encuentra a una distancia mayor a un metro de distancia. La transmisión sí podrá ser aérea cuando se generan aerosoles. Aunque el COVID-19 puede también producir síntomas de infección intestinal y presentarse en heces, no se ha notificado la transmisión por la vía fecal-oral (OMS: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>).

Intervenciones no farmacológicas de Salud

Nonpharmaceutical interventions [NPIs, siglas en inglés] (8), que son las alternativas públicas inmediatas. Estas acciones tienen que realizarse en diferentes niveles, como son:

¹² Chung RY, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ*. 2020;369:m1329. Published 2020 Apr 1. doi:10.1136/bmj.m1329

¹³ Zheng J. SARS-CoV-2: an Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. *Int J Biol Sci*. 2020; 16:1678-1685.

¹⁴ Aylward, Bruce (WHO); Liang W (PRC). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). WHO-China Jt Mission Coronavirus Dis 2019 [Internet]. 2020;2019(February):16–24. Available from:<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

I) Nivel Internacional. Las acciones en este nivel tienen que ver con la movilidad de las personas de país a país, siendo los países de mayor actividad comercial los más afectados. COVID-19 afectó desde China de inmediato al continente europeo y el resto del mundo. Entre las acciones de mayor importancia están las restricciones internas de viaje, detección de entrada y salida de los viajeros con infección o asintomáticos en aeropuertos, seguimiento y cierre de frontera si es necesario.¹⁵

II) Nivel de comunidad. Las acciones en este nivel son aquellas dirigidas hacia la comunidad, es decir que están enfocadas en las personas infectadas que no tienen ningún antecedente de contacto con el caso de importación. Las principales acciones que se siguen en este nivel son: i) se continúa con la vigilancia epidemiológica de la entrada y salida de los viajeros con infección o asintomáticos en aeropuertos. ii) Se refuerzan las restricciones para viajar con el fin de evitar la exposición a regiones con mayor número de casos. iii) Se inician las prácticas de distanciamiento social, con el fin de reducir el contacto de persona a persona; estas prácticas preventiva incluye estrategias de cancelación de reuniones públicas, cierre de escuelas, trabajo desde casa, cierre de establecimientos no esenciales, mientras se mantienen funcionando los servicios básicos, como los hospitales, servicios de limpieza, luz, agua, policía, etc.¹⁶ En estos últimos servicios hay que cuidar estrechamente las prácticas de seguridad para el personal (revisión médica antes de entrar al trabajo, uso de guantes, cubrebocas durante la jornada de trabajo, guardar distancia entre los trabajadores. Para las personas que acuden a estos servicios es importante establecer distancias sanas entre trabajadores y el público, así como asegurar la disponibilidad de los desinfectantes de manos en gel, entrada con cubrebocas y, si es posible, detección de temperatura al público, previo a su entrada. iv) Establecimiento de medios de comunicación oficiales para informar a la comunidad y para controlar las noticias

¹⁵ Bell D, Nicoll A, Fukuda K, Horby P, Monto A, Hayden F, et al. Nonpharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerg Infect Dis.* 2006;12:81–7.

¹⁶ Lin L, McCloud RF, Jung M, Viswanath K. Facing a Health Threat in a Complex Information Environment: A National Representative Survey Examining American Adults' Behavioral Responses to the 2009/2010 A(H1N1) Pandemic. *Heal Educ Behav.* 2018;45:77–89.

falsas. vi) Distanciamiento en transporte y comercios de venta de comestibles y servicios básicos.

III) Nivel individual (de la población en general). Las recomendaciones a este nivel son objetivamente prácticas de higiene para cortar la cadena de transmisión. Considerando los modos de la transmisión de SARS-CoV2 es esencial que cada persona realice las siguientes prácticas: i) Lavado de manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos, utilizando una técnica específica que cubra todas las áreas de las dos manos. ii) Si no hay agua y jabón disponible se recomienda el uso de un desinfectante para manos con base de alcohol al 70%-65%. iii) Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca sin haberse lavado las manos. v) Evitar el contacto cercano con personas enfermas. iv) Usar Cubrebocas. vi) Cubrir la tos o estornudo con el entierro del codo. vii) Limpiar y desinfectar los objetos y superficies que se tocan con frecuencia. viii) Autoevaluación de síntomas por medio de aplicaciones en sistemas Android o IOS u otras aplicaciones de apoyo brindadas por el gobierno y ix) Conocer el sistema de atención de COVID-19 con el fin de identificar el servicio de salud más cercano en caso de emergencia.¹⁷

III) Nivel de los profesionales de salud. Son acciones que los profesionales de salud deberán considerar ante cualquier alerta de la OMS, CDC u otros organismos sanitarios internacionales y nacionales importantes. Tomando en cuenta la trayectoria de los casos importados, el profesional de salud será el tercer contacto de los casos importados, considerando que el primero es personal de los aeropuertos, segundo contacto es con la familia o amigos y el tercero el médico dado la necesidad del paciente de contactar el servicio de salud. Por ello es importante que los tomadores de decisiones de los servicios de salud identifiquen tempranamente el brote y apoyen con recursos de protección y programas de educación a los médicos, enfermeras y otros profesionales.¹⁸

¹⁷ Zheng J. SARS-CoV-2: an Emerging Coronavirus that Causes a Global Thrat. Int J Biol Sci. 2020;16:1678-1685.

¹⁸ CDC. DETENGA LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/C_GLOBAL-T-HAN_SPANISH_3-28-20-p.pdf

Aislamiento o distanciamiento social

Las medidas de aislamiento y distanciamiento social parecen ser eficaces para controlar la pandemia.¹⁹ Desafortunadamente, tienen un costo enorme para los medios de vida, la educación y la salud mental de las personas, así como para la economía mundial.²⁰ El siglo XXI tiene mucho que narrar, historias del dolor individual o familiar por COVID.

El bienestar está comprometido indirectamente, incluso sin contraer la enfermedad, como el caso vivido por un niño de 17 años con parálisis cerebral, en la región de Hubei, cuyo padre soltero fue puesto en una instalación de cuarentena por una posible infección por COVID-19, que fue encontrado muerto después de seis días de quedarse solo en casa.²¹ Otro caso, en Ecatepec, Estado de México, un niño de 14 años de edad, quien cuidaba a su madre durante la cuarentena, el día que la madre salió al hospital a realizarse los últimos estudios, el niño mientras jugaba y barría al mismo tiempo murió electrocutado.²²

México como todos los países afectados por COVID-19, ha utilizado el aislamiento social para controlar el contagio por personas infectadas o personas potencialmente vulnerables a contraer la enfermedad en forma severa o que su vida está amenazada. La contención preventiva comunitaria fue aplicada mediante el programa llamado “Quédate en casa”,²³ el cual promovió el distanciamiento social a través de la cancelación de reuniones públicas,

¹⁹ Cowling, B. J. et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health* [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6) (2020).

²⁰ Alegado, S. Global Cost of Coronavirus May Reach \$4.1 Trillion, ADB Says. *Bloomberg* <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-03/global-cost-of-coronavirus-could-reach-4-1-trillion-adb-says> (2 April 2020).

²¹ Chung RY, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ*. 2020;369:m1329. Published 2020 Apr 1. doi:10.1136/bmj.m1329

²² <https://www.eluniversal.com.mx/metropoli/edomex/muere-electrocutado-nino-que-cuidaba-su-mama-paciente-con-covid-19>

²³ Dirección General de Recursos Humanos. QUÉDATE EN CASA. 2020. Disponible en: <https://www.tjagto.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/PROGRAMA-SCJN-QUEDATE-EN-CASA.pdf>

cierre de escuelas, y trabajo desde casa.²⁴ Múltiples medios y redes sociales por parte del gobierno y ciudadanos, para mantener la salud física y mental, realizaron programas de fortalecimiento físico, emocional y de prevención a la violencia (sobre todo para la protección de las mujeres). Estos programas fueron difundidos por el gobierno federal y la misma población mediante redes sociales.

México es un país de medianos ingresos y un alto número de ciudadanos con trabajo comercial informal; este factor ha influido a que haya sido muy difícil que la población pueda cerrar sus negocios y sustentar el programa de “Quédate en casa”. Para ayudar a la población más vulnerable el Gobierno de México otorgó 2,000,000 de apoyos financieros (Tandas para el Bienestar) a 12,315,447 empresas, las cuales en su mayoría (98%) son microempresas, que tuvieron que cerrar por aislamiento social de COVID-19.²⁵ El 7 de mayo, el reporte de movilidad comunitaria mexicana de Google reportó una reducción en: compras y entretenimiento del 66%; estaciones de transporte de 63% y en lugares de trabajo de 50%. Sin embargo, los resultados para disminuir la severidad de la pandemia fueron rebasados por las carencias de salud de la población en general, debido a su vulnerabilidad educacional en salud y pobreza.

Conductas preventivas y factores sociales

Educación en Salud. El reporte de OMS “China Join Misión on Coronavirus Disease 2019” (16), proporciona recomendaciones mayores para todos los países y una de ellas es “Educar” al público en general sobre la seriedad de COVID-19 y la importancia de prevenir su propagación en este momento que aún no hay vacuna.²⁶ Aunque SARS

²⁴ Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27:1–4.

²⁵ Dominguez P. Los temas de AMLO en la Mañanera del 07 de mayo. Available from: <https://www.milenio.com/politica/amlo-temas-conferencia-mananera-07-mayo>.

²⁶ Aylward, Bruce (WHO); Liang W (PRC). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). WHO-China Jt Mission Coronavirus Dis 2019 [Internet]. 2020;2019(February):16–24. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

y MERS fueron brotes de peligrosidad, el COVID-19 está llevando a los países y sus poblaciones a “situaciones extremas” de salud y daños a su economía.

Educación en salud es muy amplio, pero se puede priorizar empezando la alfabetización en las comunidades con diferencias sociales y alto grado de inequidad. Hay estudios que han encontrado que las personas con alfabetización deficiente en salud tienen más enfermedades crónicas, menor calidad de vida, utilizan más los servicios de salud y son hospitalizados más frecuentemente.²⁷ Alfabetizar es fortalecer una educación básica y crítica para el autocuidado y el cuidado de los demás y permitirá desarrollar capacidades para satisfacer las complejas demandas relacionadas con la salud y la enfermedad, incluyendo los riesgos emergentes.²⁸ Es un término compuesto utilizado para describir capacidades de las personas para satisfacer las complejas demandas relacionadas a la salud en la sociedad moderna y considera la prevención de enfermedades, promoción de la salud. Su interés es que las personas se involucren y modifiquen a favor su salud mediante la búsqueda y obtención de información válida, comprenderla, interpretarla y tomar decisiones.

Específicamente también se pueden educar sobre conductas preventivas, si se conocen los factores que los favorezcan, o sus barreras por comunidad, o regiones con percepción de riesgo muy bajo. Un estudio sobre conductas para la contención del brote de influenza en cinco países (Argentina, Japón, Inglaterra, México, UK,USA)²⁹ evidenció que la variación en conductas preventivas está relacionada significativamente con las diferentes intervenciones de política pública en los países.³⁰ Es decir que es necesario desarrollar las políticas en salud para

²⁷ Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2017;100(6):1073-1082. doi:10.1016/j.pec.2017.01.015

²⁸ Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. Unraveling R0: Considerations for public health applications. *Am J Public Health*. 2018;108:S445-54.

²⁹ Srivastav A, Santibanez TA, Lu PJ, et al. Preventive behaviors adults report using to avoid catching or spreading influenza, United States, 2015-16 influenza season. *PLoS One*. 2018;13:1-16.

³⁰ SteelFisher GK, Blendon RJ, Ward JRM, et al. Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: A polling study in five countries. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:845-50.

estimular conductas preventivas educando la percepción del riesgo en las personas.³¹

Los factores asociados a conductas preventivas, por ejemplo las personas de menor nivel socioeconómico pueden no tener acceso a todas las herramientas necesarias para superar todas las barreras percibidas para la prevención de propagación del COVID-19. Además, las personas de diferentes orígenes étnicos/culturales pueden reaccionar de manera diferente a las llamadas o distanciamiento social debido a las diferentes actitudes culturales y normas sobre interacciones interpersonales³². Por ello el estudio de los factores sociales asociados a las conductas preventivas es fundamental para explorar mecanismos socioculturales que permiten brindar los cambios a favor de la salud.

La percepción del riesgo es un factor a favor y en contra. Es un concepto propuesto por el modelo de las creencias de salud (Health Belief Model [HBM])³⁰ que propone que se estudian los factores que influyen en cambios de conducta como la sensibilidad, severidad del riesgo, beneficios, barreras y auto seguridad³¹.

Al mismo tiempo, los medios de información juegan un papel importante en las percepciones del riesgo de COVID-19, siendo de interés conocer las fuentes de información y su utilización por la comunidad. Por ejemplo, en México, durante la pandemia de COVID-19 se cuenta con apoyo de información por parte del gobierno mexicano mediante su página en internet para la comunidad y por una aplicación para celular “appCOVID-19MX” con el fin de llegar a cada mexicano; sin embargo, no se cuenta con información de su utilización.

La respuesta conductual durante una pandemia tiene que enfocarse en las conductas i) preventivas, por ejemplo lavarse las manos varias veces al día, usar cubrebocas al salir a la calle, evitar visitar personas enfermas, ii) distanciamiento social a través de posponer eventos

³¹ Atlani-Duault L, Rousseau C, Moatti JP, et al. Behavioural research in epidemics. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(7):567–8.

³² Carico R, Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2020;1–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.017>

sociales, reducir el uso de transporte público o iii) conductas de evitación individual, entre otras.³³

Los estudios recientes en participantes de 18-65 años en Corea, que se encuentra muy cerca de Wuhan, han encontrado una percepción alta del riesgo y una alta eficacia de la respuesta conductual durante la epidemia de COVID-19. Los factores asociados al riesgo fueron la edad, autopercepción de salud, apoyo social y la calidad de la información. En cuanto a las conductas los principales factores asociados fueron género, edad, nivel educativo, la residencia, la presencia de niños, la percepción de susceptibilidad y de la severidad del riesgo.³¹

Los factores a nivel individual están a su vez moldeadas por un conjunto más amplio de fuerzas, como son la economía, políticas sociales y política en general.³⁴ Son factores de producción de salud de población y su variabilidad permite identificar los grupos de riesgo de salud. Por ejemplo, debido a la desigualdad social, los grupos que viven en pobreza tienen mayores dificultades para apegarse a las intervenciones gubernamentales en caso de una pandemia o brotes de importancia epidemiológica.

Adherencia a conductas preventivas

Se requiere urgentemente intervenciones efectivas para aumentar la adherencia a las conductas que los individuos en las comunidades pueden adoptar para protegerse a sí mismos y a los demás. Sin embargo, es importante considerar que la adherencia al tratamiento es una evaluación clínica para medir la eficacia de las intervenciones farmacológicas, y consiste en el cumplimiento de un tratamiento farmacológico (por ejemplo, tomar una pastilla cada 8 horas). La Organización Mundial de la Salud menciona que hay incumplimiento en los tratamientos a largo plazo hasta en un 50% y ésta es la

³³ Lee M, You M. Psychological and Behavioral Responses in South Korea During the Early Stages of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:E2977. Published 2020 Apr 25. doi:10.3390/ijerph17092977

³⁴ Urbina Fuentes M, González Block M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. 1ra ed. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (Mx); 2012 [citado 10 oct 2017]. Disponible en: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/Ss2012_Li_Importancia.pdf.

causa principal de que no se obtengan todos los beneficios específicos de los medicamentos.

Una intervención no farmacológica es mucho más compleja, ya que es mucho más fácil tomar una pastilla que cambiar un estilo de vida. Por ejemplo, para las enfermedades crónicas el cambio de la dieta y hacer ejercicio son aspectos incumplidos en el tratamiento. Entonces las barreras son de mayor complejidad, sobre todo cuando la cultura y creencias están involucradas, por ejemplo en México las familias han anulado el distanciamiento social por los rituales a sus muertos, aunque haya restricciones, las tradiciones para despedir a sus seres queridos se pierde casi por completo la protección sanitaria.

Conclusiones

COVID-19 es una nueva enfermedad emergente que ha afectado a casi todos los países del mundo y aún no contamos con el tratamiento eficaz confirmado por la ciencia. Aplicar las intervenciones no farmacológicas eficientemente depende de que se entiendan los factores o barreras asociadas a las conductas preventivas, lo que permitirá el desarrollo de estrategias educativas como la alfabetización en salud óptima y permanente para afrontar enfermedades emergentes nuevas, mediante las intervenciones no farmacológicas.

Referencias

- Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis [published online ahead of print, 2020 Apr 2]. *Health Promot Int.* 2020;daaa040. doi: 10.1093/heapro/daaa040
- Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020;9:29. Published 2020 Mar 17. doi:10.1186/s40249-020-00646-x

- Alegado, S. Global Cost of Coronavirus May Reach \$4.1 Trillion, ADB Says. Bloomberg <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-03/global-cost-of-coronavirus-could-reach-4-1-trillion-adb-says> (2 April 2020).
- Atlani-Duault L, Rousseau C, Moatti JP, et al. Behavioural research in epidemics. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(7): 567–8.
- Aylward, Bruce (WHO); Liang W (PRC). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). WHO-China Jt Mission Coronavirus Dis 2019 [Internet]. 2020; 2019(February):16–24. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- Bell D, Nicoll A, Fukuda K, Horby P, Monto A, Hayden F, et al. Nonpharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 12(1). <https://doi.org/10.3201/eid1201.051370>
- Carico R, Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2020:1–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.017>
- CDC. DETENGA LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19. 2020. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/C_GLOBAL_T-HAN_SPANISH_3-28-20-p.pdf
- Chung RY, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *BMJ*. 2020;369:m1329. Published 2020 Apr 1. doi:10.1136/bmj.m1329
- Cowling, B. J. et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health* [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6) (2020).

- Dirección General de Recursos Humanos. QUÉDATE EN CASA. 2020. Disponible en: <https://www.tjagto.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/PROGRAMA-SCJN-QUEDATE-EN-CASA.pdf>
- Dominguez P. Los temas de AMLO en la Mañanera del 07 de mayo. Disponible en: <https://www.milenio.com/politica/amlo-temas-conferencia-mananera-07-mayo>.
- Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci.* 2020;50(SI-1):571-577. Published 2020 Apr 21. doi:10.3906/sag-2004-146
- Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2017;100(6):1073-1082. doi:10.1016/j.pec.2017.01.015
- Lee M, You M. Psychological and Behavioral Responses in South Korea During the Early Stages of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:E2977. Published 2020 Apr 25. doi:10.3390/ijerph17092977
- Lin L, McCloud RF, Jung M, Viswanath K. Facing a Health Threat in a Complex Information Environment: A National Representative Survey Examining American Adults' Behavioral Responses to the 2009/2010 A(H1N1) Pandemic. *Heal Educ Behav.* 2018;45:77-89.
- Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health.* 2020;5(5): e249-e250. doi:10.1016/S2468-2667(20)30086-4
- Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. Unraveling R0: Considerations for public health applications. *Am J Public Health.* 2018;108:S445-54.
- Sentell T, Vamos S, Okan O. Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9):3010. Published 2020 Apr 26. doi:10.3390/ijerph17093010

- Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2020;77:47–53
- Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87:281-286.
- Srivastav A, Santibanez TA, Lu PJ, et al. Preventive behaviors adults report using to avoid catching or spreading influenza, United States, 2015-16 influenza season. *PLoS One.* 2018;13:1–16.
- SteelFisher GK, Blendon RJ, Ward JRM, et al. Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: A polling study in five countries. *Lancet Infect Dis.* 2012;12:845–50.
- Urbina Fuentes M, González Block M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. 1ra ed. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública (Mx); 2012 [citado 10 oct 2017]. Disponible en: http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/Ss2012_Li_Importancia.pdf.
- West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nat Hum Behav.* 2020;4(5):451-459. doi:10.1038/s41562-020-0887-9
- Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27:1–4.
- Wu P, Hao X, Lau EHY, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Euro Surveill.* 2020;25:2000044. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000044
- Zheng J. SARS-CoV-2: an Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. *Int J Biol Sci.* 2020;16:1678-1685.

Enmascarados por la pandemia. Aporías y certezas en el uso de cubrebocas y protectores faciales en la pandemia Covid-19.¹

Jesús Armando Haro²

Resumen: En este trabajo se revisan aspectos clave para proponer un uso razonado de cubrebocas y protectores faciales, mediante la narración y análisis de hechos y argumentos acerca del tema en la presente pandemia. La aplicación de los aportes de las ciencias sociales a la gestión epidemiológica, así como las experiencias de actores significativos, se plantea como una estrategia necesaria para completar las perspectivas científicas sobre prevención, lo que implica reconocer la coexistencia de factores relacionales, económicos, políticos, tecnológicos, ecológicos, psicológicos y culturales en su implementación para uso público.

Palabras clave: Cubrebocas, mascarillas, protectores faciales, epidemiología sociocultural, pandemia Covid-19 en México.

¹ Una compilación documental sobre este tema se encuentra en <https://es.slideshare.net/JESUSARMANDO HARO>, con el título “Dossier cubrebocas-y-mascarillas-protectoras-en-la-pandemia-covid-19”.

² Médico con especialidad en medicina familiar (IMSS-UNAM), Maestro en Ciencias Sociales (Universidad Autónoma de Guerrero). Doctor en Antropología Social por la Universitat Rovira i Virgili, España. Profesor investigador del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora. Correo: aharo@colson.edu.mx. Publicaciones recientes: *Políticas comparadas en saúde indígena na América Latina* (2015); *Patrimonio biocultural y diálogo de saberes. Los guarijos de Sonora y el proyecto de presa Los Pilares en el Río Mayo* (2019); “A la buena de Dios”. La respuesta social ante la pandemia Covid-19 en México y los pueblos indígenas” (2020).

Masked by the pandemic. Doubts and certainties in the use of face masks and respirators in the Covid-19.

Abstract: This work reviews key aspects to propose a reasoned use of face masks and respirators, through the narration and analysis of facts and arguments on the subject in the present pandemic. The application of the contributions of the social sciences to epidemiological management, as well as the experiences of significant actors, is proposed as a necessary strategy to complete the scientific perspectives on prevention, which implies recognizing the coexistence of relational, economic, political, technological, ecological, psychological and cultural issues in its implementation for compulsive public use.

Key words: Face masks, respirators, sociocultural epidemiology, Covid-19 pandemic in Mexico.

Fecha de recepción del artículo: 25-agosto-2020

Fecha de aceptación: 24-septiembre-2020

Introitus personis inductis: las mascarillas en debate

El asesinato del joven albañil Alejandro Giovanni López (4 de mayo, 2020), por la policía de un pueblo en Jalisco, motivado por no llevar puesto un cubrebocas, ha pintado de rojo el debate sobre su uso en el país, llevando en ese estado a la protesta ciudadana en un momento climático en que se ha decretado su porte obligatorio en varias ciudades mexicanas, como insumo necesario para acabar con la cuarentena.

A muchos esto les parece coercitivo, mientras que para otros solamente es una parte de las medidas incorporadas ante la pandemia, lo que hace ver los distintos estilos de afrontamiento ante el riesgo que coexisten.

Se expresan elocuentemente en el que acaso sea el símbolo más visible y emblemático de esta pandemia, que comenzamos a ver en las calles, especialmente desde el 28 de febrero, cuando se reportaron los primeros tres casos de Covid-19 en México. Como revisaremos en este trabajo, el tema de los cubrebocas y protectores faciales como preventivos posee varias aristas que denotan que el asunto,

lejos de acotarse a lo biológico y epidemiológico, incide en esferas económicas, sociales, políticas y culturales. Su manejo, ambiguo y fragmentado, ha generado confusión en la opinión pública, no sólo en México, sino a nivel mundial.

Y es que el rango de su prescripción ha ido desde su implementación obligatoria, temprana en China, Corea, Japón y otros países asiáticos, seguida luego en otros países, regiones o ciudades, cuando en Europa se ignoraban y en algunos sitios, como Brasil y Estados Unidos, se desaconsejaron incluso enfáticamente, pasando en este último país del “Dejen de comprar mascarillas”, a decretar “Mascarillas para todos”.

Con recomendaciones ambiguas para su uso en la calle, si permanente o selectivo, patente en las cambiantes recomendaciones del *Center for Disease Control* (CDC) de EE.UU., al igual que de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que los menospreció para terminar recomendándolos.³

En México, su uso se incrementó desde el 18 de marzo, cuando se registró la primera muerte y algunos negocios comenzaron a exigirlos, mientras el virus se expandía por Asia, Europa y el continente americano, y George Gao, director del Centro Chino de Prevención y Control, señalaba el gran error de no implementarlos masivamente.

La “cuarentena” (Jornada Nacional de Sana Distancia), inició en México el 25 de marzo sin recomendarlos. Tampoco se optó por cerrar fronteras, aeropuertos, caminos o medios de transporte, aunque algunas comunidades rurales clausuraron el ingreso, estableciendo retenes.

En las conferencias vespertinas se aclaró que el objetivo se concentraría en aplanar la curva de incidencia para evitar el colapso de los servicios de salud, mientras se habilitaban

³ “Si está usted sano, sólo necesita llevar mascarilla si atiende a alguien en quien se sospeche la infección por el 2019-nCoV. Lleve también mascarilla si tiene tos o estornudos” (OMS 2019). Además, la OMS recomienda cambiarse de mascarilla cuando se humedezca, así como no reutilizar las que son de un solo uso. Hay que quitárselas por detrás, sin tocar la parte delantera de la mascarilla y después desinfectarla o desecharla en un recipiente cerrado, lavándose cuidadosamente las manos con un desinfectante a base de alcohol o con agua y jabón.

hospitales y se concertaban convenios entre instituciones públicas y privadas para la atención.

Comenzó la restricción domiciliaria, mientras algunos gobiernos estatales y municipales decretaron medidas suplementarias: cerrar negocios no esenciales, prohibir la venta de bebidas alcohólicas, restringir el número de ocupantes en vehículos o fumigar espacios públicos.

Se definió una estrategia de seguimiento basada en la notificación y sitios centinelas, siendo muy cuestionada la baja aplicación de pruebas diagnósticas, prácticamente sólo para personas hospitalizadas y poco accesibles fuera del sector público, donde además escasearon, al igual que el resto de los componentes de los Equipos de Protección Personal (EPP) y otros insumos.

A pesar de que el Gobierno creó una aplicación para teléfonos móviles (APPCOVID19-MX), fue muy escasa su utilización, a diferencia de lo ocurrido en países asiáticos.

Como en otros lugares, el tema se politizó, culpando la oposición a las autoridades sanitarias por no hacerlos obligatorios, aunque a finales de abril el Gobierno de la Ciudad de México, así como de otras ciudades mexicanas, e incluso estados, como Coahuila, Jalisco y Yucatán, implementaron su uso compulsivo en la vía pública, a la par de otras medidas encaminadas a prevenir la transmisión: restricción a la circulación de las personas, limitar los ocupantes por vehículo, suspender actividades productivas “no esenciales” y difundir información sobre las ventajas de quedarse en casa, lavarse las manos con frecuencia, guardar la sana distancia, aislarse y dar aviso en caso de presentar síntomas.

En abril, pasada la Semana Santa, cuando la cifra de muertos en México ascendía a 60 personas, iniciaron protestas populares por la falta de apoyos e incluso saqueos de comercios.

El gobierno federal autorizó un presupuesto especial para insumos médicos, mientras algunos municipios implementaron toque de queda, multando incluso a

quienes se ejercitaban en la vía pública o no portaban mascarillas.⁴

Virología y protectores en la prevención de enfermedades respiratorias agudas

Gran parte de la confusión respecto a los cubrebocas, también llamados mascarillas, y protectores faciales, nombrados asimismo “respiradores” o “barbijos”, procede de la incertidumbre que ha generado la información cambiante en torno a la pandemia, debido a la novedad del agente causal y a la rapidez con que se han desarrollado investigaciones pertinentes. Hasta ahora, la línea oficial ha sostenido que el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 solo puede transmitirse a través del contacto cercano con personas infectadas o superficies contaminadas, pero informes recientes sugieren que puede propagarse por el aire (van Doremalen et al. 2020, Yong 2020). Igualmente son volubles las noticias sobre la inmunidad que deja su infección, la efectividad de cerca de 60 medicamentos hasta ahora ensayados, así como el desarrollo de una vacuna y su accesibilidad.

⁴ “...con la pandemia del coronavirus el cubreboca se ha convertido en un símbolo polisémico. Para unos, quienes están preocupado por la propagación del virus SARS-CoV-2, el uso de cubreboca representa que te preocupan las personas de tu comunidad y su salud; en cambio, para quienes la pandemia ha afectado su economía, que tienen que salir a buscarse la vida en una recesión, el utensilio de salud ahora significa la imposición de medidas de salud pública que están afectando su vida e incrementan la desigualdad social entre quienes pueden quedarse en casa sin muchos problemas y aquellos que no. Esto último a detonado que en varias partes del país se vivan escenas que en mayor o menor medida muestran la frustración y el descontento social en donde el uso de cubreboca se ha convertido en el detonante de violencia y abuso policial como sucedió San Luis de la Paz, Guanajuato, donde policías municipales sometieron a golpes a una persona por no llevar puesta la mascarilla, o aquí en Hermosillo donde el cliente de un supermercado noqueo a un empleado que le pidió usar el utensilio médico. Entre todos los casos de violencia de la semana pasada, el de Giovanni López, en Ixtlahacán de los Membrillos, municipio gobernado por el PRI, cobró relevancia nacional con un cabeceo en las notas que directamente acusó a la policía estatal como responsables del brutal asesinato, cuando el abuso policial fue cometido por policías municipales. Las escenas de abuso policial, tanto en Jalisco, como en Guanajuato y en Baja California, cobran relevancia frente a la opinión pública porque evidencian la mala formación de los cuerpos policiales, su incapacidad para hacer un uso proporcional de violencia, así como su desconocimiento de los derechos humanos” (Ceniceros 2020).

No obstante, algunos lineamientos son útiles para su aplicación poblacional, puesto que constituyen una de las estrategias más accesibles y eficaces para disminuir el riesgo de contagio, especialmente en el nivel poblacional.

Comprender lo que se debate en el caso de las mascarillas, nos lleva a advertir, en primer término, dos aspectos que, aunque son complementarios, no dejan de ser diferentes: la prevención pensada en términos individuales, yo y mi familia, y desde la salud pública, hacia la inmunidad colectiva, lo que conlleva considerar que aquí lo relevante no es abolir sino retrasar el contagio, “aplanar la curva para no sobrecargar los servicios de salud”. En cambio, desde la prevención clínica, conviene distinguir las condiciones en las que se encuentra cada grupo doméstico, donde cabría diseñar rutinas para familias con miembros vulnerables por el riesgo de letalidad.

El uso de protectores faciales debe orientarse por una lógica que razone su uso para disminuir el riesgo de contagio, sin olvidar que es solamente una medida complementaria que no impide absolutamente la transmisión viral. En segundo lugar, conviene revisar algunos aspectos clave de la biología del SARS-2, el agente causal de la Covid-19, así como de su recepción por el cuerpo humano.

Este tipo de betacoronavirus mide entre .05 y 0.2 μm (micrones) de diámetro. Es una forma “vital” que solo puede expresarse si infecta a células vivas, donde se reproduce. Se transmite a través de gotículas y microgotículas que se esparcen respectivamente en spray (partículas mayores de 10 μm) y aerosol (menores de 10 μm), con secreciones orales y respiratorias, al hablar, estornudar o toser, siendo su período promedio de incubación de 5.1 días, aunque la gran mayoría de casos cursan asintomáticos, sin conocerse aun con precisión el tiempo en que se transmite, señalándose un rango que puede ir desde tres días antes de los síntomas y hasta quizás 15 días después, si acaso se manifiestan.

Las partículas virales pueden evaporarse o caer al suelo dentro de dos metros, pero también sobrevivir hasta siete horas en ambientes cerrados, donde se esparcen a mayor distancia, aunque disminuyendo su concentración, como sucede en superficies plásticas y metálicas, donde persiste

entre tres horas y nueve días sí hay condiciones ambientales propicias, pues al parecer se inactiva relativamente pronto (una hora) bajo el sol, en condiciones aireadas (Cyranoski 2020, Kampf et al 2020).⁵

Aunque desconocemos factores clave en su transmisión y marca inmune, los datos indirectos acerca de otros coronavirus (SARS) sugieren que la infección por SARS-CoV-2 genera inmunidad tras la recuperación, dado que se trata de un virus ARN y no de ADN, como el VIH. Pero, puede ser letal para quienes necesitan ser hospitalizados, en su mayoría, tercera edad y enfermos crónicos, aunque también han muerto jóvenes, adultos más o menos sanos, embarazadas y niños, incluso personal de salud, conjuntando más de 140 muertes de las más de 13 mil defunciones registradas en la primera semana de junio.⁶ Todos estos elementos son muy relevantes para discernir la utilidad, tanto de su uso como del modo de portarlos y mantenerlos.

Por ello, es importante la ingeniería sanitaria de los materiales, el grado de sello, su correcto uso, pues es muy distinta la capacidad de un cubrebocas a la de un “respirador” N95, capaz de filtrar, como su nombre, sugiere, hasta el 95% de las partículas aéreas, gracias a su filtro de nanofibras de polipropileno, garantizado para no dejar pasar microgotículas, aunque no sirve para gases o vapores, a pesar de que crea un sello hermético de boca y nariz, muy incómoda en usos prolongados, y aunque son más caras, se consideran reusables. En cambio, los cubrebocas (llamados también “mascarillas quirúrgicas”) son desechables y solo protegen contra gotículas visibles.

⁵ Por ello, se dice que los protectores faciales no bastan, pues se señala que existe la posibilidad de adquirirlo a través de las conjuntivas (Wu et al. 2020), aunque es mucho más factible que la principal vía sea la nasofaríngea, donde hay abundantes proteínas ACE2 a las que se liga el virus.

⁶ Aunque aún es difícil calcular los impactos de la pandemia, debido a la forma tardía en que se actualiza la información oficial, merece apuntar que las muertes en el personal de salud deben considerarse evitables, atribuibles a errores de planeación, como señala una nota periodística (Desinformémonos 2020): “En México murieron 149 personas del sector salud para un total de 5,666 muertes por coronavirus, informaron las autoridades del sector. Esto significa que 2.6 % de los fallecidos por Covid-19 pertenecieron al sector salud, lo que indica que los trabajadores de salud mexicanos están muriendo a tasas más altas que en otros países (por falta de material de protección adecuado) o que existe un subregistro en la cifra total de muertes en el país debido a Covid-19, o ambas”.

Son útiles para obstaculizar partículas grandes que pueden contener virus, bacterias u otros gérmenes, pero no los que se transportan en aerosol. No obstante, aunque no son tan eficaces para evitar la adquisición de gérmenes, si sirven para limitar su diseminación, al igual que las mascarillas artesanales, aun cuando sean de filtrado menos efectivo, que depende de la técnica y tipo de materiales, pero que son una barrera especialmente útil para no transmitir a los demás, en su mayoría reusables previa desinfección.

Hay que tomar en cuenta que desde la influenza “española” de 1918 se comenzó a usar protectores faciales como medida preventiva, aunque el uso de mascarillas, bufandas, pañuelos, mascadas y otros trapos ha sido proverbial en otras epidemias, pero no fue sino hasta 1972, cuando la empresa 3M desarrolló el primer “respirador” capaz de filtrar micropartículas, con una tecnología desarrollada a partir de la fabricación de *brassiers*. Desde antes de la pandemia de gripe A (H1N1) de 2009, se comenzó a debatir sobre la utilidad preventiva tanto de cubrebocas como respiradores N95, especialmente en trabajadores de la salud, siendo en 2013 cuando el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) de Estados Unidos instituyó emplearlas obligadamente en hospitales con riesgo de contagios respiratorios, aunque apenas en 2018 se inventó la *Gesundheit II Machine*, que permite el análisis cuantitativo de la carga viral de secreciones respiratorias en un ambiente controlado.

Diversos estudios efectuados en las dos últimas décadas han evidenciado hallazgos propicios para recomendar el uso de ambos en circunstancias específicas, especialmente para el personal de salud, aun cuando algunas investigaciones no han mostrado diferencias significativas en su uso comunitario (MacIntyre et al 2009), siendo el tamaño de un microorganismo un factor clave para asegurar la efectividad del tipo de protección (Johnson et al 2009, Rengasamy, Eimer y Shaffer 2010).

Otros trabajos señalan los efectos negativos del uso prolongado del mismo cubrebocas o mascarilla, aduciendo que el aliento las humedece y eso favorece la creación de reservorios para diversos microorganismos, por lo que se recomienda usarlas por tiempo limitado o cambiarlas (Mohan y Misra 1996, Milton et al 2013), además de cuidar

otras medidas, como no tocarla por el frente al quitársela, proceder a desinfectarla, con varios métodos.⁷ La desinformación, llamada “infodemia” por las autoridades sanitarias, ha ocasionado que cundan rumores sobre el peligro de hipercapnia por monóxido de carbono, secundaria al uso de mascarillas, lo cual según expertos solo sucede con protectores faciales en situaciones uso prolongado cuando hay estrés y comorbilidad, pero no con cubrebocas (Gillespie 2020).

Se han publicado además investigaciones que resaltan el impactos de los protectores en la prevención de enfermedades respiratorias agudas, su incremento de acuerdo a la incidencia de casos y cómo influyen en el distanciamiento físico, destacando que rara vez fueron usados de manera única, sino en conjunto con otras medidas preventivas, como el lavado de manos, el cierre, control y desinfección de superficies en espacios públicos, el estornudo de cortesía (Howard et al 2020). Algunos trabajos concluyen que los protectores faciales son quizás la medida preventiva de mayor costo-beneficio, estimando una reducción de contagios de 10% en la población general y hasta del 50% en quienes las portaron (Mniszewski et al 2013), mientras que se destaca que la reducción de la transmisión es relativa en función de su uso colectivo (Yan et al. 2018).

A pesar de estos hallazgos, son varias las revisiones sistemáticas (Stern et al 2020, Smith et al 2015, Smith et al 2016, Xiao et al 2020) que señalan que los estudios no son concluyentes. Por ello, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, aseguró en abril que “el uso de cubrebocas tiene una pobre utilidad o una nula utilidad” (El Sol de México 2020). Sin embargo, es pertinente precisar que estas y otras apreciaciones excluyen la mayoría de miles de trabajos realizados, debido a que no cumplen con ciertos criterios estipulados, como la selección de las muestras, la ausencia de pruebas adecuadas y otras estrategias de control, para concluir, paradójicamente, que la información no es concluyente, por no ser consistente ni comparable, siendo una de

⁷ La OMS recomienda actualmente (junio, 2020) utilizar mascarillas de tres capas, una interior de algodón, otra de polipropileno, y una exterior de poliéster. Aconseja lavarlas a diario, idealmente a 60 grados o desinfectándolas un minuto con cloro y enjuagándolas bien.

las críticas más comunes el pocos de los estudios son ensayos clínicos controlados (Haushofer y Metcalf 2020).⁸ Se desechan con ello, hallazgos relevantes, como experimentos comunitarios en escuelas japonesas, donde los cubrebocas demostraron ser efectivos (Chu et al 2020, Leung et al 2020), incluso tanto como las vacunas (Uchida et al 2017); ensayos clínicos controlados en servicios de salud, que demuestran en otras revisiones sistemáticas su eficacia para prevenir infecciones respiratorias agudas (Offedu et al 2017); otras resaltan la sinergia de medidas (Cohen y Corey 2020, Pan et al 2020), cuando se combinan, por ejemplo, con el lavado de manos (Aiello et al 2012, Smith 2015).

Algunos recomiendan el uso de cubrebocas solo por períodos cortos, especialmente en situaciones con alta densidad de personas, y, especialmente en quienes son más vulnerables a contagiarse o padecer formas graves de la Covid-19 (Brainard et al 2020). Como varios investigadores señalan, siempre es mejor portar alguna barrera si se considera no solamente la posibilidad del contagio, sino también la intensidad o carga viral de la exposición (Milton et al 2013). Nuestro sistema inmunológico tiene posibilidades de salir mejor librado con una carga mínima, incluso repetida, que a una invasión masiva de virus, cuyo resultado inmunológico puede ser la reducción de las defensas antivirales innatas junto con una tormenta citoquímica inflamatoria y un estado de propensión a la coagulación sanguínea, al parecer característica de la fisiopatología de la COVID-19 (Blanco Melo et al 2020, Cao y Li 2020).

Tampoco mencionan los críticos del uso público porque especialistas que tienen años investigando sobre el tema, como Robert Hecht, Nancy Leung, Raina MacIntyre y Shan Soe-Lin, entre otros, recomiendan cualquier tipo de protección facial en situaciones de riesgo, como medida de prevención personal y también colectiva, pues, finalmente se trata de reducir el ritmo de incidencia y no de abolir

⁸ Como mencionan estos autores, las intervenciones comúnmente se aplican sin rigor científico, lo que para ellos excluye a gran parte de las investigaciones no aleatorias. Señalan, no obstante, que los modelos matemáticos y estadísticos aunque son buenos en teoría para predecir, fallan al no considerar variaciones en el ritmo de contagio, muy relacionadas con el comportamiento social.

el contagio, para lo cual sería quizás necesario masificar el uso de las N95 a nivel comunitario, así como aplicar otras medidas ya comprobadas. Además de las descritas, el monitoreo de temperatura, el seguimiento de casos y contactos, los test a sospechosos y muestreos centinela, que debieran sumarse a una estricta restricción domiciliaria. Pero no sería deseable para la inmunidad de grupo, como tampoco lo es prolongar demasiado tiempo la cuarentena, por sus impactos económicos y sociales.

Los factores socioculturales de las mascarillas

Durante esta pandemia el uso de los protectores faciales se ha politizado especialmente a partir de la especulación subsecuente a la alta demanda y la escasez mundial, que ha incrementado, por ejemplo, el precio de la N95 de 0.65 centavos de dólar a casi tres por unidad, además de provocar actos internacionales parecidos a la piratería (The Guardian 2020).⁹

La escasez contrasta con la contaminación registrada en varias playas del mundo con los desechos, denunciados ya desde marzo (Mavrokefalidis 2020). También con los justos reclamos del personal de salud a nivel nacional e internacional; con la creatividad para diseñar diversos tipos de protectores, incluyendo máscaras totales en 3D de materiales renovables creados en universidades; respiradores de sello hermético de inspiración ciudadana fabricados con toallas industriales, mallas de cobre y otros “Tejidos No Tejidos” (TNT) de polímeros; los artesanales, estampados o bordados, incluso de palma, elaborados por comunidades indígenas y campesinas.¹⁰ Toda esta creatividad autogestiva ocurre al margen de la planeación epidemiológica, sin considerarse como respuesta efectiva

⁹ “Sin las capacidades de producir por sí mismos mascarillas en número suficiente, muchos países occidentales buscan comprar millones de cubrebocas, principalmente en Asia, una situación que ha conducido a muchos a pasar por alto las reglas de intercambios mundiales”.

¹⁰ “Aunque evidentemente no son funcionales, las mascarillas de protección hechas con materiales naturales refieren el poco acceso de la población de las comunidades y pueblos indígenas a material y equipo especializado para cuidar su salud e integridad física y evitar el contagio masivo del virus. Así mismo expresa la conciencia del cuidado y autocuidado que tienen en el medio rural de Oaxaca y que ha sido más difícil adoptar en zonas urbanas en las cuales pese a los llamados de permanecer en casa, la gente sale a las calles sin importar el riesgo al que se exponen” (Aragón 2006).

e inmediata ante la creciente demanda, pues desde junio la OMS ha recomendado su uso en situaciones de alta transmisibilidad, aunque aún no se ha pronunciado respecto a la ventilación de los espacios cerrados.¹¹

Aunque todavía se desconocen los efectos climáticos en la biología del virus, resta por comprobar la efectividad de otras prácticas, como la ventilación de espacios públicos (Gao et al 2016), la humidificación de ambientes secos (Reiman et al 2018) y el uso selectivo de luz ultravioleta para desinfectar objetos (McDevitt et al 2012). Por esto, el uso razonado de protectores se justifica tanto clínicamente en casos vulnerables como a nivel colectivo, pues hay trabajos recientes que sugieren que casi 80% de los contagios ocurre mediante contacto con personas que no son diagnosticadas, como se demostró en China (Li et al 2020). Otros trabajos (Backer 2020) sugieren la influencia de la luz solar en la transmisión y un mejor curso clínico de Covid-19 en infectados, aunque la información sobre los efectos climáticos aun no es concluyente (O'Really, K. M. Auzenberg, Y. Jafari et al. 2020), pero sugiere de que los contagios se facilitan en ambientes fríos y húmedos. El ejercicio, que combina aire y luz solar, es una de las pocas estrategias comprobadas para aumentar la inmunidad (Shephard, et al 1991).

Varios antropólogos han escrito sobre los aspectos culturales del ir enmascarados en esta pandemia, señalando como en Occidente inicialmente se consideraban fuente de estigma, mientras que en Oriente, acostumbrados desde hace años a su uso por la contaminación y otras experiencias epidémicas recientes, sucede todo lo contrario: no usarla es falta de cortesía. En cambio, acá se habla de la vergüenza que suscita, tanto por posible expresión de indiferencia hacia los demás, cuando no se usa, como por mostrar debilidad en quienes sí las usan (Crump 2020, Wilkinson 2000). Se comenta que se van incorporando a medida que avanza una epidemia según el riesgo percibido. Y se denota en su uso diferenciado, no solamente en los tipos de protectores, sino

¹¹ “Los Gobiernos deberían alentar a la ciudadanía a portar mascarilla cuando hay una transmisión generalizada [del coronavirus] y es difícil establecer un distanciamiento social, como sucede en el transporte público, en tiendas o en otros lugares concurridos o confinados”, indicó el director general de la organización, Tedros Adhanom Ghebreyesus” (Deutsche Welle 2020).

en los modos de uso y en diseños creativos y sofisticados, señalando que las mujeres y los adultos mayores son más propensos a portarlos. Hay quienes los usan todo el tiempo cuando salen a la calle, o quienes los lucen debajo de la nariz o sobre el cuello, todo lo cual evidencia un uso incorrecto; aun cuando las autoridades sanitarias han elaborado recomendaciones propicias, pero aun inespecíficas. Como señalan Shuo Feng et al (2020), las recomendaciones son muy variadas entre los países, indicadas exclusivamente para sintomáticos, para personas en riesgo –con criterios contrastantes– o para todos.

Christos Lynteris, antropólogo especialista en epidemias, escribió recientemente en *The New York Times*: “Comprender las epidemias no solo como sucesos biológicos, sino también como procesos sociales es clave para una contención exitosa.

Los miembros de una comunidad usan mascarillas no solo para protegerse de la enfermedad. También las usan para demostrar que quieren estar, y sobrellevar, juntos el flagelo del contagio”. Esto nos señala uno de los cambios culturales de la pandemia presente, donde está dejando de ser causa de estigmatización para convertirse en marca de cortesía. Si bien se alude que usar mascarilla puede llevar a soslayar el resto de las medidas, como desinfectar los artículos que se traen a casa o quitarse los zapatos, en la práctica uno observa que al llevarla se facilita mantener la atención en estas y otras preventivas, actuando como recordatorio. No obstante, su uso razonado depende de la persona y el contexto.

Sí a nivel doméstico se cuida a una persona vulnerable se recomienda la mascarilla quirúrgica o cubrebocas, solo en los momentos cercanos. Sí se trata de salir, portarla únicamente en lugares donde no se garantiza la sana distancia o se encuentran cerrados, sin ventilación natural, para lo cual lo mejor es conseguir una mascarilla artesanal, preferentemente fabricada con nanofibras sintéticas. Sí se tienen síntomas, no salir más que para ir al médico, en cuyo caso, es muy importante portar protección todo el tiempo. Su uso en personas que no están en restricción domiciliaria, como los comerciantes y otros trabajadores, debe guiarse por las circunstancias en aglomeración, como el transporte público.

Las N95 hay que dejarlas para el personal de salud, pues están escasas y ya son casi dos mil trabajadores de la salud que han sido infectados en México. Sí acaso ya contamos con una, recordar que no se recomienda usar más de 5 veces, aunque con el principio relativo y complementario que se recomienda, puede alargarse su uso si se desinfecta con agua y jabón y se seca al sol. Actualmente tiende a consolidarse la evidencia del importante papel que tienen los portadores asintomáticos del virus en la transmisión de la enfermedad, por lo que el protector se perfila como una medida sensata para incorporarse colectivamente, lo cual requiere diseñar modelos y modos de uso acordes a lo que cada situación amerita en lo particular, con criterios bioecológicos, socioeconómicos y culturales. El asunto denota que el sentido común necesita de la ciencia, pero que está también debe beneficiarse del buen sentido, referido a lograr más con pocos recursos.

Cómo señalan algunos expertos, la pandemia ha denotado la necesidad de integrar visiones y saberes no solamente interdisciplinarios, sino los que surgen desde las experiencias autogestivas.¹² En este sentido, la recuperación del sentido común que implica el uso razonado de cubrebocas, abarca también a otras de las llamadas “medidas no farmacológicas” en la gestión de la pandemia, en cuya aplicación se ha hecho poco uso de las ciencias sociales (Ripoll 2020).¹³

¹² “Las perspectivas de las ciencias sociales pueden tener un papel más amplio en la configuración de respuestas e información de políticas, más allá de comprender las respuestas sociales, el contexto social, señalar las vulnerabilidades sociales y las ansiedades subyacentes a los “rumores”. Las percepciones de las ciencias sociales pueden ayudar a matizar las suposiciones detrás de los modelos matemáticos y rastrear las consecuencias no deseadas de las medidas de salud pública. Además, es importante analizar qué supuestos enmarcan las políticas y las implicaciones biopolíticas de tales políticas. El análisis continuo de las narrativas emergentes sobre los brotes y la respuesta a la enfermedad, cuya voz es dominante y qué dinámica de poder están en juego, sigue siendo crítico, al igual que el análisis de los impactos sociales, políticos y económicos a largo plazo de las epidemias” (Leach, MacGregor, Wilkinson y Scoones 2020).

¹³ Como señala Ian Scoones (2020): “‘Como aprendimos de la crisis del ébola en África occidental, sin vincular la respuesta a la enfermedad con los conocimientos prácticos locales y los entendimientos culturales, hay pocas posibilidades de éxito. Esto es mucho más que mensajes de ‘ciencia del comportamiento’ y ‘teoría del empujón’ diseñados por expertos, y requiere el compromiso con aquellos afectados y que viven con la enfermedad. Para, al final, las pandemias son mejor derrotadas a través de formas locales de solidaridad, ayuda mutua y la innovación basada en entornos particulares, y los modelos científicos y los planes de emergencia deben trabajar con dichos procesos. Las respuestas a las enfermedades pueden ser informadas por la ciencia (o más bien por múltiples ciencias), pero deben ser dirigidas por personas”.

Así lo denota el escaso uso de métodos etnográficos, sin descartar los virtuales, para anticipar las situaciones de riesgo, tanto en la vía pública como en los espacios laborales, lo que atañe principalmente a diferenciar el riesgo según grupos de población y uso de los espacios, así como participar en el diseño de las recomendaciones sanitarias para disminuir el ritmo de los contagios (Ferguson et al 2020).

Los historiadores de la medicina han documentado ampliamente la utilidad ancestral de varias medidas protectoras en las epidemias, como las mascarillas, las cuarentenas, el control de casos y el cierre de fronteras (Perdiguero y Moreno 2020).

Motivados por el sentido común, dado que aún no existía la microbiología, aireaban los espacios cerrados e imponían barreras intuitivas a la transmisión de la enfermedad, incluso en padecimientos no respiratorios, como el cólera. Por esto, sorprende que en la presente pandemia las recomendaciones para el uso de cubrebocas, como también de otras medidas “no farmacológicas”, se halla enfrascado en un debate innecesario, puesto que ya existían suficientes evidencias científicas y abundante experiencia colectiva de trazo histórico.¹⁴ En este sentido, el manejo errático evidencia los escuetos límites de una epidemiología que continúa abordando de forma descontextualizada los problemas de salud, sin incorporar cabalmente ni los aportes de las ciencias sociales, como tampoco la experiencia clínica y popular, lo que implica el empleo conjunto de perspectivas y métodos cualitativos además de los cuantitativos, como propone la epidemiología sociocultural (Haro 2013).¹⁵

¹⁴ Este debate puede revisarse en Bastian (2020), Infobae (2020), El Sol de México (2020) y Pappas (2020).

¹⁵ La relevancia de la participación en esta pandemia se comenta como elemento clave en su gestión. Como mencionan Leach, Parker, MacGregor y Wilkinson (2020): “La coordinación de iniciativas comunitarias es una parte esencial de la respuesta colectiva. Ya hemos visto cómo la COVID-19 ha ocasionado la organización social espontánea. En los últimos días hemos visto instituciones, sindicatos, consejos y vecindarios tomando medidas colectivas, en parte como respuesta al retraso percibido en la acción gubernamental. ¿Cómo toman en cuenta los modelos [epidemiológicos] tales alentadores aportes en la dinámica social?” (traducción nuestra).

De modos distintos, Allan Young (1982) y Juan Samaja (2004), proponen que todos los asuntos y problemas de salud se definen siempre en tres dimensiones inextricablemente enlazadas, que refieren a lo biológico-ecológico, sus impactos sociales -donde se incluyen aspectos relacionales, económicos, geográficos y políticos-, y la dimensión inmaterial que abarca ideas, paradigmas, valores, costumbres, valores, identidades, estilos de afrontamiento y conductas.¹⁶

Así, cubrebocas y protectores cumplen funciones diversas, antagónicas y complementarias, que van mucho más allá de un uso científicamente comprobado para prevenir contagios. Inciden diametralmente en lo social-normativo, las costumbres y modas, el ámbito tecnológico, pero también el ecológico y el de los manejos económicos.

Las mascarillas pueden ser vistas como un signo de la biopolítica, de avance en el control de los individuos y sus movimientos, pero, también pueden convertirse en un símbolo de resistencia social y un instrumento solidario para transitar hacia la “Nueva Normalidad”, como ya ha sucedido en algunas ciudades, con la creación de diseños rebeldes y contestatarios que han causado la represión policiaca (Wyatt 2020), aunque ya se ostentan sofisticadas y elegantes mascarillas de diseño de marca Balenciaga, Gucci, Nike y hasta Disney, con lo que prometen convertirse además en marca de estatus.¹⁷ A la vez, las mascarillas pueden usarse para esconder la identidad, como los neozapatistas, lo cual se revela como una contramedida frente a la videovigilancia masiva que ya se ha implementado en algunos sitios con pretexto de la

¹⁶ Para Young, en los procesos patológicos suelen coexistir estas tres dimensiones, resumidas respectivamente en los conceptos de disease (enfermedad según la biomedicina), sickness (los usos sociales de los asuntos que son etiquetados como sanitarios) e illness (padecimiento), que incluye la experiencia (inter) subjetiva, así como los roles asociados, en trastornos reconocidos o no por la biomedicina. Para Samaja, es equivalente a su noción de hechos, normas y valores.

¹⁷ De un diario español: “Según un estudio publicado por la consultora Lyst, la demanda de mascarillas se ha disparado un 496% y el modelo más demandado es el creado por la marca de moda juvenil Off-White. Tras ella, los diseños de Balenciaga, Nike o Gucci también aparecen como los más demandados en la red. Aunque, dentro del top 10 también aparecen clásicas firmas del sector del lujo como Versace, Valentino o Saint Laurent, que también se han lanzado a este mercado” (Malagón 2020).

pandemia, donde se han ostentado en manifestaciones y saqueos, como las sucedidas en EE.UU. desde el asesinato de George Floyd (Collman 2020). Los expertos comentan las consecuencias relacionales, dado que las mascarillas obstaculizan el reconocimiento gestual y por lo tanto comunicacional (Sugar 2020).

El antropólogo Claude Lévi-Strauss (1981) proponía que las diferencias estilísticas en las máscaras indígenas tienen menos que ver con mensajes particulares y más con el modo en que se oponen entre ellos, funcionando como expresiones de estructuras cosmogónicas y sociales. De este modo, una marca de sumisión puede transformarse en insurrecta, o constituirse incluso en adhesión elocuente de valores emergentes, signo de identidad individual y/o colectiva.

Un seguro símbolo de la transición hacia otro modelo de gestión de la realidad en la “cruel pedagogía del virus (Santos-De Souza 2020).¹⁸ Por otro lado, la dinámica económica neoliberal ha ocasionado que cubrebocas y protectores hayan entrado como objetos diplomáticos y comerciales de prestigio en el intercambio de dones que Marcel Mauss preconizaba a nivel tribal en su célebre *Ensayo sobre el don, forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas* (1924), como ya se ha observado en las relaciones México-China y entre otros países y colectivos, en donaciones y tratos comerciales preferenciales.¹⁹

Con su incorporación obligatoria en centros educativos y laborales del país a partir de junio, será mucho más común su uso compulsivo, por lo que conviene precisar un modo razonado para su implementación, considerando criterios no solamente sanitarios, sino asimismo socioculturales, lo cual hemos tratado de evidenciar en este trabajo.

¹⁸ “La pandemia de coronavirus es una manifestación entre muchas del modelo de sociedad que comenzó a imponerse a nivel mundial a partir del siglo XVII y que ahora está llegando a su etapa final” (Santos De Souza 2020: 64).

¹⁹ Incluyó la venta de mascarillas de México a China en febrero, mientras que desde abril comenzaron a importarse desde ese país junto con otros insumos, hecho criticado por la oposición, aunque el apoyo recibido de ese país asiático ha sido considerable (Ensor 2020, Expansión 2020).

Referencias

- Aiello, Allison et al. 2012. Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial. *PLoS One* 7(1): e29744. doi:10.1371/journal.pone.0029744.
- Aragón, Evlin. 2020. “Cubrebocas de palma, la respuesta en Yutatío, Oaxaca, ante el Covid-19”. *Zona Roja*, 15 de abril. <http://www.zonaroja.com.mx/?p=11141>.
- Bäcker, Alex. 2020. Follow the sun: slower COVID-19 morbidity and mortality growth at higher irradiances. SSRN, 13 de abril. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3567587.
- Bastian, Hilda. 2020. “The face mask debate reveals a scientific double standard”. *Wired*, 8 de abril. <https://www.wired.com/story/the-face-mask-debate-reveals-a-scientific-double-standard/>.
- Blanco-Melo, Daniel, Benjamin E. Nilsson, Wen-Chun Liu, Jean K. Lim, Randy A. Albrecht y Benjamin tenOever. 2020. Imbalanced host response to SARS-CoV-2 drives development of COVID-19. *Cell*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.04.026>.
- Brainard, Julii Suzanne, Natalia Jones, Iain Lake, Lee Hooper y Paul Hunter. 2020. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review. *medRxiv*, 6 de abril. <https://doi.org/10.1101/2020.04.01.20049528>.
- Cao, Wei y Taiseheng Li. 2020. COVID-19: Towards understanding of pathogenesis. *Cell Research* 30: 367–369. <https://doi.org/10.1038/s41422-020-0327-4>.
- Cohen, Myron y Lawrence Corey. 2020. Combination prevention for COVID-19. *Science* 368 (6491): 551. DOI: 10.1126/science.abc5798.
- Cyranoski, David. 2020. Profile of a killer: the complex biology powering the coronavirus pandemic”. *Nature*, 4 de mayo. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01315-7>.

- Chu, Derek K. et al. 2020. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9).
- Collman, Ashley. 2020. Law enforcement mysteriously seized hundreds of face masks that were being mailed to George Floyd protesters, rights group says. *Business Insider*, 5 de junio <https://www.businessinsider.com/george-floyd-protesters-face-masks-seized-movement-for-black-lives-2020-6?r=MX&IR=T>.
- Crump, Ed. 2020. What does 'mask shaming' say about human nature....and does it work? *Eyewitness News*, 28 de mayo. <https://abc7ny.com/nc-coronavirus-mask-shaming-face-should-i-wear-a/6215906/>.
- Desinformémonos 2020. Personal de salud, una de cada 40 muertes por Covid-19 en México. *La Minuta-Desinformémonos*, 20 de mayo. <https://desinformemonos.org/personal-de-salud-una-de-cada-40-muertes-por-covid-19-en-mexico/>.
- Deutsche Welle. 2020. La OMS cambia su posición frente a las mascarillas. *DW*, 6 de junio. <https://www.dw.com/es/la-oms-cambia-su-posici%C3%B3n-frente-a-las-mascarillas/a-53708134>.
- El Sol de México. 2020. En debate. ¿Sirve el tapabocas? *El Sol de México*, 10 de abril. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/en-debate-sirve-el-tapabocas-5082652.html>.
- El Sol de México. 2020. El uso de cubrebocas tiene nula utilidad: López-Gatell. *El Sol de México*, 27 de abril. <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/sirve-el-cubrebocas-uso-de-cubrebocas-tiene-nula-utilidad-pandemia-coronavirus-covid-19-responde-hugo-lopez-gatell-5158794.html>.

- Ensor, Richard. 2020. México reconoce haber vendido mascarillas a China en febrero y busca priorizar ahora el abasto interno Entrevista a López-Gatell. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Mexico-reconoce-haber-vendido-mascarillas-a-China-en-febrero-y-busca-priorizar-ahora-el-abasto-interno-20200407-0104.html>.
- Expansión-Redacción. 2020. Caretas, cubrebocas y ventiladores, los insumos adquiridos contra el COVID-19. *Expansión*, 2 de junio. <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/06/02/caretas-guantes-y-cubrebocas-los-insumos-adquiridos-por-mexico-en-china>.
- Fabr, Ferris. 2020. It's time to face facts, America: masks work. *Wired*, 30 de marzo. <https://www.wired.com/story/its-time-to-face-facts-america-masks-work>.
- Feng, Shuo, Chen Shen, Nan Xia, Wei Song, Mengzhen Fan y Benjamin J. Cowling. 2020. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 20-03-2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30134-X).
- Ferguson, N.M, D. Laydon, G. Nedjati-Gilani et al. 2020. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. *Imperial College COVID-19 Response Team*. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>.
- Gao, Caroline., Jianjian Wei, Benjamin Cowling y Yuguo Li. 2016. Potential impact of a ventilation intervention for influenza in the context of a dense indoor contact network in Hong Kong. *Sci Total Environ* 569-570: 373–381.
- Gillespie, Claire. 2020. Does wearing a face mask reduce oxygen—and can it increase co2 levels? Here's what experts say. *Health.com*, 13 de mayo. <https://www.health.com/condition/infectious-diseases/coronavirus/does-wearing-face-mask-increase-co2-levels>.

- Haro, Jesús Armando. 2013. El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. En *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, coordinado por Oriol Romaní, pp.21-42. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Haushofer, Johannes y C. Jessica E. Metcalf. 2020. Which interventions work best in a pandemic? *Science*: eabb6144 DOI: 10.1126/science.abb6144.
- Howard, Jeremy, Huang, Austin, Li, Zhiyuan et al. 2020. Face masks against COVID-19: *An Evidence Review*. 10.20944/preprints202004.0203.v1.
- Infobae. 2020. ¡Dejen de comprar mascarillas!" o "mascarillas para todos": cómo cambió el criterio en EEUU. *Infobae*, 3 de abril. <https://www.infobae.com/america/eeuu/2020/04/03/de-dejen-de-comprar-mascarillas-a-mascarillas-para-todos-como-cambio-el-criterio-en-eeuu/>
- Johnson, D.F., J.D. Bruce, C. Birch y M. Grayson. 2009. A quantitative assessment of the efficacy of surgical and N95 masks to filter influenza virus in patients with acute influenza infection. *Clinical Infectious Diseases* 49 (2): 275-277.
- Kampf, G., D. Todt, S. Pfaender y E. Steinman. (6 de febrero, 2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *The Journal of Hospital Infection* 104 (3): 246-251.
- Leach, Melissa, Melissa Parker, Hayley MacGregor y Annie Wilkinson. 2020. COVID-19 a social phenomenon requiring diverse expertise. *Institute of Development Studies*, 20 de marzo. <https://www.ids.ac.uk/opinions/covid-19-a-social-phenomenon-requiring-diverse-expertise/>
- Leach, Melissa, Hayley MacGregor, Annie Wilkinson e Ian Scoones. 2020. COVID-19: Lessons from the past. *UNESCO-News*, 17 de abril, <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/news/covid-19-lessons-past>.

- Leung, N.H.L., Chu, D.K.W., Shiu, E.Y.C. et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine* 26 676–680 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2>
- Lévi-Strauss, Claude. 1981 [1975]. *La vía de las máscaras*. México: Siglo XXI.
- Li, Ruiyun, Sen Pei, Bin Chen et al. 2020. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science*. <https://science.sciencemag.org/content/368/6490/489>.
- Lynteris, Christos. 2020. ¿Cuál es la verdadera razón por la que la gente usa mascarillas durante una epidemia?” *The New York Times*, 17 de febrero. <https://www.nytimes.com/es/2020/02/17/espanol/opinion/mascarillas-coronavirus.html>.
- Mavrokefalidis, Dimitris. 2020. Coronavirus face masks ‘could have a devastating effect on the environment. *Energy Live News*, 17 de marzo. <https://www.energylivenews.com/2020/03/17/coronavirus-face-masks-could-have-a-devastating-effect-on-the-environment/>.
- McDevitt, James, Stephen Rudnick y Lewis Radonovich. 2012. Aerosol susceptibility of influenza virus to UV-C light. *Appl Environ Microbiol*: 78: 1666–1669. DOI: 10.1128/AEM.06960-11.
- MacIntyre, C., C. Cauchemez, D. Dwyer et al. 2009. Face mask use and control of respiratory virus transmission in households. *Emerging Infectious Diseases* 15 (2): 233–241. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1502.081167>.
- Malagón, Patricia. 2020. El nuevo futuro de las mascarillas: Balenciaga, Gucci, deportivas.... *Libre Mercado*, 11 de mayo. <https://www.libremercado.com/2020-05-10/estado-alarma-coronavirus-mascarillas-lujo-balenciana-gucci-1276657365/>.

- Milton, Donald et al. 2013. Influenza virus aerosols in human exhaled breath: particle size, culturability, and effect of surgical masks. *PLoS Pathog.* 9 (3): e1003205. <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1003205>.
- Mniszewski, Susan, Sara Del Valle, Reid Priedhorsky, James Hyman y Kyle Hickman. 2014. Understanding the impact of face mask usage through epidemic simulation of large social networks. En *Theories and simulations of complex social systems*, editado por V. Dabbaghian y V. Mago, pp 97-115. Intelligent Systems Reference Library, Springer.
- Mohan, A. y A. Misra. 1996. Use of facial masks during a plague epidemic. Letters to editor. *British Medical Journal* 72 (844): 127. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2398361/>.
- Offedu, Victoria et al. 2017. Effectiveness of masks and respirators against respiratory infections in health care workers. *Clinical Infectious Diseases* 65 (11): 1934-1942.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. Consejos para la población sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV): cuándo y cómo usar mascarilla. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>.
- O'Really, K. M. Auzenberg, Y. Jafari et al. (25 de marzo, 2020). Effective transmission across the globe: the role of climate in COVID-19 mitigation strategies. *CMMID Repository*. <https://cmmid.github.io/topics/covid19/role-of-climate.html>.
- Pan, An et al. 2020. Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA*, 10 de abril. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764658>.
- Pappas, Stephanie. 2020. Do face masks really reduce coronavirus spread? Experts have mixed answers. Live Science, 2 de junio. <https://www.livescience.com/are-face-masks-effective-reducing-coronavirus-spread.html>.

- Perdiguero, Enrique y Cristina Moreno (21 de abril, 2020) “Antropología médica, salud pública, epidemias y pandemias”. *Epidemias y salud global. Reflexiones desde la historia* (Blog de la Sociedad Española de Historia de la Medicina). <https://sehmepidemiassaludglobal.wordpress.com/2020/04/21/antropologia-medica-salud-publica-epidemias-y-pandemias/>
- Rengasamy, Samy, Benjamin Eimer y Ronald E. Shaffer. 2010. Simple respiratory protection—evaluation of the filtration performance of cloth masks and common fabric materials against 20–1000 nm size particles. 2010. *The Annals of Occupational Hygiene* 54 (7): 789–798. <https://doi.org/10.1093/annhyg/meq044>.
- Ripoll, Santiago. 2020. Where is social science in the Coronavirus response? *Institute of Development Studies*, 3 de febrero. <https://www.ids.ac.uk/opinions/where-is-social-science-in-the-coronavirus-response/>.
- Santos-De Sousa, Boaventura. 2020. *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires : CLACSO.
- Scoones, Ian. 2020. Science, uncertainty and the COVID-19 response. Institute of Development Studies (IDS). (UK), 16 de marzo. <https://www.ids.ac.uk/opinions/science-uncertainty-and-the-covid-19-response/>.
- Smith, Sheree M. et al. 2015. Use of non-pharmaceutical interventions to reduce the transmission of influenza in adults: A systematic review. *Respirology*. 20 (6): 896–903. 48.
- Smith, Jeffrey et al. 2016. Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks in protecting health care workers from acute respiratory infection: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. doi: 10.1503/cmaj.150835.
- Reiman, Jennifer M. et al. 2018. Humidity as a non-pharmaceutical intervention for influenza A. *PLoS One* 3:e0204337. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252890/>.
- Samaja, Juan 2004. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.

- Shephard, R., T. Verde, S. Thomas y P. Shek. 1991. Physical activity and the immune system. *Canadian Journal of Sport Sciences* 16 (3): 169–185.
- Smith, Sheree M. et al. 2015. Use of non-pharmaceutical interventions to reduce the transmission of influenza in adults: A systematic review. *Respirology* 20 (6): 896–903.
- Stern, Dalia, Nancy López, Carolina Pérez, Romina González, Francisco Canto y Tonatiuh Barrientos. 2020. Revisión rápida del uso de cubrebocas quirúrgicos en ámbito comunitario e infecciones respiratorias agudas. *Salud Pública de México*. <https://doi.org/10.21149/11379>.
- The Guardian. 2020. Coronavirus desata pelea mundial por conseguir mascarillas y cubrebocas. *UnoTV*, 3 de abril. <https://www.unotv.com/noticias/portal/internacional/detalle/coronavirus-desata-pelea-mundial-por-conseguir-mascarillas-y-cubrebocas-792073/>.
- Uchida, M. et al. 2017. Effectiveness of vaccination and wearing masks on seasonal influenza in Matsumoto City, Japan, in the 2014/2015 season: An observational study among all elementary schoolchildren. *Prev Med Rep.* 5: 86–91.
- van Doremalen, Neeltje et al. 2020 Aerosol and surface stability of sars-cov-2 as compared with SARS-CoV-1. *NEJM* March 17, doi:10.1056/NEJMc2004973Yong 2020).
- Sugar, Rachel. 2020. Our masked future. Wearing a mask all the time affects how we interact with each other. But how? *Vox*, 8 de junio. <https://www.vox.com/the-goods/2020/6/8/21279725/masks-face-psychology?fbclid=IwAR1pN0Jm4Ln7R6ZSxp6plloKf60OhDOlgKpD2MUGyvLjxALm9KIMaqc5fhQ>.
- Wilkinson, Clare M. (8 de mayo, 2020). “What’s in a mask?” *Anthropology News* DOI: 10.1111/AN.1401.

- Wu, Ping, Fang Duan, Chunhua Luo et al. 2020. Characteristics of ocular findings of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei Province, China. *JAMA Ophthalmol.* 138 (5): 575–578. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.1291.
- Wyatt, Tim. 2020. Coronavirus: Ohio health officials apologise for telling black Americans to avoid ‘gang symbolism’ on face masks. *The Independent*, 23 de mayo. <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/coronavirus-face-masks-ohio-gang-symbols-racism-a9529521.html>.
- Xiao, J., E. Shiu, H. Gao, J. Wong, M. Fong, S. Ryu y B. Cowling. 2020. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures. *Emerging Infectious Diseases* 26 (5): 967-975.
- Yan, Jing, Suvajyoti Guha, Prasanna Hariharan y Matthew Myers. 2018. Modeling the effectiveness of respiratory protective devices in reducing influenza outbreak. *Risk Analysis* <https://doi.org/10.1111/risa.13181>.
- Young, Allan. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Ann. Rev. Anthropol* 11: 257-283.

Factores de la demanda médica no atendida en los servicios públicos del Sistema de Salud mexicano. *Modelo factorial exploratorio*

Dafné Neme Macal¹

Resumen: En la actualidad situaciones como la pandemia por COVID-19, las ineficiencias y la corrupción, evidencian lo urgente de transformar el Sistema de Salud mexicano otorgando garantías de atención médica y de calidad de vida a las personas enfermas y sanas. La demanda médica no atendida es consecuencia de actuaciones administrativas que requieren reorganización. El estudio identificó factores que influyen en procesos de prestación de servicios, atención médica y acceso a servicios. Los resultados derivan de entrevistas a 8 expertos y encuestas a 205 servidores públicos médicos, enfermeras y administrativos de 8 entidades federativas, en un modelo donde el 54.92% de carga factorial recae en 4 componentes: Organización en prestación de servicios; Estrategia de acceso al sistema; Fortalecimiento de recursos estratégicos y Empoderamiento

¹ Médica Cirujana y Partera por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Maestra en Administración de Organizaciones de la Salud (Mención Honorífica) y Doctora en Administración por la Universidad La Salle de México. Diplomada en Calidad en el Servicio por el Instituto Nacional de Administración Pública. Ha participado como técnico colaborador en libros Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas, Modelo de Recursos para Unidades Médicas Especializadas; y Manuales Institucionales en la Secretaría de Salud. Se ha desempeñado en cargos directivos en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Entre sus temas de investigación se encuentran: planeación estratégica, modelos de atención y recursos médicos, diagnóstico y demanda de atención médica y universalización de servicios de salud.

institucional, los cuales sugieren opciones estratégicas de gestión y operación para estructuras y procesos básicos.

Palabras clave: COVID-19, Sistema de Salud, demanda médica no atendida, gestión, reorganización estratégica, procesos de atención médica.

Factors of medical demand not met in the public services of the Mexican Health System. Exploratory factorial model

Summary: Currently situations such as the COVID19 pandemic, inefficiencies and corruption, highlight the urgent transformation of the Mexican Health System by providing health care and quality of life guarantees to sick and healthy people. The unserved medical demand is the result of administrative actions that require reorganization. The study identified factors that influence service delivery, health care, and access to services. The results are derived from interviews with 8 experts and surveys of 205 medicals, nurse and administrative public servants of 8 federal entities, in a model where 54.92% of factorial load falls into 4 components: Organization in service delivery; System access strategy; Strengthening of strategic resources and institutional empowerment, which suggest strategic management and operation options for basic structures and processes.

Keywords: Health System, Unsealed Medical Demand, Management, Strategic Reorganization, Health Care Processes.

Fecha de recepción del artículo: 28-agosto-2020

Fecha de aceptación: 15-septiembre-2020

Introducción

En la definición de estrategias de acceso efectivo y universal para bienestar de las personas, los Sistemas de Salud en el mundo enfrentan retos de ineficiencias en demanda de atención médica por obesidad, diabetes mellitus, cardiopatías, trastornos mentales², y por demandas emergentes como la pandemia COVID 19, las cuales ha

² <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, recuperado noviembre de 2019.

evidenciado fallas de acceso y falta de recursos en los servicios de salud provocando alta mortandad³, y colapso de los sistemas sanitarios⁴.

Las nuevas recomendaciones estratégicas proponen poner énfasis en la atención primaria a la salud integral e integrada⁵, donde dar atención médica sea una oportunidad de gestión y organización eficiente, donde todos los involucrados sean capaces de llegar a las raíces de los problemas e intervenir las causas. No obstante, en un Sistema de Salud como el mexicano, segmentado y fragmentado⁶, no es posible aspirar a que la demanda médica no atendida sea resuelta, menos a la transformación a un “Sistema “Universal” con cobertura y acceso para todas las personas, sobre todo, si en sus futuras acciones no incluye la visión subjetiva de los proveedores de los servicios que se encuentran involucrados en el proceso de atención médica, y en modelos administrativos burocráticos tradicionales que deben ser transformados⁷.

La investigación consistió en identificar ¿cuáles son los factores relacionados con el proceso de la falta de atención médica?, a partir de la opinión de los servidores públicos, elementos esenciales para dar la atención y para lograr una operación eficaz y eficiente⁸. El resultado incluyó el punto de vista de líderes de opinión expertos en gerencia y personal médico, paramédico y de apoyo administrativo, y de ejecutores del proceso de atención médica en unidades de primer nivel al analizar el sistema organizacional de salud y la aplicación de metodologías cualitativa y cuantitativa. Se obtuvo un modelo a partir de un análisis

³ The world bank, Understanding the Coronavirus (COVID-19) pandemic through data <http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/>

⁴ Jordi Bacaria Colom, “El impacto mundial del covid-19”, Foreign Affairs Latina, Vol. 20, Núm. 3, 2020.

⁵ Organización mundial de la Salud, “Atención Primaria”, 27 febrero de 2019. Recuperado <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, 20 agosto de 2020.

⁶ Miguel A. González Block y José Alarcón con la colaboración de Ignacio García-Téllez, “Retos del sistema de salud mexicano y opciones de reforma”, Price Water House Coopers, “sin edición”, Julio de 2013.pp. 15.

⁷ Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*, México, 2019.

⁸ Armando Arredondo, “Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico”, Revista Salud Ment [online]. 2010, vol.33, n.5, pp.397-408. ISSN 0185-3325.

factorial exploratorio cuyos elementos sugeridos son: *La organización en la prestación de servicios, estrategia de acceso al Sistema de Salud, fortalecimiento de recursos estratégicos y empoderamiento institucional, generados de conocimiento de valor colectivo para el diseño de estrategias integrales futuras con enfoque de eficiencia, eficacia y calidad.*

I. Marco teórico

I.I Valores teóricos de la salud

“Un Sistema de Salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos con el objetivo de llevar a cabo actividades para mejorar la salud mediante la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión”^{9,10}. “El proceso principal en la prestación de servicios de un Sistema de Salud es la atención médica, que se modifica con el cambio epidemiológico, el avance organizacional, la complejidad operativa de modelos anteriores, las disposiciones de gestión política y organizacional”¹¹. Sus Componentes básicos son la cartera de servicios, los recursos de infraestructura, humanos, equipamiento y materiales, necesarios para la capacidad de respuesta. Cuando no se dispone de la capacidad se produce demanda no atendida y como consecuencia una demanda insatisfecha, figura I.

⁹ Organización Mundial de la Salud, “Sistemas de Salud”, <https://www.who.int/home>, consulta feb 2017, p. 1

¹⁰ Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma & Victor M. Becerril, “Sistema de Salud de México”, Salud Pública de México, [s.L.], V. 53, MAR. 2011. Issn 1606-7916.

¹¹ Organización Mundial de la Salud, World Health Organization, “Sistema de Salud” Cap.1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud?, <https://www.who.int/home> consulta feb 2017, pp. 3-21.

Figura I. Demanda médica satisfecha e insatisfecha. Componentes esenciales del proceso en la prestación de servicios de salud



Fuente: Adaptado de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud, 2015.

El Sistema de Salud, abarca cualquier actividad para promover, restablecer o mantener la salud que se encuentran en la organización social. Se forma ante la necesidad de responder a problemas de salud a partir de la estructura económica y política de cada sociedad. Sus elementos deben estar interrelacionados, y sus resultados son producto de la dinámica que ocurre entre ellos¹². “El desarrollo del sistema resulta de la acción de diversos campos de fuerzas internos y externos convenientes de un sistema más grande que corresponde a la realidad social”¹³.

Los sistemas sociales no tienen objetivos únicos y comunes, tienen contradicciones por los diferentes intereses materiales de las personas, provocando que cambie en

¹² Guadalupe Soto Estrada, Miguel Ángel Lutzow Steiner & Jesús Felipe González Roldan, *La Salud Pública y la Medicina. Rasgos Generales del sistema de salud en México*. Facultad de Medicina, UNAM, p. 151.

¹³ Mario Testa, *Pensar en Salud*, 1997, pp.13

distintas formas¹⁴. Las formas sociales del Sistema de Salud son el acceso y el tipo de atención, ambos están determinados por el lugar que ocupan las personas en la sociedad. Se clasifican por cómo fueron estructurados, por el tipo de financiamiento que usan, y por el tipo de acceso para los grupos sociales (la forma como llegan a ellos)¹⁵. El sistema de atención médica en cambio, se refiere a las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos¹⁶.

El proceso de atención y los prestadores de los servicios trabajan en las principales causas de muertes y enfermedades como el SARS CoV2, donde los riesgos de la población incluyen el restringido diagnóstico oportuno y la falta de oportunidad en la atención como son las acciones de prevención y las primeras prescripciones terapéuticas, las cuales si no son resueltas provocan complicaciones, secuelas incapacitantes y la muerte. Dentro de la atención médica, la demanda es una actividad que da lugar a la utilización efectiva de los servicios¹⁷.

En la salud pública la demanda es considerada como una necesidad, en el ámbito económico está relacionada con el bien que los consumidores están dispuestos a pagar y depende principalmente de los ingresos, precio y utilidad. La necesidad se relaciona con necesidades que resultan subjetivas y difieren de una a otra persona, además de que no es posible reconocer si responden a algo. Diferenciar las necesidades en salud con necesidades en atención de salud, implica que la necesidad de salud es partir de una necesidad sentida, la cual es generada para responder a un satisfactor de la persona; la necesidad de atención corresponde a la demanda, cuya intención es resolver una carencia directa que le permitirá al paciente incorporarse a las actividades productivas de su vida cotidiana.

¹⁴ Ambrosio Velasco Gómez, "Las nuevas ciencias y las humanidades: De la academia a la política", *Rev. Mex. Social* [online]. 2006, vol.68, n.3 [citado 2020-08-12], pp.589-595.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2009.

¹⁶ *Ibidem*, p.117.

¹⁷ Gobierno de Chile, *Financiamiento, regulación y fiscalización en Latinoamérica: Más calidad y derechos en salud*, 2011.p. 1-140. Recuperado de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf?ua=1>

En el mercado de la salud, la demanda es inducida por la oferta; es el médico que de acuerdo a la enfermedad que determina en el paciente con su criterio técnico, prescribe los estudios paraclínicos y esquemas terapéuticos que debe utilizar; dicho resultado está sujeto a la decisión del paciente de aceptarla y de darle continuidad. Existe la demanda por salud que responde a las expectativas de la población en general, donde los bienes o deseos están determinados por los médicos o personal profesional capacitado. El presente estudio analizó la demanda surgida de las necesidades de la población, la cual resulta de la anamnesis sujeta a la determinación diagnóstica e indicación terapéutica prescrita por el médico durante el proceso de atención en la unidad médica. Consideró la identificación de lo que “puede” y “no puede” atenderse en la unidad médica en función de la capacidad instalada, es decir “demanda no atendida”.

En algunos tiempos la oferta de los servicios de salud estaba determinada a partir de estimaciones, lo que generó exceso de recursos y subutilización, actualmente la demanda sobrepasa la oferta¹⁸ por lo que hay necesidad de incrementar los servicios, aunque es importante cuidar que la oferta no se extienda hasta tratar de satisfacer la necesidad puesto que puede causar graves problemas de ineficiencia. Si la oferta excede la demanda expresada se puede presentar ineficiencia, por lo que para evitarlo es recomendable que se cumpla tanto con las demandas como con las necesidades de la población.

Cualquier unidad médica que oferta, debe comprender los deseos de los pacientes y de sus potenciales consumidores, y dar a conocer los servicios o bienes de que dispone¹⁹.

Existen factores organizacionales, culturales y económicos que influyen en el acceso y, por consecuencia, en la demanda no atendida y se perciben de forma distinta por el servidor público, por un lado, porque enfrentan necesidades y situaciones diferentes influenciados por la misión y la visión institucional, y por otro, por la opinión que tiene el mismo servidor público al estar realizando las actividades diarias al interior de la unidad médica.

¹⁸ Secretaría de Salud. *Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios*. 2015.

¹⁹ Cuaderno Economía, 2008.

“El acceso a los servicios obedece a la accesibilidad física y aceptabilidad de los servicios y no estrictamente a lo adecuado del servicio. La información sobre los derechos a la atención médica y la disponibilidad de recursos influyen en el uso real”²⁰.

Otros elementos relacionados al acceso se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Paradigmas relacionados con el acceso a la atención médica

Ámbito	Situación
Institucional (Alrededor de unidad)	Características económicas, geográficas, socioculturales y demográficas
	Percepción y creencias
	Difusión e información de estrategias limitada
	Rectoría y coordinación sectorial, regulatorias
	Fortalecimiento del modelo de gestión estratégica e instrumentos operativos
	Modificaciones en el Financiamiento en salud
	Falta de alineación estratégica
	Tendencias de transformación del sistema (Universalización)
Unidad Médica (Interno)	Falta de fortalecimiento de estrategias y actualización de modelos de atención
	Falta de formación de habilidades y competencias
	Organización de atención médica (Proceso)
	Criterios y normatividad
	Capacidad de respuesta
	Fortalecimiento de Recursos Estratégicos
	Cartera de oferta vs demanda
	Redes de Atención ²¹
	Percepción y calidad
	Oportunidades de mejora
	Fortalecimiento de capacidades.

Fuente: Modificado de Fajardo Dolci G y Cols, 2017.

I.II Bases administrativas

El término “estrategia” proviene de la palabra griega “Strategos”, que se refiere a la capacidad de decisión que las personas a cargo de la gestión de una organización, tienen para utilizar de manera óptima los recursos y alcanzar metas. Porter la define como una estrategia competitiva que

²⁰ Germán Fajardo, Juan Pablo Gutiérrez, Sebastián García Saisó, 2015, pp. 181, 182,285.

diseña y desarrolla la organización, y define los objetivos y las políticas para competir y lograr resultados²¹. En 1962, Chandler expone que es “...la determinación de metas y objetivos básicos de largo plazo con unos cursos de acción y la asignación de recursos necesarios para lograr dichas metas”²². Grant en 2006 referencia a los elementos de estrategia de éxito, “La definición del propósito y de los objetivos, el conocimiento profundo del entorno competitivo y la valoración objetiva de recursos”.

Druker en 2007 plantea que “...debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué es nuestro negocio?, y ¿Qué debería ser nuestro negocio?”²³; Quinn “debe ser el plan que describa las principales metas, políticas, la secuencia de acciones y la relación de éstas con los recursos y los posibles cambios en el entorno, es decir, debe ser coherente y poner orden”. Para Cardona (2011) “...la teoría estratégica y los diferentes enfoques, son para brindar a la gerencia mayor soporte teórico y metodológico, asignar tareas para el desarrollo de recursos y capacidades que ajusten a las estrategias implementadas para el logro de beneficios²⁴.”

Las tendencias actuales de competitividad orientan a las organizaciones a hacer conciencia sobre conocer cuál es el modelo estratégico y de gestión en el que se encuentran, cuál es el compromiso gerencial elegido (definición de objetivos, motivación de esfuerzos, coordinación de actividades y asignación de recursos). Explicar el “cómo” de la organización o empresa, se considera importante ya que un modelo de gestión característico puede ser un impulsor clave de la competitividad²⁵. “La gestión es la forma en que se logra que otros realicen un trabajo, y se vincula con la tarea diaria de fijar objetivos, motivar para el esfuerzo, coordinar actividades y encaminar las

²¹ Emigdio Rafael Contreras Sierra, “El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. Pensamiento & Gestión”, núm 35, julio-diciembre 2013, pp. 152-181.

²² Robert A. Burgelman, *Inside Corporate Innovation: Strategy, Structure and Managerial Skills*. 2015, p.165

²³ Contreras, 2013. Op. cit

²⁴ Cardona, 2011, p.113.Op. cit

²⁵ Julián Birkinshaw y Jules Goddard, “¿Cuál es su modelo de gestión?”, *Gestión*, Vol. 14, N° 3, 2009, p.20-29.

decisiones²⁶. La gestión institucional es un proceso de organización del trabajo mediante el cual se logran metas. Está fundamentado en los principios de voluntad de modificar, necesidad de decidir y la posibilidad de regular la ejecución en función del entorno²⁷. Según Fred la gestión estratégica es “El arte y la ciencia de formular, implantar y evaluar decisiones que permitan a una organización lograr sus objetivos, centrado en la integración de actividades, y en sus áreas funcionales de recursos humanos, finanzas, contabilidad, operaciones, investigación y desarrollo”^{28,29}.

Durante la definición de la estrategia hay que hacer un análisis prospectivo para lograr los objetivos propuestos. “Se debe entender hacia dónde se quiere ir, dónde se quiere llegar y con qué recursos se cuenta para la obtención de resultados, es necesario el compromiso de todos los actores, que se compenentren y den lo mejor de sí”³⁰. Es esencial usar los recursos adecuadamente para lograr lo planeado ya que se ha identificado que puede existir una buena estrategia, pero de nada sirve si no se cuenta con lo necesario para llevarla a cabo. Bedregal, *et al.* (2002) sugieren que se avance en modelos donde la responsabilidad, comunicación y participación de los actores involucrados en la atención sea compartida³¹.

La propuesta estratégica innovadora de referencia para el estudio fue el paradigma de Hamel, que consiste en “buscar una estrategia de desarrollo basados en las capacidades básicas y aprovechar oportunidades a partir de lo que la empresa sabe, puede y quiere hacer e implica la búsqueda de nuevos enfoques y nuevas perspectivas”³². Hamel pregunta: ¿Es necesario o útil trabajar más duro para continuar con las reglas cuando hay quienes las

²⁶ *Ibid.* p.2.

²⁷ Romo y Márquez, “Gestión estratégica vs. Análisis estratégico. Una discusión conceptual a partir del estudio de caso de una institución de educación superior”. *Pensamiento & Gestión*, enero-junio, 2014, pp. 267-290.

²⁸ *Ídem*, p. 5.

²⁹ David Fred, “Planeación estratégica en las empresas”. Capítulo I. 2008.

³⁰ Contreras, Op. Cit. p. 178.

³¹ Paula Bedregal G, Margarita Quezada V, Marisa Torres H, Judith Scharager G, José García O. “Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios”. *Revista Médica de Chile* [Internet]. Volumen 130, Noviembre de 2002, p. 1287-1294.

³² Gary Hamel, *Strategy as Revolution*. Harvard Business, 1996, p.125.

están reescribiendo? Los cambios que se requieren son de desregulación, modernización tecnológica y de necesidad social. Se requiere una nueva base filosófica: La estrategia es la revolución; todo lo demás son tácticas³³. No basta con reconocer una estrategia que ya existe, debemos saber ¿De dónde vienen las estrategias?, ¿Cómo se crean?; no hacerlo un proceso de rutina sino convertirlo en una búsqueda.

Crear una estrategia en el sector público que incluya nuevos enfoques a partir de una estructura de cadena de valor entre la organización y el usuario, cambiar la gestión, identificar los procesos y prácticas que evolucionan y avanzan proponiendo un modelo que sea dinámico.

Los elementos del modelo de Hamel comprenden: Destrezas (capacidades de las personas), se requiere un entrenamiento sistemático interfuncional; Métrica (medidas de la innovación); Informática (tecnología de información), y procesos administrativos (procesos rediseñados a favor de la innovación)³⁴.

Según Hamel los altos ejecutivos mencionan que hay dos situaciones que impiden las estrategias revolucionarias que deben de tomarse en cuenta. En primer lugar, son las personas que ocupan los mandos medios y los operativos ya que están en contra del cambio. Y la segunda es que solamente un líder héroe puede forzar a una organización tímida y atrasada hacia el futuro³⁵. El objetivo no es que las personas cambien, si no hacer que les dé la responsabilidad de crear el cambio. La estrategia del modelo Hamel comprende el conjunto de todas las actividades y relaciones de la empresa con el entorno; con los recursos y las capacidades por un lado y por otro con los usuarios. Sus componentes básicos son: interfaz con el cliente, estrategia básica, recursos estratégicos, y red de valor. En la estrategia básica, la misión son objetivos generales de la estrategia que puede permitir ver más allá de las limitaciones.

³³ Iván E. Anzola Castillo, "El Futuro de la Administración de Gary Hamel y Bill Breen". Harvard Business Review School Press, 2008 Bogotá Colombia. 376 Págs.

Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. VII, núm. 13, julio-diciembre, 2011, pp. 81-82.

³⁴ Alberto Silva Aristeguieta, "Un modelo para la innovación en la empresa", Vol. 5, N° 2 (Nueva Serie), 2005: 75-88.

³⁵ Gary Hamel, & C.K. Prahalad, "Competing for the Future. Harvard Business Review "(July-August 1994), pp 122-128.

El alcance del producto y del mercado para identificar segmentos donde usualmente no se encuentren sus competidores, puede ser una fuente de innovación. La base de la diferenciación capta la esencia de cómo compite la organización de una manera diferente entre competidores. En cuanto a los recursos estratégicos, las capacidades básicas son lo que se sabe. Los activos estratégicos, las características que a su vez sean escasas y valiosas.

Los procesos básicos son las actividades diarias que se realizan y aportan las bases para la innovación conceptual³⁶. La interface con el cliente considera la ejecución y apoyo ¿Cómo la organización entra al mercado?, ¿Qué servicios presta?, ¿Cómo llega a la gente? La información y percepción los conocimientos obtenidos de los usuarios y la forma de usarse. La dinámica de relaciones, la interacción entre el productor (prestador) y el consumidor (usuario).

La estructura de precios, el tipo de producto o servicio y de la forma en que llega a los usuarios³⁷. Los beneficios para el cliente, son el puente entre la estrategia básica y la interfaz, cómo se satisfacen las necesidades. La red de valor complementa y amplía los recursos, en ellos están proveedores, socios y coaliciones. Los socios pueden complementar el desarrollo de los productos, y ser una alternativa para aprovechar los activos y las capacidades de otras compañías y combinarlas con las propias, y las coaliciones con competidores que tengan intereses comunes que permita correr riesgos³⁸.

La frontera de la compañía es el puente entre recursos estratégicos y red de valor. La base del modelo es la eficiencia donde el valor que conceden los usuarios a los beneficios recibidos es superior al costo de producir dichos beneficios. Incluye la exclusividad, aunque uno se encuentre en la misma industria. La idea es que el modelo sea único en su concepción y ejecución, pero que sea valioso para los usuarios³⁹.

Hay que reconocer que organización no es solamente el “conjunto de personas cuyas acciones se coordinan para

³⁶ Gary Hamel, “Liderando la Revolución”, 2012, Por Víctor Manuel Jiménez Herrera.

³⁷ Gary Hamel, “Liderando la Revolución”, 2000, pp. 117.

³⁸ Ibidem pág. 119.

³⁹ Gary Hamel, & C.K. Prahalad, “The High-Performance Organization”, Harvard Business Review (July-August 2005), pp 148-161.

conseguir un cierto resultado u objetivo que interesa a todas ellas, aunque su interés pueda deberse a motivos muy diferentes”⁴⁰. Lo que importa es que se organicen y coordinen su actividad ordenando la acción conjunta para compartir experiencia y construir nuevo conocimiento que tome en cuenta la capacidad para generar recursos y mejorar las ineficiencias.

II. Metodología

El estudio se realizó en 3 fases: investigación cualitativa, diseño de la encuesta, e investigación cuantitativa. Inició con un abordaje cualitativo identificando desde la perspectiva de líderes de opinión las problemáticas de la figura II, para precisar en la demanda no atendida el papel que juegan los actores involucrados.

Reconocer una orientación apropiada de las acciones de articulación de los diferentes elementos administrativos y organizacionales del proceso de atención médica⁴¹.

Figura II. Situaciones controlables y no en la Demanda no atendida



Fuente: Elaboración propia, Neme, 2015.

⁴⁰ Manuel Alfonso Garzón Castrillón, “Modelo de capacidades dinámicas”, 2015, pp. 113

⁴¹ Francisco López Herrera y Héctor Salas Harms, “La investigación Cualitativa en Administración”, 2009, p. 131.

La investigación cualitativa reconoció múltiples realidades, capturó la perspectiva de los miembros de un grupo y generó tipologías para el análisis cuantitativo.

La unidad de análisis incluyó médicos, enfermeras, odontólogos, promotores, administrativos, directivos, técnicos, trabajadoras sociales, jefes de unidad. Participaron de 8 entidades federativas, con al menos un año de experiencia laboral. La temporalidad del estudio de junio de 2015 a septiembre de 2018. Las variables de análisis incluyeron: Demanda no atendida, estrategia y procesos básicos de atención médica.

Los procedimientos incluyeron la investigación documental, análisis e integración de base de datos; análisis cualitativo mediante 7 entrevistas: 2 abiertas inicial cara a cara y audio grabación con duración de hora y media a tres horas, 5 utilizando una guía de entrevista estructurada; transcripciones, análisis Atlas. Ti, y el diseño de una encuesta con 35 preguntas cerradas con escala Likert 5 opciones de respuesta. A la información recabada se le aplicó análisis factorial exploratorio utilizando el software estadístico SPSS20. Las limitaciones fueron la rotación de personal directivo y operativo, las situaciones políticas en los Gobiernos Estatales y Federal, la voluntad política, las condiciones sindicales que limitaron la participación y la dificultad en el acceso a la información.

III. Resultados

Los resultados arrojaron la consistencia y confiabilidad de la encuesta con 19 reactivos y un Alfa de Cronbach de .867 en 205 encuestados.

Demográficos

La unidad de análisis, 61% mujeres y 39% hombres, entre 19 y 67 años; de 26-35 años, 26.8%; de 36-45 años, 25.9% y de 46-55, 22%. En el cuadro 2 se reflejan datos relevantes del estudio.

Cuadro 2. Datos demográficos

Concepto	Total/Porcentaje
Tipo de unidades médicas incluidas	CESSAS, Consultorios, Unidad Rural y Urbanas (primer nivel) 46.8% Hospital general, Clínica Hospital, integral y especializado (segundo nivel) 53.2%.
Tipo de servicios	Consulta externa, consulta externa de hospital y servicios de apoyo (farmacia, transfusión, laboratorios básicos, rayos X.).
Nivel de Puesto	76.7% servidores públicos del área del área médica y de la salud. Médicos y enfermeras 47.4%, 23.3% Administrativos y de apoyo.
Nivel de escolaridad	Licenciatura 69.8%, Posgrado especialidad 9.8%, Maestría 8.3%. 11.6% nivel medio superior y pasantes.
Profesiones	Médicos 50%, enfermeras 22%, Administradores 8.3%.

Fuente: En el cuadro 3 se muestra el resultado obtenido de 54.92% de la varianza en 4 factores con un eigenvalue mayor a 1.

En el cuadro 3 se muestra el resultado obtenido de 54.92% de la varianza en 4 factores con un *eigenvalue* mayor a 1.

Cuadro 3. Resultado de la varianza del análisis factorial exploratorio

Componente	Autovalores Iniciales Eigenvalues			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	5.8	30.528	30.528	5.8	30.528	30.528	3.05	16.053	16.053
2	2.05	10.79	41.318	2.05	10.79	41.318	2.597	13.669	29.722
3	1.308	6.882	48.201	1.308	6.882	48.201	2.47	13.002	42.724
4	1.278	6.724	54.925	1.278	6.724	54.925	2.318	12.201	54.925
5	0.889	4.68	59.604						
6	0.864	4.55	64.154						
7	0.833	4.384	68.538						
8	0.781	4.11	72.648						
9	0.731	3.847	76.495						
10	0.644	3.387	79.882						
11	0.586	3.087	82.969						
12	0.513	2.703	85.671						
13	0.501	2.638	88.309						
14	0.477	2.51	90.82						
15	0.411	2.161	92.98						
16	0.401	2.109	95.089						
17	0.348	1.833	96.922						
18	0.321	1.691	98.612						
19	0.264	1.388	100						

Nota: Varianza Total Explicada. Método dd extracción: Análisis de Componentes principales.

Aplicando el método varimax, matriz de componentes rotados, se obtuvieron la rotación de los 4 factores agrupados en los reactivos del cuadro 4:

Cuadro 4. Resultado de rotación de factores

Componente	Autovalores Iniciales Eigenvalues			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado	Total	% de la Varianza	% Acumulado
1	5.8	30.528	30.528	5.8	30.528	30.528	3.05	16.053	16.053
2	2.05	10.79	41.318	2.05	10.79	41.318	2.597	13.669	29.722
3	1.308	6.882	48.201	1.308	6.882	48.201	2.47	13.002	42.724
4	1.278	6.724	54.925	1.278	6.724	54.925	2.318	12.201	54.925
5	0.889	4.68	59.604						
6	0.864	4.55	64.154						
7	0.833	4.384	68.538						
8	0.781	4.11	72.648						
9	0.731	3.847	76.495						
10	0.644	3.387	79.882						
11	0.586	3.087	82.969						
12	0.513	2.703	85.671						
13	0.501	2.638	88.309						
14	0.477	2.51	90.82						
15	0.411	2.161	92.98						
16	0.401	2.109	95.089						
17	0.348	1.833	96.922						
18	0.321	1.691	98.612						
19	0.264	1.388	100						

Nota: Varianza Total Explicada. Método dd extracción: Análisis de Componentes principales.

Los resultados del método variamax confirman la concentración en 4 factores, los cuales de acuerdo a la descripción conforman el modelo de la figura III siguiente:

Figura III. Propuesta de modelo factorial exploratorio obtenido de la percepción de



Los servidores públicos opinan sobre cuatro factores detallados en el cuadro 5 cuyas cargas factoriales indican la correlación entre cada variable y el factor correspondiente, a partir de las preguntas (R) del cuadro 4.

Cuadro 5. Resultados de conformación de factores desde la perspectiva de los servidores públicos del Sistema de Saludservidores públicos prestadores de atención médica.

Factor	Descripción	Componentes	%Carga factorial
1	Organización en la Prestación de Servicios	Cambios en estrategias y procesos básicos. Fortalecimiento en información y percepción. Mejoramiento de beneficios.	30.52%
2	Estrategia de Acceso al Sistema de Salud	Mejorar la información para toma de decisiones y para el acercamiento de servicios alineados con necesidades de la población. Modificar criterios de atención para evitar obstáculos (horarios de atención y distancia). Cartera de servicios: actualizar con necesidades y capacidad de oferta de servicios. Ampliación e interrelación con proveedores.	10.79%
3	Fortalecimiento de Recursos Estratégicos	Diseño de estrategias con participación colectiva (<i>know how, feedback</i>). Alineación de funciones con acciones y procesos críticos. Insuficiencia de equipamiento básico y recurso humano Oportunidades de mejora en procesos básicos	6.88%
4	Empoderamiento Institucional	Ampliación de servicios para atención eficaz del paciente. Capacitación (Congruencia).	6.72%

Fuente: Interpretación de la percepción de la unidad de análisis.
Elaboración propia: DNeme, 2016.

IV. Discusión

La percepción del servidor público, refleja la experiencia de éstos sobre la problemática de la demanda de atención a la salud. Dentro del Sistema de Salud la demanda no atendida tiene relación con factores controlables y no controlables. Los factores no organizacionales son los no controlados, entre éstos se encuentran las condiciones demográficas, los cambios epidemiológicos en la población de mayor riesgo por enfermedades crónicas y metabólicas, y los recientes casos pandémicos por Covid19, que han registrado altas tasas de morbilidad y mortalidad y que han puesto en evidencia la carencia de recursos.

Los factores organizacionales controlables explican cómo organizase internamente para dar respuesta de la forma más efectiva y eficiente a lo que nos piden (demanda médica real basada en diagnóstico clínico). Indica de qué manera se contrarrestan los procesos y mecanismos de gestión (capacidad de respuesta) y la relación y participación que tienen los profesionales para lograr el objetivo de otorgar la atención médica (dificultades del proceso). Algunos ejemplos referidos por los servidores públicos incluyen la distribución desordenada de los recursos humanos porque no están donde deberían de estar, o tienen especialidades, pero no cuentan con servicio en la unidad médica. También abandono del primer nivel de atención, hipertrofia desordenada de servicios del segundo nivel, que absorben las actividades del primer nivel, ni se comunica con el tercero, y éste además registra ocupaciones de 50% y/o 30%.

El Sistema, aunque cada vez más escasos, tiene recursos, pero no están bien distribuidos; por lo que hay que crear nuevas soluciones que permitan conciliar lo heterogéneo y desarticulado que está, y que, aunque quizás no se resolverían todos los problemas relacionados con la salud, si habría una mejora sustancial en la provisión de los servicios en las unidades médicas, si se coincidiera una actuación conjunta. Por ello, los factores referidos por los servidores públicos de la salud que representan el 85% de los recursos financieros, implican una visión desde una realidad surgida con capacidad técnica para la definición de estrategias que tienen como fin acciones organizacionales para futuros modelos de atención holísticos.

Los constructores derivados del Análisis Factorial analizados de la opinión de los servidores públicos precisan lo siguiente:

Factor 1. *Organización en la Prestación de Servicios*, implica la interface con el cliente, donde los prestadores de servicios de la salud reconocen que la organización tiene como ideal atender al paciente garantizando el servicio, los servicios otorgados están diseñados a partir de la oferta y demanda del paciente; y que la manera como llega a la gente es identificando las expectativas, cuenta través de sus necesidades, analizando cómo debe atenderse acorde con la credibilidad que tienen. Para satisfacer las necesidades y evitar la demanda se tendrán

que cambiar beneficios. Afirman que se necesita ordenar las estructuras administrativas y sistema de interrelaciones de forma congruente y apegada a la realidad, alinear las carteras de servicios de atención médica tomando en cuenta las necesidades de la población y el criterio técnico médico, aprovechando su experiencia y capacidad para ser efectivos. Los servidores públicos perciben que no es valorada su experiencia para contribuir a la satisfacción de los usuarios, y expresan que hay poca credibilidad en sus capacidades, pero consideran que de acuerdo a la circunstancia buscan medidas para solucionar los problemas que enfrentan. Insisten en que hay que priorizar la estrategia de capacitación apropiada no sólo para la operación de los programas, sino para que aporte conocimiento a cada uno de los actores, dependiendo de su función. La capacitación que se proporcione sea precisa para lo que el personal desempeña.

Factor 2. *Estrategia de acceso al sistema* que comprende la estrategia básica. El sistema está diseñado para informar a la población que el paciente tome decisiones respecto a su salud, por lo que la opinión de acercar servicios fortalece la afiliación. Los obstáculos del acceso incluyen la desactualización de las isócronas y de las redes, la falta de criterios en los horarios de atención. Consideran que aprovechar diferentes proveedores del sector salud facilitaría la atención con la creación de redes de valor entre instituciones públicas y/o privadas. Buscar acciones de acercabilidad y alineación de la cartera con sus necesidades, promover que el paciente sea **corresponsable** en el cuidado de la salud y la atención integral.

Factor 3. *Fortalecimiento de recursos estratégicos*, implica aprovechar las capacidades, conocimientos y experiencia de todos; la mayoría de los servidores públicos consideran que el proceso más crítico es el acceso, no sólo porque hay enorme escasez de recursos básicos, sino porque es necesario dar equipo básico y completar plantillas para la infraestructura actual⁴² para pensar en innovación. Es necesario cambiar las funciones que actualmente se realizan, aprovechar las experiencias y ver la realidad; actualizar manuales de organización y reestructuración. Abastecer de equipo e insumos básicos para que en el

⁴² Secretaría de Salud, “Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud”, Primera Edición, 2010, México.

primer nivel de atención pueda detectar oportunamente y tomar la mejor decisión para atención del paciente en cualquiera de los niveles de atención.

Factor 4. *Empoderamiento institucional*. Abarca la red de valor con todos los servicios del sector salud, la situación en la que se encuentra la unidad respecto a contar con todos los servicios de atención médica para atender lo que se requiere, o que falta incluir en la oferta recursos e intervenciones motivo de demanda de atención por enfermedades nuevas o la incorporación de servicios como laboratorio de análisis clínicos básicos, pruebas específicas emergentes, anatomía patológica, rayos X simple, cirugías, ginecobstetricia, nutrición, oftalmología, psicología, psiquiatría, ultrasonido y mastografía, electrodiagnóstico, entre otros.

Para el empoderamiento es necesario que los prestadores de la salud actúen como sistema o unidad, usen técnicas de liderazgo compartido, reciban capacitación en función de los objetivos de la organización, cuenten con procesos de toma de decisiones de distribución de roles y responsabilidades según capacidad, dispongan de entornos de intercambio de información y recursos. También es necesario que se actualicen los diagnósticos, infraestructura y sus redes; se determine la situación actual de las unidades médicas en disponibilidad de insumos y equipos que no operan de manera regular, uniforme ni oportuna.

Los servidores públicos operativos y líderes de opinión consideran opción el aprovechamiento de diferentes proveedores de servicios. Afirman que contribuiría a reducir la demanda que no puede ser dada en la unidad médica pública. Hay infraestructura que debe ser aprovechada, y por otra parte hay escasez de recursos estratégicos básicos, por lo que se puede optar por construir una estrategia de combinación de recursos y procesos básicos que conduzcan a la coalición formal de todos los prestadores de servicios de atención médica y contribuir a la red de valor.

Conclusiones

La catástrofe epidemiológica que enfrenta el mundo por COVID 19 tiene alcances inciertos e inimaginables sobre la atención médica en cualquier Sistema de Salud. La infraestructura, financiamiento y gestión disponible han colapsado, reduciendo la capacidad de respuesta y

la oportunidad de prevenir enfermedades y recuperar la salud de cualquier persona.

No se trata que los sistemas de salud se organicen para responder únicamente a un problema específico de salud enfermedad; hoy, cualquier modelo estratégico organizacional debe actuar para reducir la demanda médica influenciada por diversos factores además de la transición epidemiológica, como son las afectaciones de sectores económicos y la forma de organización de los sistemas sociales. Tampoco hay que ignorar las lecciones emergentes aprendidas, ni las oportunidades de diseñar acciones estratégicas que refuercen la solución al incremento descontrolado en la demanda de atención por SAR COV 2 y sus diversos serotipos, las complicaciones médicas, y las comorbilidades metabólicas que están presentando las personas que se enfermaron y que representan daños permanentes y posibles incrementos en las tasas de enfermedades como las cardíacas y las metabólicas.

En consecuencia, la demanda médica seguirá siendo ineficiente si continúa avanzando en modelos organizacionales fragmentados con prestación de servicios desarticulados, además con accesibilidad y aceptabilidad restringida.

La percepción de los servidores públicos, indica que “el sistema mexicano es desordenado, con beneficios no claros y líneas estratégicas desarticuladas entre la operación y el diseño”. Hay una problemática relacionada con ineficiencias en las capacidades básicas por dificultades de gestión en todos los niveles de atención. Se dispone de recursos humanos, infraestructura y de presupuesto, pero se tienen asuntos pendientes relacionados con la organización y mejora de la prestación de servicios, actualización y diseño de alineación de funciones, falta de equipamiento básico para dar la consulta, además de capacitación congruente y modernización de los servicios para la atención eficiente y eficaz.

Un sistema que tiene limitados recursos, y además no bien distribuidos.

De acuerdo al modelo estratégico obtenido, los proveedores líderes y operativos de los servicios de salud público concluyen que se debe actuar atendiendo los diferentes paradigmas de acceso que influyen en el uso real; así

como, diseñar un modelo organizacional administrativo idóneo para las situaciones actuales y normativamente flexible y adaptable a circunstancias cambiantes por las condiciones sociales y económicas futuras, que incluya los efectos del incremento del gasto en salud, las necesidades y expectativas de los usuarios, las innovaciones tecnológicas y estratégicas (organizaciones de alto rendimiento y competitivas), que forzar a la reorganización, expansión, fortalecimiento o en el rescate de procesos básicos de atención y prestación de servicios médicos (acceso, recursos estratégicos) de atención primaria a la salud con gestión institucional y reconocimiento social.

Los componentes que resultaron para los 4 factores predominantes (Cuadro 5) pueden orientar acciones estratégicas prioritarias en el ámbito de la organización de prestación de servicios, estrategia de acceso al Sistema de Salud, fortalecimiento de recursos estratégicos y empoderamiento institucional. Se debe hacer eficacia conjunta e “identificar elementos de tradición, historia y cultura que puedan utilizarse para construir sus funciones principales: (prever, planificar, organizar, dirigir, coordinar y evaluar)”⁴³. Con el modelo se espera favorecer eficiencia, eficacia y calidad en las organizaciones de la salud pública. Con el ensamblaje de los componentes del modelo se dejará de seguir los paradigmas obsoletos, que han sido afectados por ignorancia (desconocimiento de normas, leyes y reglamentos) o por prácticas inapropiadas.

Hay que transformar procesos y nuevas formas de operación más adaptadas a las tendencias futuras de los sistemas justo en aprovechamiento integral, crear valores, hecho a la medida, que motive, que dé seguridad, que desarrolle el talento humano, con liderazgo –para todos– a través difusión con información específica, coalición de todos los actores para la definición de servicios, métodos e indicadores para precisión de beneficios y garantías; fortalecimiento en el uso de los recursos tecnológicos y redes de comunicación vigentes para capacitación.

⁴³ Bracho, K., Ureña, Y. Gerencia del Riesgo en Épocas de Incertidumbre. Volumen 1, Número 2, 2010, p. 137.

Bibliografía

- Anzola Castillo, I. (2011). *Reseña bibliográfica*. Gary Hamel y Bill Breen. El Futuro de la Administración. Harvard Business Review School Press. Grupo Editorial Norma, Colombia, 2008.
- Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Mental*, Vol.33, No. 5. México sept/oct.pp.1-15.
- Bedregal, G.; Quezada; P, Torres; M, Scharager, J.; y García, J. “Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios”. *Revista Médica de Chile* [Internet]. Volumen 130, Noviembre de 2002.
- Birkinshaw, Julián; Goddard, Jules. (2009), “¿Cuál es su modelo de gestión?”, *Rev. Gestión*, ISSN 0328-9117, Vol. 14, N°. 3, 2009, págs. 20-29.
- Bracho, K., Ureña, Y. (2010). Gerencia del Riesgo en Épocas de Incertidumbre. Volumen 1, Número 2, p. 130-144.
- Burgelman, Robert A. & Leonard R. SAYLES (2015). Inside Corporate Innovation: Strategy, Structure and Managerial Skills. *M@ n@ gement*, 18(2), 179-185.
- Cardona, R. (2011). Estrategia Basada en los Recursos y Capacidades. Criterios de Evaluación y el Proceso de Desarrollo. *Revista Electrónica: Fórum Doctoral*. Número 4. Mayo-Julio de 2011. ISSN: 2027-2146; pp. 113-147.
- Contreras Sierra, Emigdio Rafael, El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica *Pensamiento & Gestión*, núm. 35, julio-diciembre, 2013, pp. 152-181 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
- Cuaderno de Economía. (2008).<http://www.economíaensalud-peru/public>

- Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J.P. & García-Saisó S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* 2015; 57:180-186.
- Fred, D, Planeación estratégica en las empresas. Capítulo I, 2008
- Garzón, M.A. Modelo de capacidades dinámicas. *Revista Dimensión Empresarial*, vol. 13, núm. 1, p. 111-131. 2015, DOI: <http://dx.doi.org/10.15665/rde.v13i1.341>.
- Gobierno de Chile. Financiamiento, regulación y fiscalización en Latinoamérica: Más calidad y derechos en salud. IV. Congreso latinoamericano de órganos reguladores y de control de los sistemas de salud. 1-140. 2011, Recuperado de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf?ua=1>.
- González Block, M., Alarcón, J. Retos del Sistema de Salud mexicano y opciones de reforma. Julio 2013, Price Wáter House Coopers.
- Gómez Dantés, Octavio; Sesma, Sergio & M. Becerril, Victor. Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, [s.L.], V. 53, MAR. 2011. Issn 1606-7916. <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>>
- Hamel, G & C.K. Prahalad. Competing for the Future. *Harvard Business Review* (July-August 1994), pp 122-128.
- Hamel, G. Strategy as Revolution. *Harvard Business Review* (July-August 1996), pp 148-161.
- Hamel, G. Liderando la Revolución. En H. B. press. Bogotá: Norma.2000.
- Hamel, G & C.K. Prahalad. The High-Performance Organization. *Harvard Business Review* (July-August 2005), pp 148-161.
- Hamel, G. Lidereando la Revolución. (2012). Por Víctor Manuel Jiménez Herrera.

- Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD, 2017, University of Washington 2020, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Jordí Bacaria Colom, El impacto mundial del covid-19, Foreign Affairs Latinoamericana, Vol. 20, Núm. 3, julio septiembre 2020. <http://revistafal.com/descargas/>, Instituto Tecnológico Autónomo de México.
- López, F. y Salas, H. La investigación Cualitativa en Administración. Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009, Cinta Moebio 35: pp.128-145. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/lopez.html.
- Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Volumen 87, 2009.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. 20012, Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=categorylayout
- Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud. 2017, Pp. 1, http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. “Sistema de Salud” Cap.1 ¿Por qué son importantes los sistemas de salud? 2017.p. 3-21.
- Organización mundial de la Salud, “Atención Primaria”, 27 febrero de 2019. Recuperado <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, , 20 agosto de 2020.
- Romo, G. y Márquez, E. Gestión estratégica vs. Análisis estratégico. Una discusión conceptual a partir del estudio de caso de una institución de educación superior. Pensamiento & Gestión, enero-junio 2014, pp. 267-290.
- Secretaría de Salud. Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios. 2015, <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos>

Secretaría de Salud. Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Primera Edición. México.2010.

Secretaría de Salud, “Programa Sectorial de Salud 2019-2024”, México 2019.

Silva Aristeguieta, Alberto. Un modelo para la innovación en la empresa. Vol. 5, N° 2 (Nueva Serie), 2005: 75-88.

Soto, G.; Lutzow, M. Steiner & González R. La Salud Pública y la Medicina. “Rasgos Generales del Sistema de Salud en México”. Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado de <https://epifesz.files.wordpress.com/2014/12/rasgos-generales-sistema-de-salud.pdf>

Testa, Mario. Pensar en Salud. ISBN: 950-9129-77-1. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18738>

The world bank, Understanding the Coronavirus (COVID-19) pandemic through data <http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/>

Velasco Gómez, Ambrosio, “Las nuevas ciencias y las humanidades: De la academia a la política”, *Rev. Mex. Social* [online]. 2006, vol.68, n.3 [citado 2020-08-12], pp.589-595.

El impacto desigual de la pandemia: Determinantes socioeconómicos y de salud en las tasas de fatalidad del Covid-19 en México.

Jesús Daniel Zazueta Borboa¹
Máximo Ernesto Jaramillo Molina²

Resumen: El impacto en México del Covid-19 va más allá de retos epidemiológicos. Un efecto de esta pandemia en la exacerbación y agudización de las desigualdades socioeconómicas y sus diferenciales en la mortalidad y el estado de salud de la población. En este trabajo se busca aportar información sobre cuál ha sido el impacto del Covid-19 en la mortalidad, poniendo especial énfasis en las desigualdades socioeconómicas y territoriales.

¹ Estudiante de la Escuela Doctoral Europea de Demografía por el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona y el Instituto Max Planck de Investigación Demográfica, Rostock Alemania. Laboró en la Coordinación de Información Estadística en el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México, como consultor para Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en la Universidad de Texas Medical Branch y como asistente de investigación en la Universidad de Guadalajara. Líneas de investigación: 1) Mortalidad y esperanza de vida, 2) desigualdad socioeconómica en salud, 3) mediciones de pobreza.

² Economista por la Universidad de Guadalajara. Doctor en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México Actualmente es investigador del programa de Justicia Fiscal en Fundar. Laboró también como Director de Información Estadística en el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México y como Coordinador de Estudios de Desigualdad en Oxfam México. Ha impartido clases en El Colegio de México, la Universidad de Guadalajara y la Universidad Panamericana. Líneas de investigación principales: 1) legitimidad de la meritocracia y percepciones sobre pobreza, desigualdad y justicia distributiva, 2) políticas sociales y fiscales en México y América Latina y 3) mediciones de pobreza y desigualdad.

Se encuentran resultados que van en línea con investigaciones anteriores respecto de la importancia de comorbilidades y otras variables de salud, así como de las dimensiones demográficas individuales, la institución de salud de atención a la persona contagiada, y de otras variables socioeconómicas a nivel territorial como lo son el hacinamiento, los ingresos y la seguridad social.

Palabras clave: Covid-19, desigualdades, comorbilidades, desigualdades territoriales, hacinamiento.

The unequal effect of the pandemic. Socioeconomic and health determinants of fatality rates by Covid- 19 in Mexico.

Abstract: The impact of Covid19 in Mexico goes beyond epidemiological challenges. An effect of this pandemic is the worsening of socioeconomic inequalities and their differentials in mortality and the health status of the population. This work seeks to provide information on the impact of Covid19 on mortality, placing special emphasis on socioeconomic and territorial inequalities. Results goes in line with previous research regarding the importance of comorbidities and other health variables, as well as individual demographic dimensions, health care institutions and other socioeconomic variables at the territorial level such as overcrowding on houses, household income and social security.

Keywords: Covid-19, inequalities, comorbidities, territorial inequalities, overcrowding.

Fecha de recepción del artículo: 19-agosto-2020

Fecha de aceptación: 18-septiembre-2020

Introducción

El año 2020 va ser recordado por el impacto de la pandemia global a causa del nuevo virus Covid-19. Las consecuencias de esta pandemia van más allá de las implicaciones epidemiológicas, sino que también han exacerbado las desigualdades socioeconómicas entre naciones e individuos.

En el caso de los países Latinoamericanos, la respuesta de los Estados se ha caracterizado por bajos niveles de pruebas para detectar el Covid-19 y pobres medidas de protección social y económica, consecuencia de ello se espera un incremento de hasta el 10% en los niveles de pobreza (Nepomuceno et al., 2020; Summer, Hoy, Ortiz-Juarez, 2020).

Respecto de México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL, 2020) estima un incremento de la pobreza laboral entre 7.2 y 7.9%, así como un incremento de población en situación de pobreza extrema del 4.9 y 8.5 puntos porcentuales (6.1 y 10.7 millones de personas). En cambio, el Programa Universitario de Estudios del Desarrollo (PUED) de la UNAM estima que la población en pobreza extrema en el país podría haber llegado a 38 millones de personas para mayo de 2020, esto es, aumento de 30%³ (Nájera y Huffman, 2020).

En términos de salud, las cifras oficiales estiman un exceso de mortalidad del 55% con respecto al número de muertes esperadas⁴. Con el fin de contribuir con información de utilidad para las políticas públicas el presente trabajo tiene dos objetivos: 1) Por un lado mostrar el impacto y características sociodemográficas y de salud sobre la mortalidad por Covid-19 en México a nivel individual. 2) Señalar las características socioeconómicas territoriales y la relación entre éstas a nivel estatal y la mortalidad por Covid-19 en México.

Las desigualdades territoriales preexistentes en dimensiones socioeconómicas y de acceso a servicios salud en México llevan a suponer que habrá diferencias regionales en los niveles de mortalidad, más allá de las mismas características individuales. Resaltar dichos factores estructurales es sumamente importante, pues muestra ventanas de oportunidad para la mejora de las políticas públicas que justo buscan disminuir la mortalidad por el virus.

³ Como referencia puede tomarse el dato durante la crisis financiera de la primera década del siglo XXI, donde el aumento fue de 2.6% entre 2008 y 2010 y de 3.2% entre 2010 y 2012.

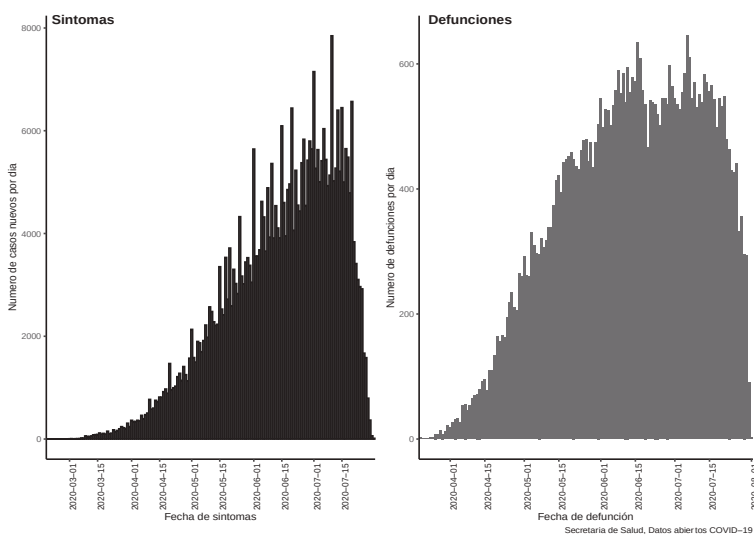
⁴ Visto en el periódico Animal Político consultado el 9 de agosto del 2020: <https://www.animalpolitico.com/2020/07/mexico-muertes-exceso-de-mortalidad-2020/>

Evolución de la pandemia en México

Algunos elementos a considerar son el número de pruebas y las fechas de síntomas y defunciones de los casos por Covid-19.

En la gráfica 1 se observa la evolución del número de casos nuevos diarios y el número de defunciones por día, entre el 28 de febrero al 1 de agosto del 2020. Lo primero a observar es qué tanto el número de casos nuevos diarios y de defunciones siguen la misma dirección. El mayor número de casos registrados se concentran durante los meses de junio y julio, en los cuales se registrarón 292,025 casos y un total de 27,694 defunciones.

Gráfica 1. Evolución del número de casos nuevos diarios y el número de defunciones por día, entre el 28 de febrero al 1 de agosto del 2020.



Fuente: Elaboración propia, Neme, 2015.

La información más reciente muestra que desde la segunda quincena de junio, el número de muertes diarias en el país por Covid-19 se ha estabilizado cerca de 600. A pesar de que han pasado casi dos meses desde dicha estabilización, el número de muertes diarias no ha disminuido.

Por tal razón, al 10 de agosto se contabilizaban ya 52,298 muertes en total (Johns Hopkins University, 2020).

Las proyecciones muestran que para el primero de diciembre, el total de muertes en el país a causa del virus podría llegar a 118,810, aunque podrían alcanzar más de 150 mil si se relajan las restricciones del gobierno (IHME, 2020).

Cabe resaltar también el tema relativo a la suficiencia de las pruebas de Covid-19 en el país, pues mientras en la mayoría de los países del norte global (europeos, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) el porcentaje de casos positivos era menor a 10, en México este dato ha llegado a 71.5% para el 10 de agosto (Our World in Data, 2020).

Datos y Métodos

Datos

Para este trabajo se usaron los datos abiertos sobre Covid-19 que proporciona la Secretaría de Salud, la cual se actualiza todos los días, la fecha de la base de datos analizada fue al 1 de agosto de 2020, la cual cuenta con un total de 434,193 casos registrados de personas hospitalizadas a causa de Covid-19, de las cuales 47,472 fallecieron.

La base de datos contiene información sobre la edad, sexo, lugar de nacimiento y residencia, enfermedades crónicas y lugar donde se le atendió. Para el análisis se consideraron los casos entre marzo y julio, dando un total de 395,295 personas ingresadas a servicios de salud y un total de 45,816 defunciones, que contaba con la información necesaria para el análisis.

En el caso de los modelos multinivel, se utilizaron datos de diversas fuentes. Las variables de hacinamiento y carencias (disponibilidad y frecuencia de abasto de agua, seguridad social e ingresos) vienen de los cálculos de la medición de pobreza del EVALÚA CDMX (2019)⁵.

⁵ Todas las variables tomadas de EVALÚA CDMX van de 0% a 100%, donde una mayor magnitud muestra más intensidad de la carencia.

Por su parte, el cálculo del cambio en la movilidad de las personas al acudir al trabajo proviene de información de Google (2020)⁶, mientras que la información sobre el otorgamiento de microcréditos por parte del gobierno federal para disminuir el impacto económico de la crisis económica provocada por la cuarentena se obtiene de la Secretaría de Economía (2020)⁷.

Métodos

Como se mencionó el presente trabajo tiene dos objetivos de investigación, para cumplir con el análisis de las características individuales se utilizó la técnica de historia de eventos modelos de regresión de Cox de riesgos proporcionales. Esta técnica permite calcular el riesgo de muerte contemplando los efectos de otras covariables y su impacto en el riesgo de fallecer en el tiempo (Blossfeld, Rohwer, Schneider, 2019).

Uno de los supuestos de este modelo es que el riesgo de mortalidad a inicio del periodo es el mismo para todos. Como periodo de tiempo se contempló 31 días desde que se ingresa al hospital, se censuraron a la derecha aquellos que sobrevivieron al periodo, ya que una de las limitaciones de la base de datos es que sólo se tienen datos de fecha por ingreso al hospital, pero no de salida para los sobrevivientes; en el caso de los fallecidos sí se cuenta con la contribución de tiempo exacta, ya que cuenta con fecha de ingreso y de defunción. Sin embargo, como análisis de sensibilidad se realizaron modelos de sobrevivencia *piece-wise* que contemplan cambios en el riesgo de fallecer en diferentes intervalos de tiempo, y los resultados indicaron que no hubo cambios en el efecto de las covariables sobre el riesgo de fallecer.

⁶ La información presentada por Google respecto a los cambios en movilidad se divide en seis diferentes categorías: 1) tiendas y ocio, 2) supermercados y farmacias, 3) parques, 4) estaciones de transporte, 5) lugares de trabajo y 6) zonas residenciales. Por considerarse más importante para la actividad económica y una actividad que es más difícil dejar de hacer para quienes tienen menos ingresos, en este artículo se utiliza la información referente a la movilidad a los lugares de trabajo. El rango de la variable va de 0% a 100%, donde un dato de mayor magnitud equivale a mayor porcentaje de disminución de la movilidad respecto de la línea base.

⁷ Esta variable muestra el porcentaje de microcréditos otorgados respecto del universo de unidades económicas correspondientes en cada entidad federativa.

Para el análisis de contexto, se utilizaron modelos multinivel de regresión logística binomial (Snijders & Bosker, 1999), tomando como variable dependiente nuevamente la mortalidad, pero en este caso incluyendo variables de carencias sociales territoriales. En este caso, se utilizaron las prevalencias a nivel estatal de hacinamiento y carencias sociales, así como los niveles de movilidad y otorgamiento de microcréditos, además de las variables individuales sociodemográficas y de salud utilizadas en el modelo de regresión Cox.

Resultados

Características individuales

En el Cuadro 1 se presentan las características de los individuos analizados según condición de sobrevivencia. El cuadro resume cinco dimensiones analizadas, las características sociodemográficas donde se observa que la mayoría de los que fallecieron fueron hombres (64.9%) y el 57% de los fallecidos se encontraba en edades superiores a los 60 años, y solamente el 1.7% declaró hablar alguna lengua indígena. Otra de las dimensiones hace referencia a la institución de atención de salud. La mayoría de las personas que sobrevivieron se atendieron en Secretaría de Salud (SSA), mientras que la mayoría de las personas que fallecieron lo hicieron en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). La tercera dimensión hace referencia a las enfermedades crónicas de las personas, el 75.4% de las personas que sobrevivieron reportaron no tener ninguna de las enfermedades crónicas que se enlistan, mientras que en el caso de los fallecidos el 39.8% reportó no tener ninguna enfermedad crónica, las principales enfermedades crónicas entre los que fallecieron fueron hipertensión 43.7% y diabetes 38%. La cuarta dimensión son las enfermedades respiratorias, ahí se puede observar una clara diferencia entre los sobrevivientes y fallecidos, ya que el 74.9% de los fallecidos fue diagnosticado con alguna enfermedad respiratoria, mientras que para los sobrevivientes sólo el 16.8% reportó tener algún problema respiratorio.

Por último, lo relacionado con conductas de salud, se observa que no hay diferencias por fumar entre sobrevivientes y fallecidos. En cambio, sí en la condición de obesidad; si bien la obesidad no es una conducta hace referencia a malos hábitos alimentación, que puede traer consecuencias para la salud mediante el desarrollo de enfermedades crónicas.

Cuadro 1. Estadísticas descriptivas de los individuos que ingresaron a alguna institución de salud y condición de sobrevivencia

Variables		N		%	
		Sobrevivientes	Fallecidos	Sobrevivientes	Fallecidos
Sociodemográficas					
Sexo	<i>Mujeres</i>	168739	16071	48.3	35.1
	<i>Hombres</i>	180727	29758	51.7	64.9
Edad	<i>0 a 39</i>	155534	2880	44.5	6.3
	<i>40 a 59</i>	141186	16492	40.4	36.0
	<i>60 a 69</i>	20597	12480	5.9	27.2
	<i>70 a 79</i>	32341	9256	9.3	20.2
	<i>80 y más</i>	5856	4721	1.7	10.3
Lengua Indígena					
	<i>Sí</i>	3459	762	1.0	1.7
Lugar de atención					
USMER					
Institución de atención médica	<i>Sí</i>	224425	19338	64.2	42.2
	<i>IMSS e ISSSTE</i>	115914	28481	33.2	62.1
	<i>Otros del estado*</i>	8459	1152	2.4	2.5
	<i>Secretaría de Salud</i>	201914	14051	57.8	30.7
	<i>PEMEX, SEDENA SEMAR</i>	9340	1229	2.7	2.7
	<i>Privado</i>	11164	536	3.2	1.2
Enfermedades crónicas					
Presencia de alguna:					
	<i>Diabetes</i>	46076	17414	13.2	38.0
	<i>Hipertensión</i>	58474	20017	16.7	43.7
	<i>Cardiovascular</i>	6029	2415	1.7	5.3
	<i>Renal crónica</i>	4918	3127	1.4	6.8
Enfermedad crónica					
	<i>Sí</i>	84577	27216	24.2	59.4
Suma de enfermedades crónicas	<i>0</i>	263568	18253	75.4	39.8
	<i>1</i>	57625	14398	16.5	31.4
	<i>2</i>	23442	10238	6.7	22.3
	<i>3</i>	3237	2338	0.9	5.1
	<i>4</i>	273	242	0.1	0.5
Enfermedades respiratorias					
Presencia de alguna:					
	<i>Neumonía</i>	47840	34338	13.7	74.9
	<i>EPOC</i>	4099	2220	1.2	4.8
	<i>Asma</i>	9587	929	2.7	2.0
Enfermedad respiratoria					
	<i>Sí</i>	58603	34913	16.8	76.2
Relacionadas a conductas de salud					
<i>Fumar</i>					
	<i>Si</i>	24749	3747	7.1	8.2
<i>Obesidad</i>					
	<i>Sí</i>	62571	11374	17.9	24.8
Total					
	<i>n</i>	349466	45829	100.0	100.0

* Cruz Roja, DIF, Estatal, Municipal, Universitario

Fuente: Elaboración propia, Neme, 2015.

En el cuadro 2 y cuadro A.1, se presentan los resultados de los modelos de regresión de Cox que se hicieron para medir el efecto de las diferentes covariables sobre el riesgo de muerte. Lo primero a observar es que en todos los modelos los hombres reportan tener una mayor probabilidad de muerte en comparación con las mujeres, así como el riesgo de muerte se incrementa con la edad, especialmente en los grupos de 80 años y más. Tanto en los modelos de servicios de salud como controlando por todas las covariables, las personas que fueron atendidas en el IMSS, IMSS-Bienestar e ISSSTE tienen mayor riesgo de mortalidad, mientras que las personas que fueron atendidas en Hospitales privados reportaron tener menor riesgo de mortalidad.

A su vez, al analizar por separado las enfermedades crónicas se observa que no hay una que estadísticamente tenga un riesgo mayor de mortalidad, pero sí la presencia de comorbilidades, las personas que tienen 2 o más enfermedades crónicas tienen un mayor de riesgo de fallecer que aquellas personas que no reportaron ninguna enfermedad crónica. Caso contrario con las enfermedades respiratorias, donde es claro que las personas que reportaron tener problemas de neumonía tenían 6.4 veces mayor riesgo de fallecer, incluso controlando las demás variables, siendo después de la edad la principal covariable que más incrementa el riesgo de muerte.

Por último, las variables relacionadas con conductas de salud mostraron un efecto más moderado en comparación con las otras dimensiones, incluso las persona que reportaron fumar presentaron menor riesgo de fallecer, en comparación con las que no fumaban, y las personas que reportaron tener obesidad tiene un 21% mayor probabilidad de fallecer en comparación con las que no tienen obesidad.

Cuadro 2. Razones de Riesgo (RR) del modelo de regresión de Cox

Variables		Modelo de Cox			
		RR	95 % Intervalo de confianza		
Sexo (Mujer ref.)		<i>Hombres</i>	1.38	1.35	1.41
Edad (0 a 39 ref.)		<i>40 a 59</i>	3.25	3.12	3.39
		<i>60 a 69</i>	5.62	5.38	5.87
		<i>70 a 79</i>	6.92	6.62	7.24
		<i>80 y más</i>	8.65	8.23	9.09
USMER (no ref.)		<i>Si</i>	1.29	1.27	1.32
Institución de atención médica (IMSS e ISSTE ref.)		<i>Otros del estado</i>	0.51	0.48	0.54
		<i>Secretaria de Salud</i>	0.47	0.46	0.48
		<i>PEMEX, SEDENA SEMAR</i>	0.4	0.38	0.43
		<i>Privado</i>	0.27	0.25	0.30
Suma de enfermedades crónicas (0 ref.)		<i>1</i>	1.32	1.29	1.35
		<i>2</i>	1.53	1.49	1.57
		<i>3</i>	1.85	1.77	1.93
		<i>4</i>	2.22	1.95	2.52
Enfermedad respiratoria (no ref.)		<i>Neumonía</i>	6.48	6.33	6.63
		<i>EPOC</i>	1.13	1.08	1.18
		<i>Asma</i>	0.88	0.83	0.94
Conducta de salud (no ref.)		<i>Fumar</i>	0.92	0.89	0.95
		<i>Obesidad</i>	1.21	1.18	1.24
		n	390,13		
			5		
		Eventos	44,962		
		Perdidos	5,160		
Concordance. = 0.881 (se = 0.001)					
Likelihood ratio test. = 97191 on 19 df, p=<2e-16					
Wald test = 76092 on 19 df, p=<2e-16					
Score (logrank) test = 132308 on 19 df, p=<2e-16					

Fuente: Elaboración propia.

Características territoriales

El modelo multinivel agrega comprensión respecto de las variables de contexto territorial y sus efectos sobre la probabilidad de mortalidad por Covid-19. La utilización de variables asociadas a las carencias en diversas dimensiones del bienestar muestra cómo, aún controlando por otras variables individuales, el contexto territorial tiene un amplio efecto. En ese sentido, se presentan dos modelos diferentes. El primero utiliza las variables de carencias

a nivel estatal, además de las variables individuales de sexo, edad y habla de lengua indígena. En éste se pueden observar como el aumento de una unidad en la variable de hacinamiento incrementa en 82% las chances de mortalidad, mientras que la disponibilidad y frecuencia de agua la aumentan en 44% y la carencia de seguridad social en 62%. Por el lado de las variables de contexto económicas, el aumento de una unidad en el indicador de disminución de movilidad implicaría la duplicación de las chances de mortalidad, mientras que en microcréditos el aumento sería de 45%.

Por su parte, el modelo 2 toma en cuenta el resto de variables sociodemográficas y de salud utilizadas en la regresión de Cox. Aquí, el efecto de las variables relacionadas con la disponibilidad y frecuencia de agua potable y con el hacinamiento se diluyen (de hecho ésta última muestra un efecto contrario al esperado). A su vez, incrementa el efecto de la variable de carencia de seguridad social, y pierde su significancia estadística. Por su parte, las variables de disminución de movilidad y microcréditos otorgados aumentan en los efectos captados, y la variable de carencia de ingresos en este modelo efectivamente muestra que a mayor carencia de ingresos, será mayor la probabilidad de mortalidad.

En ambos modelos, el resto de las variables muestran efectos similares al modelo de regresión Cox, con efectos importantes en las variables asociadas a condiciones de salud, así como aquella relacionada con la institución médica de atención.

Cuadro 3. Razón de momios (OR) del modelo multinivel de regresión logística binomial para estimar la probabilidad de mortalidad por Covid-19

Variables	Modelo 1			Modelo 2			
	OR	[95 % Intervalo de confianza]		OR	[95 % Intervalo de confianza]		
Efectos fijos							
Carencias nivel estatal (sin ref.)							
<i>Hacinamiento</i>	1.824	1.515	2.196	1.283	1.035	1.591	
<i>Car. de disponibil. y frec.</i>							
<i>Agua</i>	1.443	1.207	1.725	0.759	0.609	0.945	
<i>Carencia de Seguridad</i>							
<i>Social</i>	1.621	1.295	2.028	1.120	0.849	1.478	
<i>Carencia de ingresos</i>	0.651	0.520	0.815	2.748	2.085	3.622	
<i>Disminución de movilidad</i>	2.029	1.646	2.501	5.120	3.985	6.579	
<i>Microcréditos otorgados</i>	1.453	1.211	1.743	1.969	1.604	2.418	
Sexo (Mujer ref.)							
<i>Hombre</i>	1.680	1.645	1.716	1.609	1.569	1.649	
Edad (0 a 39 ref.)							
<i>40 a 59</i>	6.134	5.896	6.381	3.430	3.287	3.580	
	20.22	19.40	21.08				
<i>60 a 69</i>	6	4	2	7.510	7.168	7.868	
	33.71	32.25	35.24		10.56	11.69	
<i>70 a 79</i>	6	4	5	11.116	4	6	
	43.63	41.40	45.97		14.20	16.06	
<i>80 y más</i>	2	9	6	15.107	8	3	
Habla de lengua indígena (No habla ref.)	1.142	1.048	1.244	1.155	1.041	1.281	
Institución de atención médica (IMSS e ISSTE ref.)							
<i>Otros del estado</i>				0.379	0.352	0.408	
<i>Secretaria de Salud</i>				0.328	0.319	0.336	
<i>PEMEX, SEDENA SEMAR</i>				0.226	0.210	0.242	
<i>Privado</i>				0.154	0.140	0.169	
Suma de enfermedades crónicas (0 ref.)							
<i>1</i>				1.455	1.414	1.498	
<i>2</i>				1.801	1.740	1.864	
<i>3</i>				2.465	2.306	2.634	
<i>4</i>				3.141	2.545	3.876	
Enfermedad respiratoria (no ref.)							
<i>EPOC</i>				1.210	1.133	1.291	
<i>Asma</i>				0.862	0.795	0.935	
Conducta de salud (no ref.)							
<i>Fumar</i>				0.921	0.880	0.963	
<i>Obesidad</i>				1.289	1.252	1.326	
Otra condición de salud (no ref.)							
<i>Inmunosupresión</i>				1.477	1.360	1.604	
Efectos aleatorios							
<i>Entidad (de residencia)</i>		0.3938			0.2597		
Pseudo R2		0.182			0.376		
AIC		245,110			184,184		
BIC		245,253			184,480		

Fuente: Elaboración propia.

Discusión y conclusiones

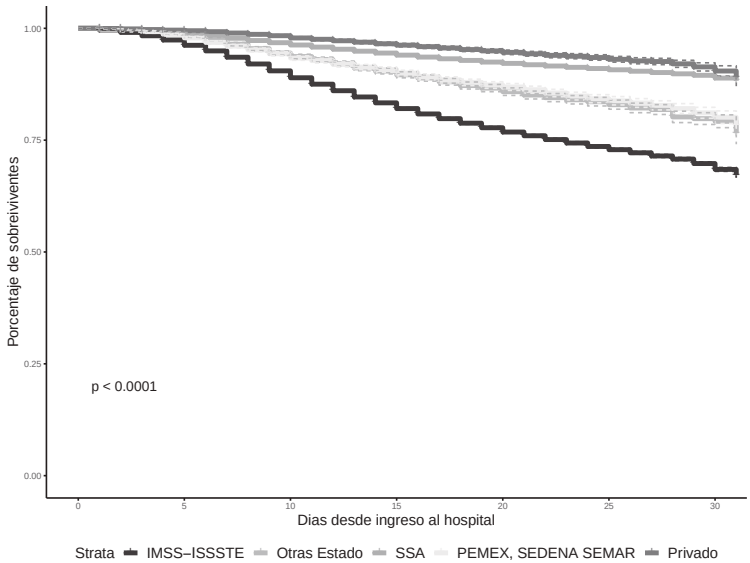
Los resultados aquí presentados son similares a estudios previos que analizaron la sobrevivencia de las personas (Solís y Carreño, 2020). Sin embargo, nuestros resultados varían en cuanto a la magnitud de los efectos, debido a que se cuenta con una muestra más grande (45,127 casos más de defunciones). A pesar de dicha variación, se encuentra la misma tendencia en los resultados de nuestro artículo: los varones en edades avanzadas son los que presentan una mayor probabilidad de muerte, así como un mayor riesgo de muerte entre las personas que se atendieron en el IMSS. Esto es relevante en términos de las desigualdades en acceso a la salud que enfrenta México. En la gráfica 2, se puede observar que en un periodo de 30 días las personas que se atienden en instituciones médicas privadas o en SSA, tienen mayor probabilidad de sobrevivir. Mientras que más del 25% de las personas que se atienden en el IMSS, IMSS-Bienestar e ISSSTE fallecieron en el periodo de análisis de 30 días.

En términos de las variables de salud, los resultados alertan sobre el riesgo de mortalidad que presentan las personas con problemas respiratorios (específicamente neumonía) y que cuenta con comorbilidades (es decir 2 o más enfermedades crónicas). Ya que, las personas con dichos padecimientos son lo que presentan un mayor riesgo de mortalidad. A su vez, las personas con obesidad presentan un mayor riesgo de mortalidad. Es importante contextualizar esto, debido a que estudios recientes señalan fuertes diferencias regionales en México en términos de prevalencia de obesidad, y de problemas de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes (INEGI, 2020).

En términos de obesidad, los 20 municipios con los niveles de prevalencia más bajos en el país están entre el 2 al 10% de prevalencia de obesidad, mientras que en los municipios con los valores más altos los valores van del 55 al 80% de la población (INEGI, 2020:43). La prevalencia de hipertensión y diabetes en los 20 municipios con la prevalencia más baja va del 2 al 10% y del 5 al 10% respectivamente; en cambios en los 20 municipios con la prevalencia más alta van del 30 al 57% y del 17 al 32% de población (INEGI: 2020:44-45).

Dichas diferencias en las prevalencias pueden implicar una mayor vulnerabilidad de dichos municipios para enfrentar el Covid-19, ya que los tres factores incrementan el riesgo de muerte en los individuos.

Gráfica 1. Función de sobrevivencia Kaplan Meier por Institución de atención médica



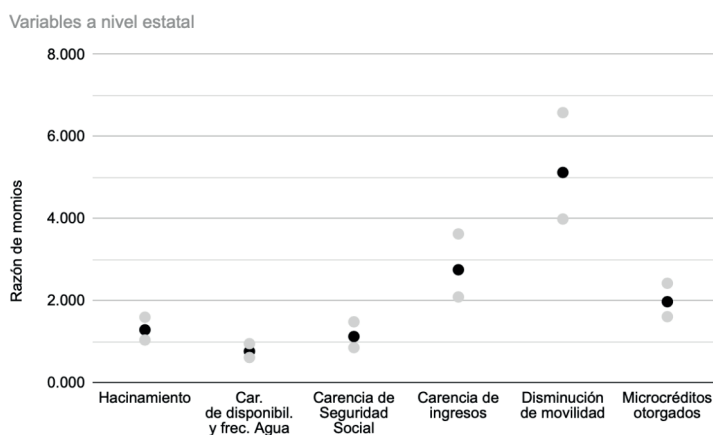
Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, los resultados referentes a los modelos multinivel muestran la fuerte importancia de variables socioeconómicas que no son captadas en la base de datos a nivel individual de la Secretaría de Salud. Al igual que mostraba Ríos (2020), con datos hasta el mes de mayo, el análisis del presente documento deja evidencia clara de la importancia del nivel de hacinamiento a nivel estatal, como predictor importante de la mortalidad por Covid-19 en México. De igual forma, resulta importante la carencia de seguridad social, que está altamente relacionada con el acceso al sistema de salud, así como la mera existencia de infraestructura de salud.

Así mismo, las variables socioeconómicas a nivel estatal presentan evidencia interesante de la muy alta importancia que tiene su efecto en la mortalidad de las

personas en México, una vez que se toman en cuenta el resto de variables sociodemográficas y de salud a nivel individual. Así pues, la carencia de ingresos resulta ser sumamente importante, pues a mayor carencia es mayor la probabilidad de mortalidad en el estado. En cambio, llama la atención la dirección del efecto de las variables de porcentaje de disminución en la movilidad al acudir al trabajo y de microcréditos otorgados respecto del total de negocios existentes en la entidad, ya que mostrarían que a mayor nivel de disminución en la movilidad y mayor nivel de apoyo económico vía créditos, hay una mayor probabilidad de mortalidad en el estado. Lo anterior no debe entenderse como una causalidad con dirección, puesto que bien los resultados podrían estar mostrando que mayores niveles de mortalidad provocaron mayores restricciones a la movilidad y políticas públicas más enérgicas. En cualquier caso, será necesaria mayor investigación sobre el tema, aunque no deja de llamar la atención la intensidad de los efectos de estas variables sobre la mortalidad por Covid-19.

Gráfica 2. Razón de momios de modelo multinivel



Fuente: Elaboración propia.

En resumen, los resultados anteriores muestran la relevancia de factores de sociodemográficos, de salud, sociales y económicos que afectan la mortalidad por Covid-19 de las personas diagnosticadas en México. Del análisis conjunto de estos diversos efectos, puede mejorarse la estrategia de salud pública ante la pandemia.

Si bien algunos factores, como las prevalencias de enfermedades crónicas podrían modificarse sólo a lo largo de un amplio periodo de tiempo, la importancia de los factores socioeconómicos muestra que de ejecutarse un plan con amplio monto de políticas sociales y económicas para atender la crisis, podría al mismo tiempo disminuir la movilidad de las personas, y así disminuir una de las probabilidades de mortalidad por Covid-19 asociadas al estrato socioeconómico.

Referencias

- Blossfeld, H. P, Rohwer, G., Schneider, T. *Event History analysis with STATA*. Routledge, 2019.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social), *La política social en el contexto de la pandemia por el virus SAR-CoV-2 (COVID 19) en México*, México, CONEVAL, 2020, pp. 126.
- EVALÚA CDMX (Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México), *Medición de la Pobreza y la Desigualdad en la Ciudad de México (MMIP) Periodo 2012-2018*, México, 2019. Disponible en: <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/principales-atribuciones/medicion-de-la-pobreza-y-desigualdad>.
- Google, *Community Mobility Reports*, E.U.A., Google, 2020. Disponible en: <https://www.google.com/covid19/mobility/>.
- Hernández, Héctor Hiram, “Mortalidad por COVID-19 en México. Notas preeliminares para un perfil sociodemográfico”, *Notas de Coyuntura del CRIM*, No. 36, Junio, 2020, pp. 7.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), “COVID-19 Projections”, E.U.A.

Population Health Building/Hans Rosling Center, University of Washington, 2020. Disponible en: <https://covid19.healthdata.org/mexico>

Johns Hopkins University, COVID-19 Dashboard, E.U.A., Johns Hopkins University, 2020. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Nájera, Héctor y Huffman, Curtis, *Estimación del costo de eliminar la pobreza extrema por ingreso en México, en tiempos del COVID*, México, PUED-UNAM, 2020.

Nepomuceno, Marilia et al., “Beside Population age structure, health and other demographic factors can contribute to understanding the COVID-19 burden”, *Proceedings of the National Academy of Science*, vol 117, num. 25, Junio, 2020, pp. 13881-13883.

Our World in Data, *Tasa de positividad a corto plazo de pruebas por Covid19* Oxford, 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#testing-for-covid-19-background-the-our-world-in-data-covid-19-testing-dataset>

Ríos, Viridiana, “Los cambios que demanda el coronavirus en México”, México, El País, 2020. Disponible en: <https://elpais.com/opinion/2020-05-18/los-cambios-que-demanda-el-coronavirus-en-mexico.html>

Secretaría de Economía, *Créditos para estimular y reactivar la economía*, México, Secretaría de Economía, 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/se/acciones-y-programas/creditos-para-estimular-y-reactivar-la-economia>.

Snijders, Tom & Bosker, Roel, *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*, Londres, SAGE Publications, 1999.

Solís, Patricio; Carreño, Hiram, “COVID-19 fatality and comorbidity risk factors among diagnosed patients in Mexico”, *medRx pre print*, Abril, pp. 8.

Summer, Andy; Hoy, Chris; Ortiz-Juarez, Eduardo, *Estimate the impact of COVID-19 on global poverty*, Finlandia,

El género importa: efectos esperados sobre la educación superior entre las mujeres mexicanas en tiempos de la pandemia por COVID-19

Andrea Bautista León¹
Gabriela Alejandra López Miranda²

Resumen. En las últimas décadas en el país se ha experimentado un avance en el acceso de las mujeres a la educación superior. Sin embargo, existe un número importante de mujeres que salen del sistema o están excluidas por razones relacionadas con los roles género que la sociedad mexicana les demanda, donde el papel de madres, esposas, y cuidadoras predomina antes que el de profesionistas.

¹ Doctora en Demografía Aplicada por la Universidad de Texas, San Antonio, actualmente es encargada del departamento de Información e Investigación en Género en el Instituto Nacional de las Mujeres. Es Investigadora Nacional Nivel I y su trabajo se especializa en Procesos de Integración de Poblaciones Migrantes, Migración de Retorno, Transiciones Escuela-Trabajo, y Movilidad Social. Entre sus publicaciones más recientes destacan los artículos “Youth Education and Employment in Mexico City: A Mixed-Methods Analysis” en la revista The American Academy of Political and Social Science e “Implicaciones de lamigración internacional sobre la educación en una comunidad el Occidente de México” en la revista Jóvenes del IMJUVE ambos en 2020.

² Maestra en Sociología por la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, actualmente estudia el Doctorado en Ciencias Sociales y Políticas en la misma Universidad. Profesora en la Universidad Autónoma del Estado de México desde el año 2016. Sus temas de interés son; el proyecto de educación intercultural en México y la transformación de habitus estudiantil, educación y mujeres indígenas. Entre sus publicaciones más recientes está: “La Educación Intercultural como campo de lucha simbólica: Universidad Intercultural del Estado de México, legitimación y posicionamiento”, en Sostenibilidad y Desarrollo Humano.

Derivado de las medidas sanitarias para contener la pandemia producida por el virus SARS-COV2, causante de la enfermedad COVID-19, es presumible que se hayan producido configuraciones distintas dentro de las familias para solventar la crisis ante la pérdida de ingresos por trabajo, aunado a la repartición desigual de la carga de trabajo doméstico afectando especialmente a las mujeres jóvenes. Este trabajo estudiará con una perspectiva de género las condiciones sociodemográficas y su vínculo con programas gubernamentales y políticas públicas de educación superior en México para analizar los posibles efectos que la pandemia pueda traer sobre el acceso y la permanencia de las jóvenes en el sistema educativo.

Palabras clave: Educación superior en México, estudios de género, políticas educativas, pandemia COVID-19.

Gender matters: Expected effects on Mexican women's higher education in COVID-19 times.

Abstract: In recent decades, Mexico has experienced an improvement in women's access to higher education. However, there is a significant number of women who drop out the educational system or are excluded due to gender roles expectations. Gender roles are strong in Mexico and demand from women to be mothers, wives, and caregivers rather than professionals. There is evidence that young women tend to drop out school during economic crisis and that there is a persistent unequal domestic workload in most Mexican households affecting this group. In the present, derived from the social distance measures to contain the pandemic -produced by the SARS-COV2 virus that causes the COVID-19 disease-, it is presumable that women are facing a heavy load of domestic and care work refraining them from school. To analyze the possible effects that the pandemic may have on the access and permanence of young women in the educational system, this paper studies women's sociodemographic conditions and their relationship with government programs and higher education policies in Mexico from a gender perspective.

Keywords: Higher education in Mexico; Gender Studies; Educational policies, COVID-19.

Fecha de recepción del artículo: 14-agosto-2020

Fecha de aceptación: 23-septiembre-2020

Introducción

Uno de los diversos retos que ha traído la pandemia por la enfermedad COVID-19 para las instituciones de todo el mundo ha recaído sobre el sistema educativo y la comunidad escolar, de donde se ven comprometidas las posibilidades de estudio de las y los jóvenes.

El sistema de educación en México, como en otros países, consta de un entramado institucional complejo que involucra distintos niveles de gobierno, por lo que la sincronización en la toma de decisiones desde el gobierno central y el estatal se ha puesto a prueba de manera importante tanto para la provisión misma de las clases como de los apoyos que son necesarios para su funcionamiento. Por otra parte, en pocos meses ha cambiado la manera en la que se concibe la impartición de clases en todos los niveles, lo cual no sólo implica un cambio de un sistema presencial a uno virtual, sino que trae consigo un cambio importante en las relaciones sociales que se tejen entre las y los estudiantes, en el papel de las y los profesores para con el alumnado, etc.

Además, durante el desarrollo de la pandemia se puede resaltar la importancia de las unidades familiares y su composición para el apoyo del estudiantado, sobre todo en el nivel básico donde los padres o tutores juegan un papel vital para la realización de las actividades que se requieren. En el nivel medio y superior donde jóvenes y adolescentes son personas con un mayor compromiso y están a cargo de sus gestiones escolares, es también fundamental el apoyo de las unidades familiares y otras redes de apoyo para tener condiciones económicas favorables que les permita continuar y no salir de la escuela. Lo anterior se suma a que las condiciones extraordinarias donde se desalienta la movilidad resultan en un posible aumento de las cargas de trabajo doméstico y de cuidados hacia las mujeres, al mismo tiempo que tienen que cubrir sus responsabilidades escolares.

Cuando se pone la lupa en el nivel superior, es importante considerar que las y los jóvenes atraviesan su tránsito a la vida adulta, lo cual pone en juego su permanencia en el sistema escolar o la salida para entrar al mercado laboral y así contribuir con la economía familiar.

En un escenario cambiante donde la propagación de la enfermedad y las respuestas de política escolar se dan a distintas velocidades es que surge la necesidad de examinar las tendencias generales que viven las jóvenes en condiciones “normales” y que ahora pueden agudizarse ante la crisis sanitaria y económica. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar el impacto que tienen los roles de género en la permanencia de las jóvenes en el sistema educativo superior. Esto se hace a través de exponer las aristas que amenazan la permanencia en la escuela de las jóvenes, focalizadas en tres dimensiones estructurales, que se pueden ver acentuadas en medio de la contingencia sanitaria. Éstas son: 1) las razones de abandono escolar para las mujeres jóvenes en México estén fuertemente ligadas con la formación familiar; 2) el modelo tradicional de los roles de género que posiciona a las mujeres como encargadas únicas del trabajo doméstico y de cuidados del hogar, y 3) las características de la población femenina en el mercado de trabajo y la crisis económica que se está viviendo en México.

Datos y métodos

Este trabajo hace un recorrido documental de los roles de género y su impacto sobre la escolaridad de las mujeres pues si bien los datos dan cuenta de un mayor acceso de ellas a la educación superior, interesa analizar la manera en que la condición económica vinculada a la idea de que la responsabilidad doméstica es un trabajo enteramente femenino obstaculiza, dificulta y en muchas ocasiones trunca su trayectoria escolar; esta situación de desventaja se profundiza en un contexto de crisis como el que vivimos en la actualidad debido a la pandemia por Covid-19.

Se hace un análisis estadístico descriptivo a través de información de fuentes oficiales –usando los datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI)– para estudiar: a) el avance de la educación superior en México en las últimas décadas, con base en información censal por sexo; b) las razones de abandono escolar de las jóvenes mayores de 18 años con la Encuesta Demográfica Nacional (ENADID, 2018); c) los patrones de uso de tiempo para trabajo doméstico y de cuidados con la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) en su ronda 2014 –la cual es la más actual disponible– y d) para analizar la situación

de la crisis de empleo se utilizó la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo en su trimestre I (enero-marzo) y la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (mayo), ambas del año 2020.

Educación superior y género

Durante el siglo XX se experimentó en México la ampliación del sistema educativo a lo largo del territorio, lo que permitió que niñas, niños y adolescentes pudieran tener acceso a la educación.

En la actualidad, en el ciclo escolar 2018-2019, la tasa de cobertura (que se define como el número total de alumnos en un nivel educativo al inicio del ciclo escolar, por cada cien personas del grupo de población con la edad reglamentaria para cursar ese nivel) del nivel primaria es universal con un 104% para ambos sexos; en la secundaria es de 97.1% y 95.8% para mujeres y hombres respectivamente. A partir de este nivel se observa un descenso paulatino, en el nivel medio la tasa de cobertura es de 81.2% para mujeres y de 76.3% para hombres. Para el nivel superior se tiene una reducción del 50% donde la tasa de cobertura es de 34.3% y 33.4% para mujeres y hombres, respectivamente (SEP, 2020).

Resalta de manera especial que en todos los niveles educativos se tiene una paridad en la cobertura y en cuanto a sexos inclusive en los niveles más altos de educación. Sin embargo, se tiene evidencia de que en México las mujeres, aunque son el 53% de las egresadas con un título universitario, una quinta parte de éstas no se inserta en el mercado laboral (OCDE, 2018). Esta desvinculación se da en gran medida por el calendario temprano a la fecundidad de las mexicanas –donde a los 22 años el 50% de las mujeres ya han sido madres al menos una vez– y la falta de apoyo institucional de los empleadores para poder cubrir las necesidades de cuidado de los infantes, lo que mantiene fuera del mercado laboral a éstas.

Las transformaciones en el sistema educativo han ocurrido de manera paulatina en favor de la paridad de género, lo cual debería ir moldeando también los patrones sociales esperados para las mujeres desde la sociedad. La evidencia indica que especialmente en los últimos 25 años es donde

se han visto avances importantes en la expansión del nivel superior y se ha disminuido la distancia entre sexos. Por ejemplo, en 1995 la tasa de mujeres con 25 años de edad y más con educación superior era de 76.4 por cada mil, mientras que la de hombres era casi del doble con 130.9.

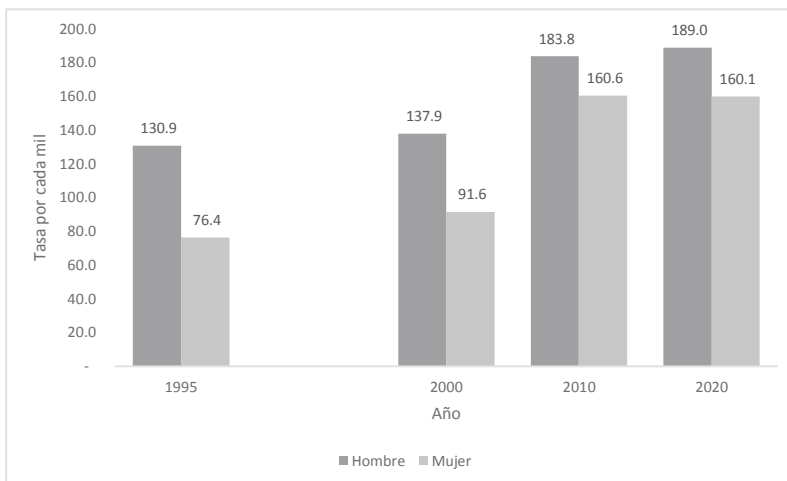
La descentralización y expansión de matrícula del sistema superior (Tuirán & Muñoz, 2010) hizo posible que las mujeres pudieran incorporarse de manera más amplia. Su evolución al alza tuvo un incremento importante del año 2000 al 2010 y redujo la brecha entre hombres y mujeres, aunque ésta no se ha cerrado. Por otra parte, ha ocurrido un estancamiento en el crecimiento de la población con escolaridad de nivel universitario para 2020.

Los datos indican que en la última década ha permanecido prácticamente igual y sin avances el acceso de las mujeres en la educación universitaria, y la brecha entre sexos persiste.

En el año 2020 ante la contingencia sanitaria, el volumen de personas que podrán continuar con sus estudios permanece incierto, en tanto se ha desplazado a plataformas virtuales que dependen de un acceso en casa a un equipo de cómputo e internet, el cual precisa de erogaciones del gasto familiar y que muchas veces no es posible realizar.

La discusión anterior desvela la necesidad de pensar políticas de educación superior desde un enfoque de género, –para el cierre de brechas– y que contemplen en su diseño e implementación la realidad que viven las mujeres del país sobre todo en un momento de crisis como el que se vive actualmente.

Gráfica 1. Tasa de escolaridad en el nivel superior por sexo en población con 25 años y más.



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995; Serie Histórica Censal 2000-2010; Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2020, I Trimestre

Restrepo (2018, p. 31) sugiere que cuando se habla de acceso a la educación superior debiera pensarse la relación entre el género, condición socioeconómica y la etnicidad, para el caso de este análisis interesa mirar específicamente la relación entre la condición socioeconómica y género, aunque sabemos que la etnicidad es un elemento que influye significativamente en los procesos de desigualdad educativa de las mujeres.

Para el autor el origen social y cultural hacen que resulte más o menos complicado ingresar y permanecer en el ámbito de la educación superior, pone de manifiesto que la permanencia y acceso están condicionadas por factores de orden estructural entre los que se encuentra la condición económica, social y a la que habría que agregar el género, que es un indicador medular del modo en que se dinamizan las asimetrías sociales. Estas asimetrías se materializan en la educación superior y están vinculadas, sostiene Restrepo (2018, p. 41-49), con cuestiones sociales, culturales, familiares, más que con el mérito individual, de ahí que el género se convierta un factor de privilegio o desventaja en la educación superior.

Buquet (2016) observa que el orden de género delimita, obstaculiza y dificulta la participación de las mujeres en la educación superior, por tanto, es necesario discutir no sólo datos de acceso (que tampoco favorecen a las mujeres en los últimos años), sino el entramado complejo de impedimentos socioculturales, económicos e individuales con los que se encuentran las mujeres para continuar y concluir sus estudios profesionales. Esta incursión de las mujeres a la educación superior no ha sido sencilla.

Buquet (2016, p. 28) refiere que durante varios siglos permanecieron excluidas de este espacio y aún hoy en el siglo XXI no se ha logrado una participación equitativa en el ámbito universitario, pues se dificulta su acceso, permanencia y movilidad. Esto es resultado de un sistema de organización social que la autora denomina orden de género, que se define como:

[...] la serie de condiciones de desventaja resultado de un sistema de organización social que subordina a las mujeres como colectivo frente al colectivo de los hombres y que construye diferencias arbitrarias cuyo resultado es el desempeño de papeles sociales diferenciados y jerarquizados que se reproducen en todos los ámbitos del ser y del quehacer humano. Esta diferenciación es producto y, a la vez, productora de las distinciones de género (Buquet, 2016, p. 28).

Este orden del que habla Buquet (2016) organiza las prácticas sociales, las relaciones entre hombres y mujeres, pero de forma jerárquica se manifiesta en todos los ámbitos de la vida social, entre los que se encuentra por supuesto el de la educación superior. Lo que preocupa en esta reflexión es dar cuenta de los efectos que esta estructuración social tiene en un contexto de crisis por Covid-19, en que una de las estrategias gubernamentales de más impacto ha sido el confinamiento, “quedarse en casa”, espacio en el que, como discutiremos más adelante, las mujeres son quienes tienen mayores responsabilidades.

El trabajo de las mujeres en el espacio doméstico y el efecto negativo que tiene en el desarrollo de sus labores extradomésticas se funda en una “creencia compartida que

considera “natural” que las mujeres tengan ciertos intereses y los hombres otros” (Buquet, 2016, p. 29), por ende, considera que el trabajo doméstico es una labor que las mujeres pueden desempeñar “mejor” que los hombres debido a que cuentan con una disposición natural para hacerlo.

La autora hace énfasis en la necesidad de desvelar el carácter histórico y cultural de estas desigualdades, por lo que resulta fundamental, y aquí hace referencia a Bourdieu (2007, p. 104, en Buquet, 2016, p. 29), “denunciar los procesos responsables de la transformación de la historia en naturaleza, y de la arbitrariedad cultural en *natural*”. De ahí que un análisis como el que aquí se presenta contribuye para reflexionar y desvelar que un espacio aparentemente igualitario y neutral como es el de la educación superior, se convierte en un desafío para quienes han interiorizado un orden estructural que produce y reproduce condiciones de desventaja y desigualdad para las mujeres, justificada con base en un argumento de orden biológico y natural, pero que es resultado de luchas de poder que posicionan de forma diferente a los sexos en la sociedad.

El género se convierte entonces en un “principio ordenador de las relaciones sociales basado en la diferencia sexual, que produce distintos efectos tales como jerarquías, distinciones y categorías diferenciales para las personas” (Palomar, 2005, p. 8), por lo que es importante incorporar esta categoría cuando se reflexiona sobre educación superior.

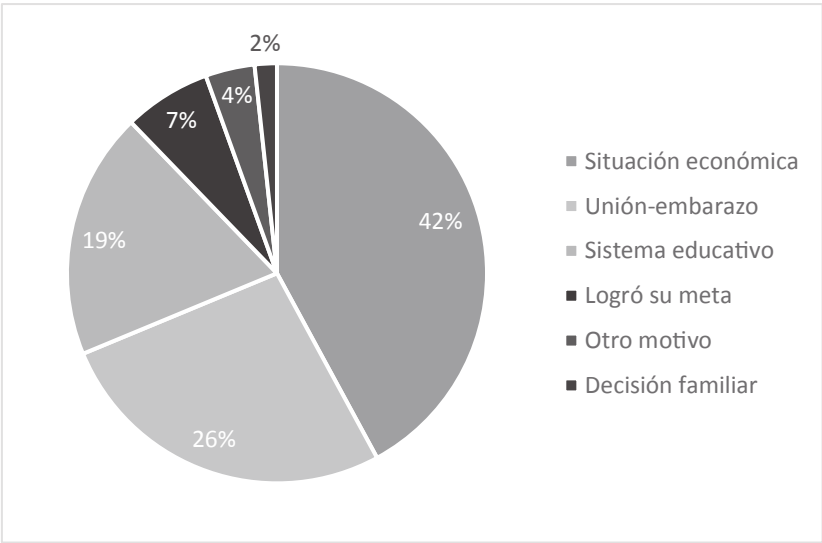
Motivos de abandono escolar

La expansión en el sistema educativo para la absorción de más estudiantes ha ocurrido sin duda de manera favorable, aunque se encuentra estancada como se mencionó anteriormente. Sin embargo, esto no significa que el abandono escolar se haya eliminado. Un objetivo de este trabajo es explorar las razones de abandono escolar para conocer su vínculo con los roles de género, conociendo que la vida de las mujeres en el país está fuertemente vinculada con las ideas de ser madre y cuidadora. Estos roles se pueden colocar como una de las barreras principales entre las jóvenes para buscar el logro de una carrera universitaria, en tanto se espera que ellas se casen y no trabajen a la par que los hombres. A esta situación,

se le suman las condiciones económicas que dificultan el sostenimiento de los gastos escolares.

Con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en el año 2018 se registraron las razones por las cuales mujeres jóvenes con preparatoria concluida no continúan estudiando. La razón principal es por la situación económica (42%) que incluye falta de recursos o que tuvieron que entrar a trabajar; seguida de la razón por unión conyugal o por tener un hijo o hija (26%); en tercer lugar, se presentan las razones relacionadas con el sistema educativo (19%), que incluyen tener un mal desempeño escolar, problemas personales con maestros o compañeros y la falta de una escuela-cupo cerca de su casa.

Gráfica 2. Mujeres de 18 a 34 años con preparatoria concluida que no continúan la escuela por motivos de abandono escolar.



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995; Serie Histórica Censal 2000-2010; Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2020, I Trimestre

Proponemos hasta aquí analizar los motivos de abandono escolar con base en la relación de dificultades económicas y estereotipos de género, que se agudizarán en un contexto como el que se vive en la actualidad.

Pensar la deserción en la educación superior con la óptica de género permitirá sostener que en una situación de desaceleración económica, como la que vivimos en este momento en el país, resultado de las medidas para contener los contagios por Covid-19, vinculada a los órdenes de género, tendrá como resultado un escenario desfavorable para las mujeres.

Existe en nuestra sociedad todo un sistema de creencias que ha configurado una serie de características y expectativas con relación a los géneros. El riesgo de esto es que cuando esos órdenes genéricos no se problematizan, se legitima y justifican diferencias, que terminan convirtiéndose en profundas desigualdades sociales. Las ideas que tenemos sobre lo que significa ser hombre o mujer responden a formas sociales que tienden a naturalizarse, pero que obedecen, como sostiene Bourdieu (1998), a una división arbitraria de las actividades (sexuales o no) entre lo femenino y lo masculino. Hablamos de una serie de características que se atribuyen a los sexos, pero que no tienen una condición sustancial sino histórica. Una división sexual que justifica a partir de un argumento natural-biológico un orden social, resultado de estructuras que son incorporadas por los sujetos y que disponen la interacción entre hombres y mujeres o entre lo masculino-femenino. Se trata de un orden de dominación masculina que se hace cuerpo, que toma forma en instituciones y en personas, convirtiéndose así en esquemas de percepción, apreciación y acción, es decir en *habitus*.

Los roles de género son una manifestación concreta de un orden de dominación que construye los cuerpos y actividades específicas de esos cuerpos. Una posición y disposición de las mujeres y hombres en un campo determinado, que configura lo que Bourdieu (1998) entiendo cómo *violencia simbólica*, a saber, un tipo de prácticas diferenciadas entre los sexos, base de las relaciones desiguales que pueden observarse concretamente, en las actividades y posiciones que juega cada uno en el espacio social. Esta *violencia simbólica* no es inteligible, se encuentra oculta tanto para los dominados como para los dominantes, debido a que el orden de dominación masculina para Bourdieu (1998) es una *estructura estructurante* que se reproduce en la sociedad en cada una de sus prácticas de forma a-problemática. Estas prácticas atravesadas por la idea incorporada sobre el género atraviesan diversos espacios entre los que se

encuentra el educativo. Aunque instituciones como INEGI-INMUJERES (2018, p. 91) comparten datos que dan cuenta de que el nivel educativo de hombres y mujeres tiene un impacto “positivo” en sus condiciones de vida y que la educación formal puede servir como mecanismo para ampliar oportunidades sociales, el incremento en los índices de acceso a la educación, no tiene una correlación directa, como menciona Solís (2010), con la igualdad social, es decir, un incremento significativo en el acceso a la educación en niveles básicos, medios, medios superiores y ahora superiores, no implica que haya una reducción de la desigualdad social. En el caso de las mujeres esta desigualdad se profundiza por su condición de género, pues si bien han tenido en los últimos años mayor acceso a la educación, han sido históricamente excluidas del mercado laboral y responsabilizadas del espacio doméstico. De ahí que resulte tan significativo observar la situación de las mujeres en la educación superior a la luz de dos elementos importantes: a) la crisis económica, resultado del freno en las actividades en espacios públicos como medida para contener la pandemia, y b) el género, pues es sabido que las mujeres han sido las más afectadas con las estrategias sugeridas por el gobierno para la contención de los contagios por Covid-19 en el país.

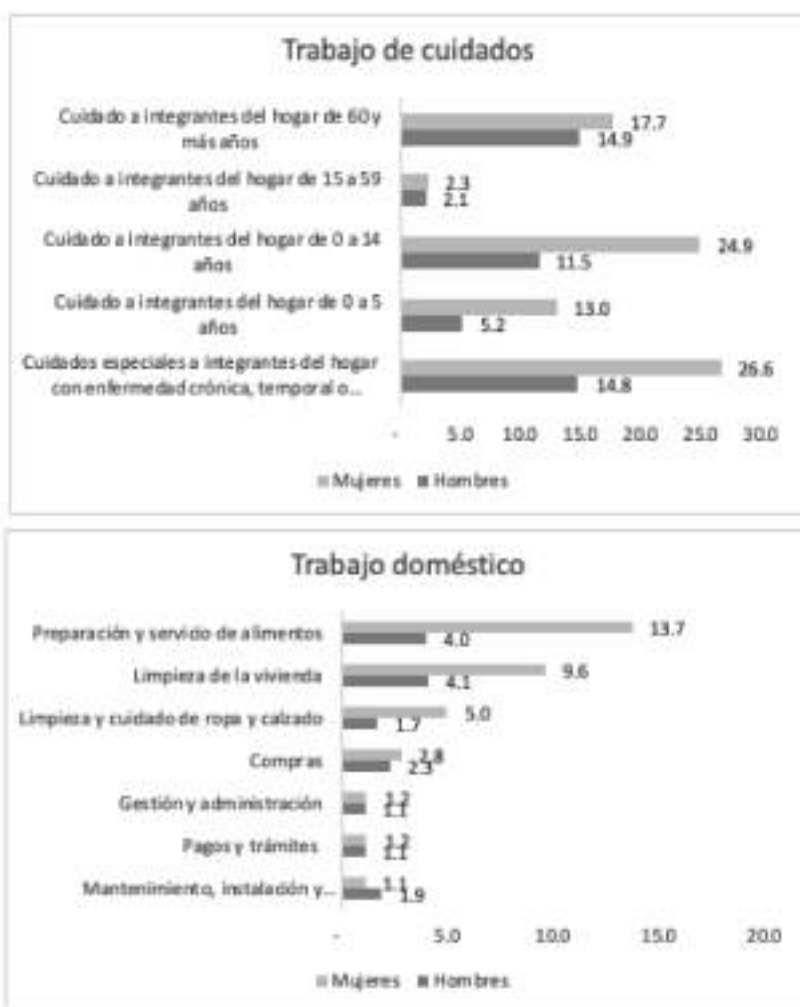
Trabajo de cuidados y doméstico

Se conoce por trabajos previos (Pedrero, 2004) que las mujeres realizan una carga de trabajo total mayor que los hombres. Esto es, en su día a día, cuando se suma el tiempo de trabajo para el mercado y para el hogar resulta en detrimento de las mujeres mexicanas. En el contexto actual, bajo la pandemia por COVID-19, esta situación se ha vuelto más visible en tanto el confinamiento ha llevado a las mujeres a no poder establecer ámbitos diferentes para la realización de sus actividades.

Las fuentes de información con las que se cuentan muestran evidencia robusta para identificar que la carga es mayor, sobre todo en el trabajo doméstico y de cuidados. Dichas actividades que también eran conseguidas a través del pago a terceras personas o se podía acudir a centros para el cuidado de menores o personas mayores, desde inicios de la pandemia fueron suspendidas para evitar contagios masivos, por lo que se acentuó el trabajo al interior de los hogares. Aunque no se conoce con exactitud el incremento

en las horas, se conoce el escenario previo, el cual marca que, respecto al trabajo de cuidados, de manera global las mujeres dedican 28.8 horas mientras que los hombres solamente 12.4, es decir, menos de la mitad. Del trabajo doméstico se tiene que en promedio las mujeres invierten 29.8 horas y los hombres menos de una tercera parte con 9.7 horas (INEGI, 2015).

Gráfica 3. Horas dedicadas a trabajo de cuidados y doméstico por hombres y mujeres con 12 años y más, 2014



Fuente: INEGI (2014) Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.

El confinamiento, una de las medidas tomadas por el Gobierno Federal para evitar el contagio por COVID-19, “podría tener efectos importantes en la carga de trabajo para las mujeres, independientemente de las horas que ya dedican a los cuidados de las personas que integran su hogar” (INMUJERES, 2020, p. 08). Esto tiene efectos significativos en su trayectoria escolar y laboral, pues limita sus posibilidades, como menciona Pedrero (2004, p. 414), de dedicarse a trabajos extradomésticos.

Sabemos que son ellas quienes “dedican más tiempo al trabajo doméstico y los hombres al económico, pero si se consideran ambos tipos de trabajo de manera conjunta, el resultado para el caso de la población ocupada es que la mujer trabaja en promedio más tiempo que el hombre, [...] incluso entre parejas en que ambos realizan trabajo extradoméstico hay una desigual carga de trabajo doméstico” (Pedrero, 2004, p. 415). Cuando se hace una desagregación por tipo de trabajo, es claro que combinan actividades laborales con trabajo doméstico, sin embargo, “destinan más horas a las labores domésticas y de cuidados, con 65% de su tiempo de trabajo total, y 32.3%, a aquellas actividades por las que regularmente se recibe un ingreso monetario (INMUJERES, 2020, p. 07)”. Esta condición se potencia en el contexto de la pandemia.

Género es un concepto que permite analizar los efectos de esta condición en el espacio social, pues la división sexual del trabajo no es una condición ni natural ni absoluta, sino resultado de relaciones sociales específicas que atribuyen, como sostiene Mercedes Pedrero (2004, p. 420-421), a las mujeres responsabilidades de trabajo doméstico, colocándolas fuera de la esfera de producción de mercancías, favoreciendo así su dependencia económica y limitando sus oportunidades de trabajo pagado o en otras esferas de crecimiento.

La autora (2004, p. 422) plantea que, aunque ha habido un incremento en la participación de la mujer en la actividad económica en México en los últimos 30 años del siglo XX, no sucedió lo mismo con la participación de los hombres en el espacio doméstico, lo que implica dobles o triples jornadas de trabajo para las mujeres.

Para Pedrero (2004) hay dивesos elementos que inciden en la mayor o menor carga de trabajo doméstico para las

mujeres, entre los que se encuentra que los hombres no colaboran con las labores al interior de los hogares, pero influyen otros elementos sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, lugar que ocupa en el hogar, estrato social, etc, esto tiene como consecuencia una “variación de un hogar a otro, tanto cuantitativa como cualitativamente; entre los factores que contribuyen a ello están el tamaño de la familia y la etapa biológica de la misma, además del contexto socioeconómico en que se encuentre, porque de acuerdo al mismo varían los patrones de consumo y la infraestructura de que se dispone” (Pedrero, 2004, p. 426).

Lo anterior da cuenta del vínculo entre la condición económica y la cantidad de trabajo doméstico realizado. Esto nos interesa en el sentido de que las estudiantes cuyas familias se encuentren en una situación de crisis económica tendrán mayor carga de trabajo doméstico. Por otro lado, al ser ellas las encargadas mayoritariamente de esta labor, podemos pensar que son más propensas que los hombres a abandonar sus estudios en caso de que la familia se encuentre en una situación económica complicada.

Crisis económica a raíz de la pandemia

La participación económica de las mujeres ha tenido un avance en las últimas décadas, de 37.8 a 44.9 entre 1995 y 2020, que se puede considerar modesto en tanto actualmente México tiene una de las tasas de participación femenina en el mercado laboral más bajas de la región, y hay una brecha importante con la participación laboral masculina. Entre las razones más sustantivas por las cuales las mujeres no están participando en el mercado laboral es el trabajo doméstico y de cuidados que les ha sido socialmente asignado y que se muestra incompatible con los trabajos remunerados que se discutió en la sección anterior.

Esta situación estructural se ve acentuada con la llegada de la pandemia por COVID-19, el 28 de febrero del 2020, a raíz del cual se iniciaron una serie de medidas de distanciamiento social y la reducción actividades económicas. Esto trajo consigo la contracción de la población económicamente activa en un total de 12 millones de personas, de las cuales 5 corresponden a mujeres (INEGI, 2020). La tasa de participación de las mujeres ha descendido a una cifra que

no se veía desde hace 25 años que es alrededor de 35% y la de los hombres también ha disminuido de manera importante de un promedio de 76% a 61% (INEGI, 2020).

Las medidas de confinamiento, menciona la OEA (2020, p.3) no han sido neutras desde la perspectiva de género, los hogares son ahora el ámbito donde suceden las actividades esenciales de la vida social, sin embargo, como se ha venido insistiendo a lo largo del texto, son las mujeres las que se encargan en mayor medida de éstas y muchas otras actividades. Por tanto, el impacto de la pandemia tanto a nivel personal, como económico social, ha sido muy significativo para ellas:

Globalmente, las mujeres son más pobres que los hombres y ya están sintiendo los efectos en el ámbito económico y en el mercado de trabajo, también segmentado por género. Las mujeres representan una gran proporción de la economía informal en todos los países, y los datos indican que los sectores de la economía más perjudicados por las medidas de aislamiento social afectan de modo importante a las mujeres. Con independencia del sector, la efectiva participación de las mujeres en el trabajo remunerado que se recupere post COVID-19 será necesario para su empoderamiento económico y para la reactivación económica de los países (OEA, CIM, 2020, p. 3).

El confinamiento ha profundizado, sostiene la OEA la crisis del cuidado y ha aumentado la carga de trabajo global de las mujeres pues “según la OIT, las mujeres tienen a su cargo 76,2% de todas las horas del trabajo de cuidado no remunerado (más del triple que los hombres) y son ellas quienes tienen doble o triple jornada laboral, situación que se ha agravado con las medidas del confinamiento, particularmente en las familias con hijos/as en edad preescolar o que no pueden asumir de manera autónoma la educación a distancia (2020, p. 12)

Los datos muestran una clara desigualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida social, no obstante, “en tiempos de crisis económica, el riesgo para las mujeres pobres aumenta.

Discusión y conclusión

La inclusión de una discusión sobre el papel que tienen los roles de género sobre el abandono escolar de las jóvenes y de la sobrecarga que tienen de trabajo doméstico, que crea barreras para su acceso al mercado laboral, se debe incorporar para exponer la situación de estancamiento en la escolaridad de este grupo en la última década y para ilustrar los efectos negativos que puede tener el confinamiento y la crisis económica derivada de la pandemia por COVID-19 en México.

Durante el año 2020 y el desarrollo de la pandemia, aún es temprano para medir los efectos a largo plazo sobre la educación de las mujeres, y de los efectos directos sobre la matrícula en el nivel superior. Sin embargo, organismos internacionales han provisto estimaciones indirectas que indican una caída de más de medio millón del estudiantado universitario (PNUD, 2020: 45). Asimismo, el mismo PNUD (2020) con base en investigaciones sobre epidemias en otros contextos indican y confirman que las niñas y adolescentes son aquellas en las que el abandono escolar se da de manera más pronunciada.

Lo anterior pone de relieve que de no atender con una perspectiva de género el acceso de las nuevas generaciones y la permanencia de quienes se encuentran en este nivel de educación, habrá ya no sólo un estancamiento en el crecimiento de la escolaridad de esta población –como se venía presentando en años recientes– sino que se corre el riesgo de disminuir la escolaridad de las mujeres en el país, lo cual provocaría una serie de desventajas sociales de mayor amplitud.

Sibien, los fenómenos epidemiológicos y sociales transcurren a una velocidad distinta a la de la implementación de las políticas gubernamentales, es preciso no dejar de poner atención en éstas y de impulsar todas las acciones del Estado con vistas a cerrar las brechas, en este caso educativas y de reducción de los efectos negativos de la pandemia en México.

Referencias

- Bourdieu, Pierre. (1998). *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona, España.
- Buquet Corleto, Ana Gabriela (2016). *El orden de género en la educación superior: una aproximación interdisciplinaria*. Nómadas (Col), (44), 27-43. [fecha de Consulta 8 de junio de 2020]. ISSN: 0121-7550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1051/105146818003>
- INMUJERES (2020). *COVID-19 y su impacto en los números desde la perspectiva de género*. Gobierno Federal, México, disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543160/COVID19-cifrasPEG.pdf> Consultado el 25 de abril de 2020.
- INEGI-INMUJERES (2018). *Mujeres y hombres en 2018*, disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf Consultado el 01 de julio de 2020.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (1995) *Conteo de Población y Vivienda. Microdatos*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). *Encuesta sobre uso del tiempo. Tabulados básicos*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010) *Serie Histórica Censal 2000-2010*. Consulta Interactiva.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018. Microdatos*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2020 I Trimestre. Microdatos*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020). *Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo 2020. Mayo. Microdatos*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] (2018).

Educación Superior en México, Resultados y Relevancia para el Mercado Laboral. OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/educacion_superior_en_mexico.pdf

OEA, CIM (2020). *COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados*, disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>, Consultado el 01 de julio de 2020.

Palomar Vereas, Cristina (2005). La política de género en la educación superior. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (21), 7-43. Fecha de consulta: 9 de julio de 2020. ISSN: 1405-9436. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=884/88402101>

Pedrero Nieto, Mercedes (2004). Género, trabajo doméstico y extradoméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (56), 413-446. Fecha de consulta: 5 de Julio de 2020]. ISSN: 0186-7210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=312/31205605>

PNUD (2020). Desarrollo Humano y Covid19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible. Disponible en: <https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/desarrollo-humano-y-covid-19-en-mexico-.html>

Restrepo, Ramírez, A. (2018). Equidad en educación superior: Variaciones en torno a sus itinerarios y tensiones. En: Salazar A., Restrepo A., Keck C., Díaz A., Kornbluth D., & Díez E. (Authors), *Educación crítica y emancipación* (pp. 31-60). Argentina: CLACSO. Retrieved August 9, 2020, from www.jstor.org/stable/j.ctvn96gbs.4

Secretaría de Educación Pública [SEP] (2019). *Principales Cifras del Sistema*

Educativo Nacional 2018-2019. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa. Disponible en: https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2018_2019_bolsillo.pdf

Solís, Patricio (2010). La desigualdad de oportunidades y las brechas de escolaridad, en: Arnaut, Alberto y Giorguli (Coords.). *Los grandes problemas de México*. VII. Educación, COLMEX, México.

Tuirán, R. & Muñoz, C., (2010). La política de educación superior: trayectorias recientes y escenarios futuros, en: *Los Grandes Problemas de México*. Tomo VII Educación. El Colegio de México, pp. 360-388.

El impacto del COVID-19 en la salud mental de los jóvenes universitarios

Moisés Frutos Cortés¹

Reina Tello Briceño²

Resumen: El aislamiento dictado por las autoridades sanitarias en todo el mundo, como medida preventiva al contagio y propagación de la Covid-19, provocó casos de depresión, estrés o sensaciones de angustia en los jóvenes que asistían a la escuela regularmente. El propósito de este trabajo es mostrar la percepción de un grupo de jóvenes universitarios, del sureste mexicano, acerca de las nuevas modalidades de estudio y las complicaciones para acceder a las llamadas TICs. Lo que encontramos entre los estudiantes fue mayoritariamente un sentimiento de malestar respecto a la imposición de las clases a distancia, así como un reconocimiento a los procesos tradicionales de enseñanza-aprendizaje, es decir, una revaloración de la escuela como espacio no sólo de transmisión de conocimiento sino de socialización y reafirmación de vínculos humanos. Se concluye que la “virtualización” forzada de las clases no tomó en cuenta el acceso desigual al internet y las necesidades en el hogar de los estudiantes universitarios.

¹ Licenciado en Ciencias políticas por la UNAM. Maestro en Ciencias Sociales por FLACSO. Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias Económicas Administrativas de la Universidad Autónoma del Carmen, e integrante del Observatorio Universitario de la Violencia Social en esa universidad. Presidente del Grupo Interdisciplinario de Investigación de las Violencias en el Sureste de México (GIIVISS, A.C.).

² Psicóloga adscrita al Departamento Psicopedagógico de la Universidad Autónoma del Carmen, integrante del Grupo Interdisciplinario de Investigación de las Violencias en el Sureste de México (GIIVISS, A.C.).

Palabras clave: salud mental, estudiantes universitarios, aislamiento, epidemia.

The impact of COVID-19 on the mental health of university students

Abstract: The isolation dictated by health authorities around the world, as a preventive measure against the contagion and spread of Covid-19, caused cases of depression, stress or feelings of anguish in young people who attended school regularly. The purpose of this work is to show the perception of a group of young university students, from the Mexican southeast, about the new study modalities and the complications to access the so-called CTIs. What we found among the students was mostly a feeling of discomfort regarding the imposition of distance classes, as well as a recognition of the traditional teaching-learning processes, that is, a revaluation of the school as a space not only for the transmission of knowledge but of socialization and reaffirmation of human bonds. It is concluded that the forced “virtualization” of the classes did not consider the unequal access to the internet and the needs at home of the university students.

Keywords: Mental health, isolation, epidemic, psychosocial risk, university students,

Fecha de recepción del artículo: 12-agosto-2020

Fecha de aceptación: 19-septiembre-2020

Introducción

En la sociedad actual ya se vivía en un escenario de desesperanza y frustración, así como de malestar social, en México muchos de los jóvenes tienen cancelada con anticipación la posibilidad de acceder a una vivienda, al proyecto de vivir en pareja, a la recreación, la salud y la buena educación.

De acuerdo con Martínez y Barroso, “se asume una vida llena de precariedad, que no van a tener una ocupación fija, una fuente de trabajo con garantías sociales y, por ello, estabilidad y recursos para acceder a una buena

calidad de vida”.³ En el encierro los individuos se aíslan y se vuelven vulnerables. La depresión, el desempleo y los problemas económicos generan estrés. Tal situación se complica por la fragilidad de nuestros vínculos sociales, lo que Bauman llama “sentimiento de inseguridad”, ese temor a la catástrofe personal, en la que el miedo refleja incertidumbre e impotencia.⁴

Con el confinamiento físico y social ordenado por las autoridades federales, estatales y municipales como medida para evitar los contagios por el virus SARS-Cov-2, se dieron por concluidas las clases presenciales en todo el sistema escolar mexicano desde el mes de marzo del 2020. Si bien esta instrucción de cierre de escuelas obedeció a medidas sanitarias recomendadas internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido al riesgo de una pandemia, los impactos que ésta tendrá en el ámbito emocional y personal de estudiantes y maestros, aún están por verse. Asimismo, en los próximos meses se podrá observar las repercusiones educativas que en cada región del país y según el nivel socioeconómico, tuvo este período de encierro y aislamiento voluntario. En este contexto, la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), en el estado de Campeche, implementó junto con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y otras instituciones académicas de todo el país, una estrategia de seguimiento de las actividades escolares de los estudiantes de los diferentes niveles, a través de diversas plataformas digitales, salas de videoconferencias y redes sociales como *Zoom*, *Teams*, *Hangouts*, *Facebook*, *WhatsApp*; además de correos institucionales y otras TICs especificadas por la universidad.

No obstante, dadas las características socioeconómicas y psicosociales de los estudiantes de la universidad, así como de las condiciones particulares de la entidad, con un proceso de deterioro económico reciente a raíz de la crisis petrolera, para el Observatorio Universitario de la Violencia Social (OUVS) resulta pertinente preguntarse

³ Ángela Martínez y Luis Barroso, “Políticas públicas y de bienestar social que impactan sobre las familias beneficiarias del DIF-CDMX: la prevención y atención de las conductas autodestructivas”, en *Sistema de garantías para la construcción del bienestar social en la Ciudad de México*, México, DIF-CDMX/IPN/El Colegio de Tlaxcala, 2017, págs. 127-164.

⁴ Zygmunt Bauman, *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, México, FCE, 2007.

sobre la situación anímica, de salud mental y sobre las expectativas de su desarrollo académico, en este contexto de emergencia sanitaria en todo el mundo. Otras preguntas que nos hacemos como OUVS son: ¿Cuáles son las condiciones materiales y de acceso tecnológico de las que disponen los estudiantes de licenciatura? ¿Cómo se percibe la estrategia de la universidad para dar continuidad al ciclo escolar de manera no presencial? ¿De qué manera el confinamiento generado por razones sanitarias impactará las relaciones docente-estudiantes en el proceso educativo? y ¿Cómo la ausencia de vínculos sociales afecta el bienestar psicológico de los jóvenes universitarios?

Con base en esta serie de cuestionamientos se elaboró un instrumento que nos permitió sondear los impactos académicos y anímicos en los jóvenes universitarios debido al “distanciamiento social” generado por la emergencia sanitaria del COVID-19. El propósito es explorar la percepción de los estudiantes en torno a las estrategias de enseñanza-aprendizaje en modo virtual durante la cuarentena del año 2020.

Aspectos metodológicos

Se realizó un sondeo con una a escala actitudinal tipo *Likert* con 15 reactivos, utilizando el formulario en línea de *Google*. Inicialmente se envió el formulario a los correos electrónicos de los estudiantes de nivel licenciatura exclusivamente de la Facultad de Ciencias Económicas Administrativas, por ser el área de influencia más cercana del OUVS, sin embargo, ante la solicitud de los profesores tutores de otras facultades, se compartió el instrumento y se envió aproximadamente a una población de 300 alumnos regulares inscritos en el ciclo escolar de febrero-junio de 2020.

El período de aplicación del formulario vía internet fue durante dos semanas, del 16 al 30 de mayo de 2020, a casi dos meses de iniciada la contingencia y la suspensión de las actividades académicas de manera presencial. En total se recibieron 253 formularios respondidos, de los cuales el 71% fueron de mujeres y el 29% de hombres; sólo un cuestionario apareció sin marcar el género. Participaron alumnos inscritos en 22 programas educativos, de un

total de 29 que ofrece la UNACAR. La media de la edad de los jóvenes que contestaron el formulario es de 20.5 años, la Mediana de 20 y la Moda de 19. Sólo el 11.5% son estudiantes de los últimos semestres de los programas de licenciatura, entre los 23 y 24 años de edad, el resto son alumnos de los primeros cuatro ciclos de las respectivas carreras profesionales.

Desarrollo y resultados

La reacción de la universidad ante la suspensión de clases presenciales

Una vez establecida la cuarentena en todo el país, debido al crecimiento de los contagios de Covid-19, las escuelas fueron exhortadas a suspender las clases presenciales a partir del día 20 de marzo. En un principio se pensó que después de las vacaciones de Semana Santa, en abril, las actividades académicas retornarían a la normalidad, cosa que no sucedió. En virtud de esta situación la Universidad Autónoma del Carmen ofreció una serie de plataformas de colaboración con el fin de apoyar las actividades académicas de todos los programas educativos del Nivel Medio Superior, Superior y Posgrado. De acuerdo con el *Plan de Continuidad Académica y Administrativa*, durante el periodo de contingencia a los estudiantes y docentes de educación superior se les ofreció la plataforma *Microsoft TEAMS*, lo que permitiría “trabajar juntos de manera remota, crear contenido y compartir recursos” (*Boletín* del 31/03/2020).

No obstante que la universidad reiteró la puesta en marcha de las plataformas correspondientes con acceso desde la *Web* cuidando los aspectos de la *ciberseguridad* de la información (*Boletín*, 23/04/2020), muchos estudiantes, y no pocos docentes, se vieron limitados, sea por habilidades tecnológicas o por dificultades de acceso a los servicios de conexión satelital, para continuar con el ciclo escolar febrero-julio de 2020.

En este punto, la percepción del 53% de los estudiantes es que las opciones y estrategias que la UNACAR dispuso para seguir estudiando en línea no fueron las adecuadas (Cuadro 1). Esta sensación de molestia puede entenderse

si se considera que las autoridades del Sistema Educativo Nacional (SEP) y de la UNACAR en particular, se montaron en esa situación inédita e impusieron –como si fuera parte esencial de la emergencia– la virtualización forzosa de los programas educativos.⁵

Cuadro 1. Las opciones y estrategias que la UNACAR ha dispuesto para seguir estudiando en línea NO me parecen las adecuadas			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	24	9.5	9.5
En desacuerdo	97	38.3	47.8
De acuerdo	92	36.4	84.2
Totalmente de acuerdo	40	15.8	100
Total	253	100	

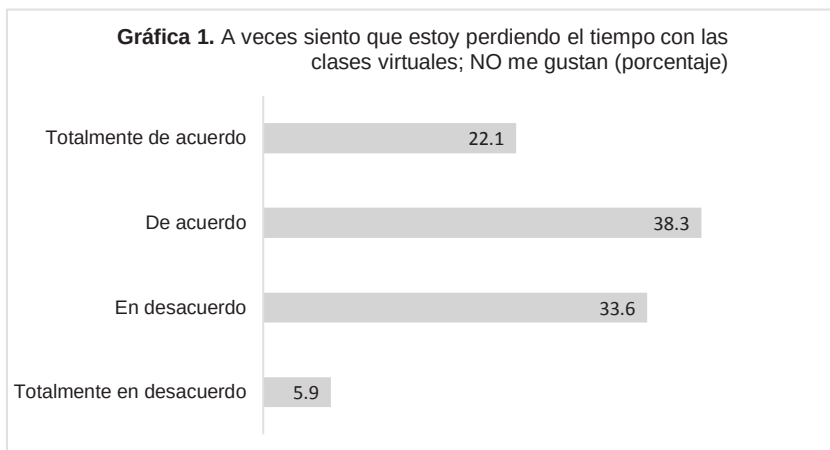
Fuente: Elaboración propia con base en el sondeo en la UNACAR (2020).

Por un lado, esta imposición generó situaciones de presión y angustia en muchos estudiantes (por la exigencia de entrega de tareas y de seguimiento a los cursos) que no disponen de equipos de cómputo y mucho menos conexión y acceso de manera fluida a la internet (72%). Por otra parte, también deja ver un cierto aprecio de los alumnos a la labor de los docentes que fueron a su vez sorprendidos por la cancelación de las clases presenciales de manera repentina, apenas concluyendo el primer tercio del semestre. En este sentido, los jóvenes reconocen, en su mayoría (73%), el interés de sus profesores para adaptarse a las nuevas condiciones llamadas *home work*. Asimismo, hay un reconocimiento a los procesos tradicionales de enseñanza-aprendizaje, pues 211 estudiantes (83%) sienten que no aprenden igual con las clases en línea. El 60.5% de plano dijeron que sienten que están perdiendo el tiempo y no les gusta las clases virtuales (gráfica 1).

No obstante, 79 alumnos (30.2%) estarían en mejores condiciones de seguir estudiando desde su casa debido a razones económicas. En este sentido, el 90% de los jóvenes considera que las clases “cara a cara” son más interesante, didácticas y divertidas”: 33.2% de acuerdo;

⁵ Hugo Aboites, “Primum non nocere”, *La Jornada*, 23 de mayo 2020.

56.1% totalmente de acuerdo; 8.3% en desacuerdo; y 2% totalmente en desacuerdo con esta afirmación.



Pensar de esta manera demuestra que la “virtualización” de la educación está todavía lejana, pues una sesión de clase no es un intercambio verbal solamente, sino una experiencia que para los jóvenes implica muchas otras cosas: los salones, los compañeros, los patios y jardines de la facultad o escuela, “sin la mirada de los profesores, lo único que queda de una sesión de clase es el horario, si nos conformamos con eso, como han hecho la mayoría de las escuelas y las universidades en el mundo, significa que no hay una diferencia real entre una escuela y una oficina de pasaportes”.⁶

El acceso a las TICs y las condiciones materiales

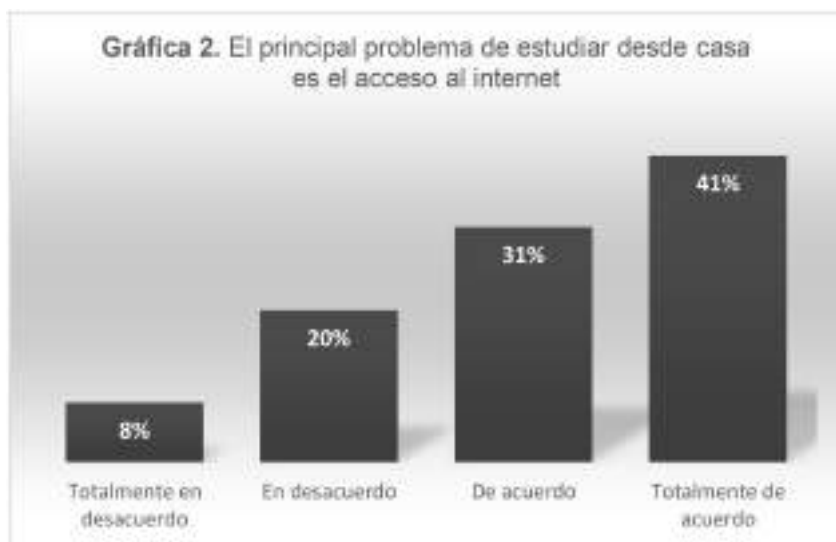
El año pasado, México apareció en el penúltimo lugar en una lista de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre penetración de internet fijo. En el análisis, hecho a 37 naciones, nuestro país se ubica sólo por arriba de Colombia. El primer lugar lo tiene Suiza.⁷ La necesidad de mantener a todos los estudiantes de cualquier edad en casa, y continuar de alguna manera la educación sin asistir a la escuela, nos dice Fernando

⁶ Fernando Escalante, “El tiempo perdido”, *Milenio*, 12 de agosto de 2020.

⁷ Ruth Barrios Fuentes y Gandhi Ramos, “Aislados y sin internet: jóvenes padecen exclusión escolar durante la epidemia”, *Animal político*, 7 de agosto de 2020.

Escalante (2020), es “reducir la escuela al ámbito privado, es decir, al ámbito de la desigualdad. Allí se reproducen, se multiplican todas las carencias, todos los privilegios también”. Ciertamente, el sistema educativo como lo conocemos, no puede ser sustituido de manera brutal por la tecnología, por más que nos digan que es un sello de la modernidad y de progreso.

Describir los problemas de accesibilidad y uso de las plataformas virtuales como herramientas para el aprendizaje de los universitarios en el marco de la contingencia sanitaria, no es tarea fácil, pues las condiciones no son las mismas para todos los estudiantes. Además de que el 71% reconoce que las condiciones en su casa no son las adecuadas para estudiar de manera virtual, por las condiciones materiales de la vivienda, las actividades familiares domésticas o el ruido de la calle; casi en igual porcentaje (72%) consideran que el principal problema para estudiar en estos momentos es el acceso al internet (gráficas 2 y 4).



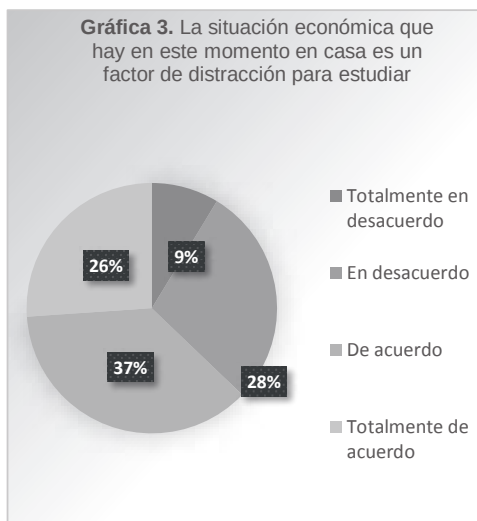
Estamos ante un problema de carácter tecnológico, en lo que se refiere al uso de las llamadas Tecnologías de Información (TICs), las cuales hoy en día se encuentran en la fase de nuevas plataformas interactivas digitales que supuestamente les permitirá a los estudiantes acceder a

una serie de recursos de información para realizar sus tareas escolares.

Ahora bien, de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares (ENDUTIH) (INEGI, 2019), los mexicanos cada vez hacen más uso de herramientas, como el teléfono móvil (75% de la población nacional) y el resto en otros dispositivos para comunicarse, entretenerse o por trabajo (computadora 43%; internet 70.1%).

De los usuarios de internet a nivel nacional, el 22.2% tienen escolaridad de licenciatura y el 1.8% de posgrado; en general, el uso de las TICs aún no es satisfactorio en el país como para decretar el salto a la educación virtual, y es que el acceso a estos servicios no está en todas las localidades de donde es originaria la población estudiantil.

En este sentido, cabe mencionar que el poder adquisitivo de las familias de los estudiantes en el sureste no está pasando por un buen momento como para poder adquirir los dispositivos, ya sea por el desempleo y subempleo generado desde el 2015 a raíz de la crisis petrolera, o bien por las medidas económicas adoptadas por las autoridades en el marco de la cuarentena. Por ello, no es de extrañar que la mayoría (159) de los jóvenes perciben que la situación económica que hay en su hogar es un factor de distracción para estudiar, casi el 63% (gráfica 3).



El estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes universitarios

Existe consenso al asumir que la educación no sólo es transmitir conocimiento, la educación es parte de un largo proceso de socialización. Por tanto, debemos partir del reconocimiento de la universidad y la escuela como formas de sociabilidad, de convivencia, de salir de la familia hacia una comunidad más amplia.

Por eso la mayor pérdida de la experiencia de asistir a la escuela no es tanto lo que se deja de aprender en las aulas, sino el lugar físico, la convivencia y el vínculo con los compañeros, los maestros, la vida en ese otro espacio donde los estudiantes son todos (casi) iguales, y permite por algunas horas, fugarse de la violencia que hay a menudo en el espacio doméstico.⁸

Los vínculos emocionales que se generan a lo largo de las jornadas de estudio en los salones de clase y el acompañamiento que realizan entre amigos los jóvenes universitarios en su trayectoria académica, es lo que brinda parte de ese bienestar psicológico que los lleva a un rendimiento académico exitoso.

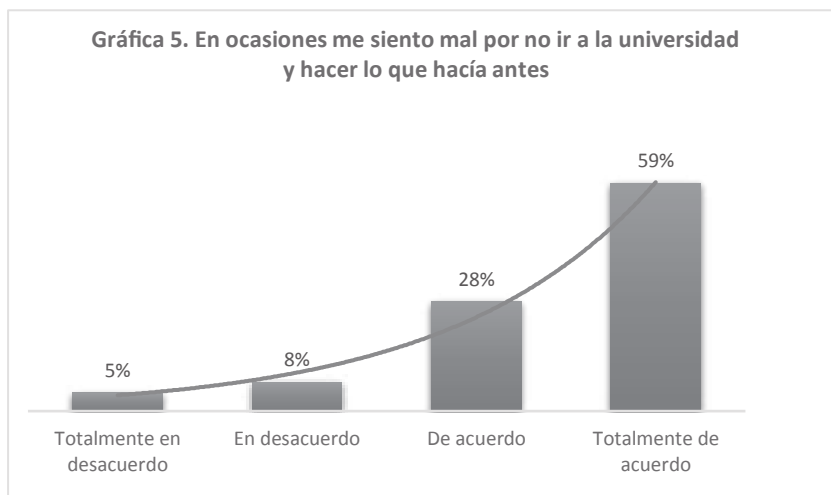
Ante la pérdida de esos “lazos sociales” en forma física, que el confinamiento por COVID 19 impuso de forma abrupta y más aún prolongada por meses, se muestra el impacto en la salud mental de un 59% de la población estudiantil encuestada, quienes especifican que no es suficiente o no basta interactuar virtualmente en redes sociales con amigos y compañeros con los que compartían alrededor de ocho horas diarias. Manifiestan ser afectados emocionalmente ante la nueva modalidad de clases a distancia. Siendo muy diferente el uso previo de sus redes sociales, en las que podían comunicarse o interactuar, más no sustituían la relación cotidiana y permanente que se obtenía de estar en convivencia social.

El sentimiento de abandono o desolación no sólo se manifiesta en el núcleo familiar, a veces es mucho más fuerte entre los coetáneos, sea por la búsqueda de identidad, por adherirse a modelos generacionales entre pares, por referencias socio-ideológicas con pensamiento más crítico y cuestionador que atan más al “grupo” o la “banda” que con los mismos progenitores. Y si bien es cierto que no se puede generalizar, es en la edad universitaria (18-25 años) en la que socializar lleva un fondo más profundo de pertenencia o de relaciones sentimentales con más significado para el individuo. Por esto es que el prolongado distanciamiento físico impuesto puede tener efectos de desolación; asimismo, el aislamiento al plantel académico o a cualquier otro espacio recreativo genera sentimientos de angustia, frustración y melancolía.

⁸ Fernando Escalante, *Op. Cit.*

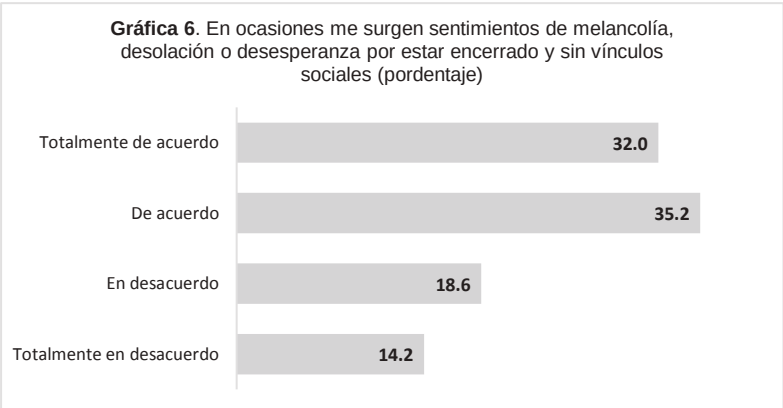
La pérdida de ese espacio físico y emocional que se tenía es ahora valorado por la mayoría de los estudiantes como algo anhelado y que, dicho por ellos mismos, nunca imaginaron que lo podían haber considerado como abandono del docente, del amigo y del entorno que daba la seguridad de pertenencia. Esto pone en riesgo la salud mental de aquellos que todavía no cuentan con estructuras anímicas y psíquicas elaboradas a lo largo de su adolescencia, sea por situaciones no resueltas desde la infancia o por mecanismos de defensa que impiden mirar las aéreas de oportunidad y de crecimiento personal que puede dar este aislamiento, para trabajar consigo mismo lo no resuelto y no verlo como abandono.

Previo al encierro y asilamiento vino la suspensión de clases en la UNACAR y con ella la caída en el ánimo de estudiar del 60% del estudiantado de nivel superior. Asimismo, el 87% dijo sentirse mal por no estar yendo a los campus universitarios y realizar su vida cotidiana “como antes” (gráfica 5).



De manera más directa, 170 de los estudiantes universitarios (67%) aceptan que en ocasiones les surgen sentimientos de melancolía, desolación o desesperanza por estar encerrados y sin vínculos sociales (gráfica 6). El sentimiento era de enfado con la situación de encierro y deseos de que ésta se supere para regresar a la universidad. Pero como ya hemos señalado, la incidencia

es distinta según la condición anímica y material de cada estudiante, pues hubo jóvenes que señalaron que por motivos familiares, personales o económicos, preferirían seguir en sus casas atendiendo los cursos de manera no presencial (Cuadro 2).



Cuadro 2. Me gustaría que la cuarentena dure más tiempo para no ir a la universidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	125	49.4	49.4
En desacuerdo	98	38.7	88.1
De acuerdo	19	7.5	95.7
Totalmente de acuerdo	11	4.3	100.0
Total	253	100.0	

La atención a distancia que la UNACAR ofrece a los estudiantes en este periodo de confinamiento, a través del Departamento Psicopedagógico y en los diversos campus de la universidad, muestra un incremento de solicitudes para asesorías psicológicas de manera personal por el estudiante o canalizadas por los tutores. La necesidad más apremiante identificada desde la primera semana de inicio del *#Quédate en Casa*, es la de “hablar o ser escuchado”, con síntomas de impotencia, angustia, desmotivación, cambios bruscos de emociones e incluso, de miedo a autolesiones o regresar a trastornos alimenticios que consideraban ya superados por algunos de ellos.

Posteriormente, mientras fue prolongándose el “distanciamiento social”, las intervenciones fueron de contención en procesos de duelo o crisis de ansiedad por pérdidas de dos o más integrantes en una misma familia y el hecho de no poder ser acompañados en los rituales realizados ante un deceso. Esto se agregó a lo ya de por sí difícil y estresante que resultaba lidiar con la entrega de trabajos y exámenes virtuales para concluir el semestre. Desafortunadamente este servicio de apoyo también se brinda de manera virtual, por lo que al igual que el estudiante que no cuenta con los medios para acceder a las TICs en su lugar de origen o de residencia para continuar con sus clases, así también no se beneficia de la atención psicológica que ofrece la universidad.

Se puede advertir entonces, que un porcentaje significativo de la población estudiantil (gráfica 6) pudiera estar necesitando del acompañamiento psicoemocional, pero el limitado acceso a las TICs y las carencias económicas les impide tener la posibilidad de recibir los servicios institucionales de salud mental en la modalidad a distancia.

El estudio visibiliza las carencias económicas de la región, cuando 49,4% de los estudiantes manifiesta preferir las clases presenciales ante la falta de los recursos tecnológicos para poder realizarlas en su casa, siendo que dentro de la universidad tienen la posibilidad de utilizar equipos de cómputo en la biblioteca, o si cuentan con equipo portátil pueden acceder al internet gratuito que se proporciona en todos los campus universitarios.

Por último, es importante señalar que algunos de los estudiantes encuestados provienen de los municipios del interior del estado de Campeche, Chiapas y Tabasco, por lo que es probable que varios no pudieron seguir pagando la renta de los espacios habitacionales donde estaban viviendo, así que preferentemente regresaron a sus comunidades. Una vez retornados al hogar, los jóvenes tienen que solidarizarse con las labores del campo, en el caso de los varones, y otras tareas domésticas del hogar, si son estudiantes mujeres. No pudiéndose negar ya que, es complicado que los padres de familia entiendan que no están en casa de vacaciones, sino tomando clases en línea. El fugarse de las pesadas tareas del medio rural es otro factor determinante que hace que la mayoría de los jóvenes estudiantes de la UNACAR deseen el retorno a las clases presenciales.

A manera de conclusión

Lo que ha ocurrido en la Universidad Autónoma del Carmen, así como en muchas partes del país y del mundo, es una situación inédita para la cual nadie estaba preparado. Tanto estudiantes, docentes y trabajadores administrativos fuimos sorprendidos por la emergencia sanitaria, y lo que comenzó como un encierro gozoso, ha ido adquiriendo tintes dramáticos, de incertidumbre y miedo.

Hemos observado que los avances tecnológicos en las escuelas públicas todavía no son suficientes en cuanto a equipos y capacitación del personal docente, si bien se trabaja con herramientas de TICs desde hace ya varios años, éstas no son las protagonistas en el proceso educativo, sino sirven solamente de apoyo en el salón de clase. Lo que también fue evidente en el caso de la UNACAR, es que al inicio del Plan de Continuidad Académica y Administrativa, hubo confusión y se perdió demasiado tiempo para hacer funcionales y eficaces las plataformas disponibles en la totalidad de la universidad.

Ahora bien, por un lado observamos con preocupación los problemas de salud mental en los jóvenes estudiantes, derivados del encierro prolongado y la incertidumbre en torno a su formación profesional. Por el otro, está el problema de la virtualización forzada de las clases, con un acceso desigual al internet y con las necesidades en el hogar ante los problemas económicos. Adicionalmente, se tiene el reto de generar estrategias para atender a los estudiantes con baja resiliencia, con aquellos que sufrieron alguna pérdida familiar en estos días.

Algunas estimaciones hablan de que la pandemia por COVID-19, dejará cerca del 30% de las personas con alguna dificultad emocional relacionada con el miedo al contagio, la pérdida de algún ser querido, los efectos del distanciamiento social, y la oleada de desempleo. Otro grupo de alto riesgo presentará síntomas de estrés postraumático, un incremento en el consumo de sustancias, o conductas asociadas al suicidio. Por esto, los profesionales de la educación y la salud tienen hoy más que nunca que mirar el potencial creativo y el desarrollo humano, que dé alternativas de vida positivas dentro y fuera de las aulas, pues el pesar y la zozobra quedarán en la atmósfera de las universidades, de los hogares y de los individuos.

La universidad se enfrenta a una nueva realidad que requerirá esfuerzos mayores de su personal docente y administrativo, no solamente en el plano tecnológico, sino que será necesario reflexionar sobre cómo la comunidad académica puede contribuir a generar estrategias para apoyar en una crisis humanitaria como la que estamos viviendo, así como formar a los estudiantes en habilidades para atender dichas necesidades que pueden repetirse en el futuro. Uno de los retos para las instituciones educativas será el generar estrategias para atender a los estudiantes con baja resiliencia, aquellos que sufrieron alguna pérdida familiar en estos días y que estén considerando abandonar la escuela.

Como entidad en el sureste, tenemos estadísticas regionales muy altas en violencia, suicidio y VIH/SIDA, las cuales podrían ser incrementadas después de la pandemia o durante la misma, aun cuando este estudio no se focalizó en profundizar en dichos factores de riesgo psicosocial, si es necesario que se implemente un modelo de intervención donde participen instancias federales, estatales y municipales para la contención del impacto COVID 19.

Finalmente, el OUVS deberá asumir una postura más firme y decidida al interior de la universidad para crear un espacio que sirva de expresión y de voz a la comunidad, para decir lo no dicho o abrir diálogos liberadores que devuelvan el sentido de vida que se perdió ante una realidad subjetivada, que contaminó de miedo y negatividad las mentes universitarias. La tarea será reflexionar sobre la experiencia de esta ausencia de la otredad y de ser mediadores de los efectos de la llamada “nueva normalidad”; no dejar en silencio muchas voces cubiertas por el cubre bocas.

Bibliografía

- Aboites, Hugo, “Primum non nocere”, *La Jornada*, 23 de Mayo de 2020. Obtenido de <https://www.jornada.com.mx/2020/05/23/opinion/019a1pol>
- Barrios, Ruth y Ramos, Gandhi, “Aislados y sin internet: jóvenes padecen exclusión escolar durante la epidemia”, *Animal político*, 7 de Agosto de 2020. Obtenido de <https://www.animalpolitico.com/2020/08/jovenes-exclusion-internet-escolar-pandemia/?fbclid=IwAR3UIdOAKoa-MaVWMh-KavOttA7eo-Z5ju7ERwh8EvLhYhMIuIcROeHI00>
- Bauman, Zygmunt, *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- De la Torre, Rodolfo, “Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano”, *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 2011. Obtenido de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/revista-inter/RevistaDigital2/RDE_02_2e.html
- Escalante, Fernando, “El tiempo perdido”, *Milenio*, 12 de agosto de 2020. Obtenido de https://www.milenio.com/opinion/fernando-escalante-gonzalbo/entre-parentesis/el-tiempo-perdido?fbclid=IwAR34SypaSVO7y3rCznDQUY3bgyjjeZljyXPrK_sMLxW9Y0lewnm5hTzl0qs
- Ham, Ricardo, “Covid y trastornos mentales”, *La Jornada*, 21 de Mayo de 2020. Obtenido de <https://www.jornada.com.mx/2020/05/21/opinion/031a1soc>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*. Aguascalientes, Méx.: INEGI, 2019.

El COVID-19 en la población indígena de México

José Patrocinio Ramos Ávila¹

Resumen: Dados los altos índices de marginación y bajos índices de desarrollo humano de los municipios mayoritariamente indígenas, así como la falta de acceso a los servicios de salud, se ha considerado que la población indígena es uno de los sectores más vulnerables a la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2. Una primera dificultad a que se enfrentan las investigaciones es la identificación de la población considerada indígena, por lo que se mencionan las variables que nos darían perspectivas distintas sobre el tema. Finalmente se sigue el criterio de la institución encargada de coordinar y orientar las políticas públicas dirigidas a los pueblos originarios para analizar la información sobre los efectos del Covid-19 en la población, concluyendo que, con los datos disponibles hasta el momento, no ha sido la población indígena la más vulnerable ante la pandemia.

Palabras clave: población indígena, municipios indígenas, lenguas indígenas, hogares indígenas, autoadscripción, marginación.

¹ Licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma Metropolitana. Participó en el proyecto de radio del Instituto Nacional Indigenista en sus primeros años en diversas regiones indígenas del país; posteriormente se incorporó a la Dirección General de Educación Indígena de la SEP, en donde impulsó el uso de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías de información en la educación básica. En los últimos años se involucró con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en programas de atención para la población en áreas rurales e indígenas, hoy convertido en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

COVID-19 in the indigenous population of México

Abstract : Given the high rates of marginalization and low rates of human development in mostly indigenous municipalities, as well as the lack of access to health services, the indigenous population has been considered one of the most vulnerable sectors to the SARS-CoV-2 pandemic. A first difficulty faced by the research is the identification of the population considered to be indigenous, so the variables that would give us different perspectives on the subject are mentioned. Finally, the criteria of the institution in charge of coordinating and guiding public policies aimed at native peoples is followed to analyze information on the effects of Covid-19 on the population, concluding that, with the data available so far, it has not been the indigenous population that has been most vulnerable to the pandemic.

Keywords: indigenous population, indigenous municipalities, indigenous languages, indigenous households, self-adscription, marginalization.

Fecha de recepción del artículo: 23-agosto-2020

Fecha de aceptación: 18-septiembre-2020

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha impactado en diversos ámbitos de la actividad humana, en la economía, la ciencia, las relaciones sociales y la geopolítica, entre otros, en este artículo me centraré en el campo de la salud, partiendo de la revisión de la información oficial con que se cuenta al momento, tratando de analizar particularmente el impacto en la población indígena de México.

La Secretaría de Salud federal, publica un informe técnico diario² en el que da cuenta del avance del Coronavirus en México y en el mundo, actualizando los casos acumulados, casos activos, tasas de incidencia, casos confirmados y sospechosos y defunciones positivas y sospechosas, presentando cifras a nivel nacional y por entidad federativa. Para conocer la afectación del virus por municipio, grupos

² Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO*, Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

de edad, comorbilidades de las personas contagiadas e identidad indígena es necesario consultar otras páginas de la misma Secretaría con mayor detalle. Sin embargo, hay una variable que nos cambia el resultado de la ecuación: el concepto de población indígena, por ello trataré de ver los resultados a la luz de los principales criterios.

Lo anterior importa porque puede proporcionar la información cualitativa y cuantitativa –*¿quiénes son? ¿dónde están? ¿cuántos son?*– necesaria para el diseño de los programas, estrategias y acciones dirigidas hacia ese sector de población por parte de la administración pública federal, estatal y municipal.

Cuantificación e identificación de la población indígena.

De acuerdo con información del INEGI, se sabe que uno de los primeros recuentos de población en lo que hoy es México se realizó en la Época Prehispánica, por el año 1116 D.C, ordenado por el rey Xólotl.³ Durante el dominio de los aztecas se realizaron algunos registros con el propósito de llevar un control del pago de tributos; luego, en el siglo XVII, durante La Colonia, se realizaron al menos 2 censos de población y 5 recuentos demográficos, pero no se conservaron los datos. Fue hacia finales del siglo XVIII cuando se realizó un censo de población en forma y del cual aún se conservan sus registros en el Archivo General de la Nación.

Como país independiente, México hace un primer censo en 1831, pero fue hasta 1883 cuando se estableció por reglamento que la recién creada Dirección General de Estadística levantara un censo general de los habitantes del país cada 10 años, siendo el primero de ellos el de 1895. El siguiente fue en 1900 y, a partir de entonces, se ha realizado con esa periodicidad, a excepción de 1920, cuando se pospuso un año por el movimiento revolucionario.

Siguiendo recomendaciones de organismos multilaterales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que proponían que en censos de población y vivienda con empadronamiento completo se recabaran datos básicos y

³ INEGI, México - Censo de Población y Vivienda 2010, Información general, disponible en <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71#:~:text=Los%20primeros%20recuentos%20de%20personas,fueran%20censados%20todos%20sus%20s%C3%BAbditos.> Consulta realizada el 15/08/2020.

que datos más complejos se registraran en una muestra de población, a partir del Censo de Población y Vivienda 1995 se utilizaron 2 cuestionarios: el de *enumeración*, para recabar datos básicos, y la *encuesta*, para recopilar información ampliada. La variable sobre hablantes de lengua indígena de 5 años y más, quedó incluido en el cuestionario de enumeración, de aplicación general.

En el XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000, el cuestionario básico registró a los hablantes de lengua indígena, en tanto que el ampliado consignó por vez primera la autoadscripción indígena de los entrevistados, el pueblo o comunidad indígena al que ellos dijeron pertenecer, variable que se repetiría en el censo y censo de población de 2005 y 2010, respectivamente.

Dado que hasta antes del Censo de Población del año 2000 sólo se registraba a los hablantes de lenguas indígenas de 5 años y más –un dato pertinente pero insuficiente porque no reflejaba el número de mexicanos que se consideran a sí mismos como miembros de un pueblo indígena– esto dio lugar a que se hablara de un *etnocidio estadístico*,⁴ pues además de que muchas personas preferían ocultar su condición de indígenas para no ser víctimas de la discriminación había deficiencias en la captación de los datos. Con la autoadscripción se mostró que había más personas que sentían pertenecer a una comunidad indígena que las que sólo declaraban hablar una lengua indígena.

En síntesis, tres han sido los criterios para identificar y cuantificar a la población indígena; uno que ha predominado durante varias décadas y que aún sigue en uso es *el lingüístico*, que considera como indígenas a aquéllos que hablan alguna lengua indígena; en los últimos años ha venido adquiriendo mayor relevancia la *autoadscripción o pertenencia étnica*, que asume como indígenas a aquéllos que manifiestan pertenecer a un pueblo o comunidad indígena, aunque no hablen la lengua de sus padres o abuelos; un tercer criterio es *población que vive en hogares indígenas*, que considera como indígenas a todos los integrantes de una vivienda en donde el jefe o jefa de familia habla alguna lengua indígena.

Todos estos criterios abrevan de una fuente común: los censos de población y vivienda, conteos de población y

⁴ Guillermo Bonfil Batalla, *México Profundo. Una civilización negada*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo, 1989, p. 46.

encuesta intercensal que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pero cada uno de ellos nos arroja resultados diferentes, adquiriendo relevancia según las estrategias de intervención que se hayan diseñado para ese sector de población.

El criterio lingüístico.

Desde 1895 se ha utilizado el criterio de la lengua para identificar a la población indígena y hasta 1921 el universo de estudio fue la población total de cualquier edad; a partir de 1930 se registró además a la población de 5 y más años que habla alguna lengua indígena (HLI)⁵, término genérico para designar a la gran diversidad de idiomas que hablan los pueblos originarios de México.

Desde entonces, ha habido disminuciones y crecimientos importantes de la población indígena (Ver **Cuadro 1**). En números absolutos, este grupo de población ha tenido un crecimiento constante, luego de un descenso en los periodos anterior y posterior a la Revolución, pero su crecimiento ha sido menor que el de la población no indígena, por lo que ha disminuido su porcentaje con relación al total de la población nacional.

⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *La población indígena en México*. Aguascalientes, INEGI, 2004, pp. 4-5. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825497583>

Cuadro 1. La población indígena en los censos, 1895-2010.

Año	Población total	Población de 5 años y más	Población hablante de lengua indígena (millones)	Porcentaje de la población de 5 años y más que habla una lengua indígena*
1895	12'491,573	n/d	2	16.1
1900	13'607,272	n/d	1.8	15.3
1910	15'160,369	n/d	1.9	12.9
1921	14'334,780	n/d	1.8	13.7
1930	16'552,722	14'028,575	2.3	16
1940	19'653,552	16'788,660	2.5	14.8
1950	25'791,017	21'821,032	2.4	11.2
1960	34'923,129	29'146,382	3	10.4
1970	48'225,238	40'057,728	3.1	7.8
1980	66'846,833	57'305,718	5.2	9.0
1990	81'249,645	70'562,202	5.3	7.5
2000	97'014,867	84'794,454	6.3	7.1
2005	103'263,388	90'266,425	6.0	6.6
2010	112'336,538	101'808,216	6.6	6.5

* De 1895 a 1921 el universo de estudio es la población total; de 1930 a 2010, es la población de 5 y más años.

n/d Datos no disponibles.

Nota. - Los censos de 1895 a 1921 se levantaron por auto empadronamiento; de 1930 a 2010, por entrevista.

Fuentes. - Elaboración propia a partir de los censos y conteos de población del INEGI

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *La población indígena en México*. Aguascalientes, INEGI, 2004, pp. 4-5. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?up-c=702825497583>

Las diferencias pueden deberse, según explica el INEGI, “por los efectos de la medición de un rasgo que es dinámico, pues la lengua puede ocultarse, perderse, declararse por identidad, adquirirse por razones personales o profesionales”⁶, además de los subregistros que pudieron presentarse por las barreras geográficas y lingüísticas en el levantamiento de los primeros censos. Adicionalmente, quedan excluidas personas que, siendo de origen indígena, ya no hablan la lengua materna porque

⁶ Ídem, p. 3.

sus padres no se las transmitieron, o aquéllas que niegan su condición para evitar la discriminación.

El último censo de población, el de 2010, además de registrar a los hablantes de lengua indígena de 5 años y mayores, incluyó a los hablantes de lengua indígena de 3 años y más. El resultado: hay una pequeña diferencia de un décimo de punto porcentual entre ambas mediciones, que significa un incremento de 218 mil personas si se consideran a los de 3 años y más. **(Ver Cuadro 2)**

Cuadro 2. Cuantificación de la población indígena en el Censo de Población de 2010.

<i>Variable</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje de la población total</i>
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena.	6,913,362	6.6%
Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena.	6,695,228	6.5%
Población de 3 años y más que se considera indígena (Autoadscripción).	15,701,278*	14.86 %
Total de personas que forman hogares censales indígenas.	10,788,615	9.6%

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Población de 3 años y más que habla lengua indígena en México, según condición de habla española y sexo.

Población de 5 años y más que habla lengua indígena por entidad federativa y lengua según condición de habla española y sexo.

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Ampliado. Elaboración: 11/05/2011.

Población de 3 años y más en entidades federativas seleccionadas y su distribución porcentual según condición de autoadscripción étnica para cada entidad federativa, sexo y condición de habla indígena

*Cantidad que resulta de multiplicar el total de la población en México de 3 años y más -105'661,364 en 2010- por el porcentaje de autoadscripción.

El INEGI ha continuado incluyendo dicha variable en los censos porque, a su juicio, tiene una mayor objetividad y permite la comparabilidad con otros censos; además de que es un criterio sencillo en su formulación y operación desde el punto de vista estadístico,⁷ a pesar de que se ha registrado un creciente abandono de las lenguas autóctonas por los usuarios.

La autoadscripción

Alfonso Caso –quien fue director del Instituto Nacional de Antropología e Historia y del Instituto Nacional Indigenista– introduce el elemento cultural para distinguir al indígena en 1962, al afirmar que el problema indígena en México no era un problema racial: *La distinción entre indígenas y no indígenas estriba en una diferencia de cultura*.⁸ En esa línea, una de las más importantes contribuciones para la definición de los pueblos indígenas la hace el antropólogo Guillermo Bonfil hacia finales de los ochentas, cuando afirmó que:

*El indio no se define por una serie de rasgos culturales externos que lo hacen diferente ante los ojos de extraños (la indumentaria, la lengua, las maneras, etc.); se define por pertenecer a una colectividad organizada (un grupo, una sociedad, un pueblo) que posee una herencia cultural propia que ha sido forjada y transformada históricamente, por generaciones sucesivas; en relación a esa cultura propia, se sabe y se siente maya, purépecha, seri o huasteco.*⁹

En sintonía con él, durante la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en Ginebra, Suiza, en junio de 1989, se aprobó el *Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, mismo que fue aprobado por los senadores mexicanos un año después y ratificado por el Gobierno de México en septiembre de 1990. Este convenio ha sido de capital importancia para los derechos de los pueblos indígenas debido a su carácter vinculatorio, al ser el primer

⁷ INEGI. Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010, México, 2011, p.23

⁸ Alfonso Caso Andrade, “Los ideales de la acción indigenista”, en *México Indígena, INI, 30 años después*. México, Instituto Nacional Indigenista, 1978, p. 79.

⁹ Guillermo Bonfil Batalla, op. cit, p. 48.

instrumento internacional firmado y ratificado por nuestro país que conlleva la obligatoriedad y observancia de Ley, con rango constitucional. El convenio aplica, según el Artículo 1:

a) a los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial

*b) a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista, la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.*¹⁰

Pero tal vez la aportación más importante del convenio para la identificación de la población indígena haya sido la definición que se establece en la fracción 2 del artículo primero:

*La conciencia de su identidad indígena o tribal deberá considerarse un criterio fundamental para determinar los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio.*¹¹

Este criterio ha ido ganando terreno y ha sido incorporado a la legislación nacional e internacional. En 1992, coincidiendo con el quinto centenario del descubrimiento de América, se adicionó un párrafo al Artículo 4° Constitucional en el que se reconoció la composición pluricultural de la Nación, sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, pero no fue sino hasta 9 años después en que se definió en el Artículo 2° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos quiénes eran los pueblos indígenas, reformada para el efecto en 2001 en los siguientes términos:

¹⁰ Organización Internacional del Trabajo, *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Perú, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014, pp. 19-20.

¹¹ Ídem, pp. 20-21.

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquéllas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

Si bien estos 3 elementos –descender de las poblaciones que habitaban el territorio antes de 1517, conservar total o parcialmente sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, y su conciencia de identidad indígena– son determinantes para la identificación de la población indígena, los pueblos y comunidades así llamados tienen identidades étnicas y culturales propias, no una sola identidad como indígenas, asumiéndose en primera instancia como tzotziles, rarámuris o wixáricas, antes que indígenas.

En el censo de 2000 se agregaron dos preguntas al cuestionario ampliado: si los residentes del hogar pertenecían o no a un grupo indígena y, en caso afirmativo, se pedía que mencionaran a qué grupo. Esto tuvo algunas dificultades, pues muchas veces “grupo indígena” no se interpretaba en el sentido que se le quería dar; algunas personas no se identificaban con el grupo tzotzil, por ejemplo, sino con el lugar de origen: Chamula o Zinacantán, aunque ambas son poblaciones tzotziles. Por ello vale aclarar que diversidad étnica no es sinónimo de diversidad lingüística, pues no necesariamente a cada grupo étnico corresponde una lengua ni viceversa.

La conciencia de identidad está ligada a la cultura del pueblo al que se pertenece y al contexto social en el que se declara la autoadscripción. Ésta se ve afectada, por una parte, por subdeclaraciones debido a los prejuicios negativos existentes en contextos ajenos a sus lugares de

origen –fenómeno agravado por la alta migración indígena– y, por otra, a las sobredeclaraciones como producto de simpatías por la cultura indígena; situación que se pudo observar a raíz de la aparición del movimiento zapatista en Chiapas, por ejemplo, que propició pronunciamientos por la revaloración de la cultura.

La identidad es un dato no tan objetivo como el hablar determinada lengua indígena y más difícil de captar en un instrumento censal.¹² Con algunas variantes, los reactivos se incluyeron en el conteo de 2005 y en el censo de 2010.

La ventaja de emplear este criterio es que puede captar a las personas que sienten pertenecer a una comunidad indígena, aunque ya no hablen su lengua, pero comparten elementos culturales de la colectividad. La desventaja: es una estimación, porque se incluye en el cuestionario ampliado que sólo se aplica con una muestra de los hogares censales, por lo que no se puede referir a nivel de localidad, aunque su margen de error es reducido, pues se aplica en una muestra de poco más del 10% del total de hogares censales (alrededor de 2.9 millones de hogares en viviendas particulares habitadas en 2010).

En el Censo de Población y Vivienda 2010, la pregunta sobre autoadscripción étnica era: *De acuerdo con la cultura de (NOMBRE) ¿ella (él) se considera indígena?*¹³ La respuesta positiva debió haber sorprendido a muchos, pues la cantidad y el porcentaje más que duplicaba los de HLI; **(Ver Cuadro 2)**

En la Encuesta Intercensal de 2015 (EIC) y en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, el INEGI ha seguido empleando dicha variable, tanto para los pueblos indígenas como para la población afrodescendiente.

Población en hogares indígenas.

Con el propósito de clasificar a localidades y municipios por su grado de presencia indígena, a partir de los datos censales de 2000, el Consejo Nacional de Población

¹² Enrique Serrano Carreto, et. al. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Consejo Nacional de Población, México, 2002, pp. 19-22.

¹³ Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario ampliado, INEGI, México, 2010, p.5

(CONAPO) distinguió tres niveles de análisis: individual, hogares y territorial, optando por desarrollar el segundo nivel, estimando que permite una mejor contabilización de los indígenas mexicanos, al facilitar una observación más comprensiva de algunos fenómenos sociales.¹⁴ Así, “todos los miembros del hogar podrían ser considerados como indígenas si alguno o algunos de ellos hablan lengua indígena o se adscriben a un grupo étnico, con excepción de los residentes en el hogar que son trabajadores del servicio doméstico”. Coincidente con ello, el indicador *Población en hogares censales indígenas* del Censo de Población y Vivienda 2010 fue definido como el “total de personas que forman hogares censales donde el jefe del hogar o su cónyuge hablan alguna lengua indígena”. Una categoría similar, *Población en hogares indígenas*, había sido utilizada en el Censo de Población y Vivienda de 2005.

La gran ventaja que tiene esta unidad de análisis por encima del criterio de autoadscripción es que el indicador se incluye en el cuestionario básico, el que se aplica al total de hogares censales y puede referirse a nivel nacional, estatal, municipal y de localidad, tal como la variable de HLI. La población indígena cuantificada con esta variable casi ha duplicado a la obtenida con la variable población que habla alguna lengua indígena de 5 años y más, pero ha resultado considerablemente menor que la obtenida con el criterio de pertenencia étnica o autoadscripción. **(Ver Cuadro 2)**

Empleando los diversos criterios que nos ofreció el Censo de Población y Vivienda 2010, se muestran los resultados que se obtienen al cuantificar a la población indígena con cada uno de ellos a nivel nacional y en un conjunto de entidades con población indígena seleccionadas por el INEGI. **(Ver Cuadro 3)**

¹⁴ Juan Enrique García López, Daniel Vega Macías, Miguel Ángel Martínez Herrera, *Clasificación de localidades de México según grado de presencia Indígena, 2000*, México, Consejo Nacional de Población, 2004, p. 11.

Cuadro 3. Comparativo de la cuantificación de la población indígena por criterio y entidad federativa.

Entidad federativa	Población Total*	Lingüístico		Población en hogares indígenas	Se considera indígena (Autoadscripción)	
		Población de 3 años	Población de 5 años		%	Cantidad**
		y más que habla lengua indígena	y más que habla lengua indígena			
Estados Unidos Mexicanos	105,661,364	6,913,362	6,695,228	10,788,615	14.86	15,701,278
Campeche	770,636	92,128	91,094	176,115	31.98	246,449
Chiapas	4,456,506	1,209,057	1,141,499	1,495,880	32.65	1,455,049
Chihuahua	3,198,074	109,378	104,014	152,808	8.45	270,237
Distrito Federal	8,426,949	123,224	122,411	271,463	5.21	438,994
Guerrero	3,165,018	481,098	456,774	625,720	22.56	714,028
Hidalgo	2,520,381	369,549	359,972	560,962	30.12	759,024
México	14,289,433	379,075	376,830	929,986	11.28	1,611,848
Michoacán de Ocampo	4,092,041	140,820	136,608	206,119	14.59	597,028
Oaxaca	3,564,634	1,203,150	1,165,186	1,692,039	57.95	2,065,705
Puebla	5,434,396	617,504	601,680	986,498	25.17	1,367,837
Quintana Roo	1,237,589	198,587	196,060	391,931	33.79	418,181
San Luis Potosí	2,428,852	256,468	248,196	356,230	19.18	465,853
Veracruz de Ignacio de la Llave	7,234,777	662,760	644,559	1,011,008	19.90	1,439,720
Yucatán	1,850,441	544,927	537,516	956,352	62.69	1,160,041
Resto de las entidades	42,991,637	525,637	512,829	975,504	6.27	2,695,575

Nota: Tanto en Población en hogares indígenas como en Autoadscripción no está incluida la población menor de 3 años. En Población en hogares indígenas tampoco se incluye a la población hablante de lengua indígena que no vive en hogares considerados indígenas.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Población de 3 años y más que habla lengua indígena en México, según condición de habla española y sexo.

Población de 5 años y más que habla lengua indígena por entidad federativa y lengua según condición de habla española y sexo.

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Población de 3 años y más que habla lengua indígena en México, según condición de habla española y sexo.

Población de 5 años y más que habla lengua indígena por entidad federativa y lengua según condición de habla española y sexo.

Al final, lo importante de los tres criterios de estimación referidos es que los resultados guardan una correlación entre ellos: en los tres casos se trata de población que en su mayor parte vive en localidades de alta y muy alta marginación, con bajos índices de desarrollo humano y donde una tercera parte del total vive en localidades menores a 2,500 habitantes.

La presencia indígena.

Además de conocer el número de habitantes indígenas importa saber en dónde se concentran y en qué grado y así focalizar la atención. Para calificar la presencia de población indígena en 199 mil localidades censales, el CONAPO¹⁵ desarrolló una metodología a partir de los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2000, que señaló como:

- **Localidades indígenas** a las poblaciones con 70% y más de hablantes de lengua indígena (HLI), considerando que gran parte de la vida comunitaria está regida por los patrones culturales del grupo étnico;
- **Localidades predominantemente indígenas** a las poblaciones con 40% y más pero menos del 70% de HLI; **Localidades moderadamente indígenas** a poblaciones con más del 10% de HLI, pero menos del 40%, y
- **Localidades con población indígena dispersa** a aquéllas que tienen menos del 10% de HLI.

Con estos antecedentes, lo que hoy es el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas generó una estadística nacional denominada *Sistema de Indicadores sobre la Población Indígena de México*, con información a nivel estatal y municipal que da cuenta de las condiciones de vida y la distribución de la población indígena en el territorio

¹⁵ Ídem

nacional. También se determinó el grado de presencia indígena en los *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2015*, que deriva de la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI y a partir de ese año es el referente oficial sobre la presencia indígena en los municipios del país, de acuerdo con la concentración de población en hogares indígenas, estableciendo las siguientes categorías:

- ***Municipios indígenas (623)***

Tipo **A**: Aquéllos con 70% y más de población indígena.

Tipo **B**: Aquéllos entre el 40 y el 69.9% de población indígena.

- ***Municipios con presencia de población indígena (251)***

Tipo **C**: Aquéllos donde la población indígena es igual o mayor a 5,000 personas (229).

Tipo **D**: Aquéllos donde reside población que habla alguna lengua indígena con menos de 5,000 hablantes (22).

Municipios con población indígena dispersa (1,543)

Tipo **E**: Aquéllos cuyo volumen de población indígena no cumple cualquiera de los casos anteriores.

- ***Municipios sin población indígena (33)***

Tipo **F**: Aquéllos en donde no se identificó población indígena alguna

Los municipios indígenas y la pandemia de COVID-19.

Con las categorías descritas por el INPI es que se revisarán las cifras de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 y su impacto en la población indígena, salvo cuando se indique otro criterio. Los 623 municipios considerados indígenas, con cifras de la Dirección General de Epidemiología¹⁶ al 20 de agosto de 2020, tenían una tasa de incidencia de 15 casos confirmados por cada 100 mil habitantes, (**Ver Cuadro 4**), cifra inferior a la tasa nacional, que superaba los 37 casos activos estimados en

¹⁶ Dirección General de Epidemiología, *Casos diarios por municipio*, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

el mismo periodo y muy inferior a la registrada en entidades como Baja California Sur (con 124.62 casos), la Ciudad de México, Coahuila o Colima, con tasas entre los 75 y 80 casos por cada cien mil habitantes, (**Ver Cuadro 5**) y sólo superior a la registrada en el estado de Chiapas, que tuvo una tasa de incidencia de la enfermedad de 2.25 casos.¹⁷

¹⁷ Dirección general de Epidemiología, *Casos diarios por Estado + Nacional*, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

Cuadro 4. Incidencia del COVID-19 en municipios indígenas.

Entidad	Población	N° de municipios	Casos confirmados acumulados	Casos activos (últimos 14 días)	Tasa de incidencia (por cada 100 mil h.)	Defunciones	Porcentaje de letalidad	Porcentaje población sin derecho-habiencia
Campeche	185,685	5	580	51	27.47	74	12.76%	73.97%
Chihuahua	113,030	5	43	0	0.00	3	6.98%	91.29%
Chiapas	2,009,134	45	816	20	1.00	113	13.85%	86.92%
Durango	40,593	1	20	0	0.00	1	5.00%	82.29%
Guerrero	599,963	23	546	53	8.83	75	13.74%	92.93%
Hidalgo	745,066	23	909	100	13.42	188	20.68%	79.63%
Jalisco	28,944	2	16	4	13.82	0	0.00%	89.99%
México	248,649	2	460	26	10.46	57	12.39%	89.90%
Michoacán	216,604	8	336	42	19.39	43	12.80%	79.95%
Nayarit	60,279	2	41	9	14.93	6	14.63%	83.30%
Oaxaca	1,679,423	293	1,215	101	6.01	193	15.88%	83.24%
Puebla	799,745	58	427	33	4.13	93	21.78%	88.68%
Quintana Roo	677,179	19	3,036	253	37.36	193	6.36%	80.31%
Querétaro	31,465	1	13	3	9.53	2	15.38%	82.51%
Veracruz	1,028,159	46	717	67	6.52	95	13.25%	86.41%
Yucatán	1,146,469	90	5,312	680	59.31	512	9.64%	63.93%
Subtotal	9,610,387	623	14,487	1,442	15.00	1,648	11.38%	82.64%
Total Nacional	127,792,286	2,457	543,725	48,450	37.91	59,091	10.87%	54.58%

Valores más bajos

Valores más altos

Elaboración propia con información de:
Dirección General de Epidemiología, México: *Datos epidemiológicos. Covid-19 México*, Secretaría de Salud.
Disponible en <https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx>
Dirección General de Epidemiología, *Casos diarios por Municipio*, Covid-19 México, Secretaría de Salud.
Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>
El porcentaje de población sin derecho-habiencia se obtuvo de Cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud de la SSA.

Cuadro 5. Incidencia del COVID-19 por entidad federativa

Cve_ent	POBLACIÓN	ENTIDAD	CASOS CONFIRMADOS*	TASA DE** INCIDENCIA (CASOS ACTIVOS)	DEFUNCIONES*	PORCENTAJE DE LETALIDAD
0	127,792,286	ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	543,806	33.54	59,106	10.87%
1	1,434,635	AGUASCALIENTES	4,968	30.64	342	6.88%
2	3,634,868	BAJA CALIFORNIA	15,689	20.05	3,007	19.17%
3	804,708	BAJA CALIFORNIA SUR	6,728	124.62	291	4.33%
4	1,000,617	CAMPECHE	5,265	20.22	704	13.37%
5	3,218,720	COAHUILA	18,846	78.74	1,189	6.31%
6	785,153	COLIMA	3,044	79.51	318	10.45%
7	5,730,367	CHIASPAS	6,114	2.25	1,041	17.03%
8	3,801,487	CHIHUAHUA	7,021	16.88	1,062	15.13%
9	9,018,645	DISTRITO FEDERAL	89,421	75.48	8,038	8.99%
10	1,868,996	DURANGO	5,611	41.83	393	7.00%
11	6,228,175	GUANAJUATO	28,023	43.97	1,490	5.32%
12	3,657,048	GUERRERO	13,752	24.33	1,607	11.69%
13	3,086,414	HIDALGO	9,218	29.95	1,387	15.05%
14	8,409,693	JALISCO	17,587	21.25	2,109	11.99%
15	17,427,790	MEXICO	63,194	23.24	9,498	15.03%
16	4,825,401	MICHOACAN	13,084	29.37	1,045	7.99%
17	2,044,058	MORELOS	4,813	16.41	946	19.66%
18	1,288,571	NAYARIT	4,517	34.76	516	11.42%
19	5,610,153	NUEVO LEON	25,306	49.08	1,940	7.67%
20	4,143,593	OAXACA	12,738	17.68	1,202	9.44%
21	6,604,451	PUEBLA	25,064	22.76	3,195	12.75%
22	2,279,637	QUERETARO	5,278	28.61	584	11.06%
23	1,723,259	QUINTANA ROO	9,589	38.67	1,286	13.41%
24	2,866,142	SAN LUIS POTOSI	15,147	58.02	933	6.16%
25	3,156,674	SINALOA	15,020	22.81	2,608	17.36%
26	3,074,745	SONORA	20,385	32.82	2,434	11.94%
27	2,572,287	TABASCO	26,500	47.08	2,378	8.97%
28	3,650,602	TAMAULIPAS	22,022	38.81	1,628	7.39%
29	1,380,011	TLAXCALA	5,847	24.11	897	15.34%
30	8,539,862	VERACRUZ	26,372	19.68	3,460	13.12%
31	2,259,098	YUCATAN	13,211	58.63	1,178	8.92%
32	1,666,426	ZACATECAS	4,432	42.60	400	9.03%

*Con corte al 20/08/2020

** Consulta realizada el 22/08/2020

Fuente: Dirección general de Epidemiología, Casos diarios por Estado + Nacional, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

Los municipios indígenas no guardan una relación proporcional con el resto del país; representan una cuarta parte de los municipios de la nación, pero sólo albergan al 7.5% de la población nacional. En la pandemia por COVID-19, también se da esa desproporcionalidad, ya que mientras a nivel nacional se tenían poco más de 543 mil contagios confirmados, en los municipios indígenas sólo se habían confirmado casi 14 mil 500 casos, un 2.66% del total nacional, de la misma forma un 2.98% de los casos activos y un 2.79% de las defunciones.

La tasa de incidencia de casos activos en los municipios indígenas fue un 60% menor a la tasa nacional. Vale agregar que, de los 623 municipios indígenas, 545 tienen un grado de marginación alto o muy alto¹⁸; en éstos la incidencia de casos activos fue aún menor que la registrada en el resto de los municipios indígenas: 12.45. En 13 de los 16 estados con población indígena tienen tasas de incidencia inferiores a 15 casos por cada cien mil habitantes, presentándose los casos de Chihuahua y Durango, donde los municipios indígenas tuvieron tasa cero y en Chiapas de 1.0 en el periodo analizado, pero hubo entidades del sur y sureste del país con población indígena que tuvieron incidencias muy altas, como Yucatán y Quintana Roo y, en menor medida, Campeche.¹⁹

Chiapas, siendo una de las entidades del país con la mayor cantidad de población indígena, presenta una cantidad moderada de casos confirmados acumulados y casos activos, así como una muy baja tasa de incidencia. A nivel nacional, Chiapas es la entidad federativa con la menor tasa de contagios; 79 de sus 118 municipios no tuvieron contagios en los 14 días previos al corte, 12 de ellos nunca lo han tenido y 11 son municipios indígenas. Caso similar es Oaxaca, que en el mismo periodo 444 de sus 570 municipios no presentaron casos positivos, 249 no los ha presentado desde el inicio de la pandemia y 144

¹⁸ Los índices de marginación fueron desarrollados por CONAPO desde 1990 a partir de la información censal y se han venido actualizando quinquenalmente por entidad, municipio y localidad, el último corresponde a 2015; se mencionan aquí porque los municipios con altos y muy altos índices de marginación aparecen generalmente ligados a poblaciones en áreas rurales, indígenas y suburbanas.

¹⁹ Dirección general de Epidemiología, Casos diarios por Municipio, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

de ellos son municipios indígenas, igual que 8 de Puebla, 7 de Veracruz y 8 de Yucatán.²⁰

En cuanto al porcentaje de letalidad, éste fue ligeramente mayor en los municipios indígenas que en el promedio nacional. Los municipios indígenas han tenido menos contagios, pero mayor letalidad, entendida ésta como el resultado de dividir el número de fallecimientos entre el número de casos confirmados. Los municipios indígenas de los estados de Hidalgo y Puebla son los que presentan mayor letalidad, 20.68% y 21.78% respectivamente, dos o tres veces mayor que en el resto de los estados con municipios indígenas, aun cuando hayan observado un alto nivel de contagios; es el caso de los estados de Yucatán y Quintana Roo, con porcentajes de letalidad del 9.64% y 6.36%, en ese orden. **(Ver cuadro 4)**

Vulnerabilidad al COVID-19 por exposición al humo de leña

Investigadores del Instituto de Investigaciones en Ecosistemas y Sustentabilidad de la UNAM, del Instituto Nacional de Salud Pública, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Grupo Interdisciplinario de Tecnología Rural Apropiada han identificado que la exposición crónica a altas concentraciones de contaminantes por humo de leña es un importante factor de riesgo adicional al COVID-19, situación que afecta a 28 millones de mexicanos que aún cocinan con leña.²¹

La afirmación se basa, por un lado, en la afectación que provoca a los mecanismos de defensa del organismo la exposición a estos contaminantes y, por otro, en la posibilidad de que el virus se transporte en las partículas respirables de los contaminantes. En segundo lugar, la altitud de las localidades donde se utiliza la leña que, por encima de los 1,800 msnm, representa un riesgo por la disminución de oxígeno. En tercer lugar, a estudios

²⁰ Ídem, con fecha de corte al 20/08/2020

²¹ Omar Masera, Horacio Riojas-Rodríguez, Rogelio Pérez-Padilla, Montserrat Serrano-Medrano, Astrid Schilmann, Víctor Ruiz-García, Luz Angélica de la Sierra, Víctor Berrueta; *Vulnerabilidad a COVID-19 en poblaciones rurales y periurbanas por el uso doméstico de leña*; IIES-UNAM, INSP, INER, GIRA, disponible en <https://insp.mx/avisos/5386-vulnerabilidad-covid-19-poblaciones-rurales.html>

recientes en diversos países que muestran un mayor riesgo de presencia y gravedad de COVID-19 por exposición a contaminantes en el aire.

Al índice de vulnerabilidad al COVID-19 a nivel municipal presentado por la UNAM el pasado mes de abril, que integra aspectos socioeconómicos, demográficos y de salud, los autores estarían incorporando como otro factor de riesgo la alta exposición al humo de leña. De acuerdo con sus investigaciones, la mayoría de los usuarios de leña se concentra en zonas rurales, en los municipios de mayor marginación y comunidades indígenas, en el centro y sur del país; ubican 106 municipios considerados críticos que suman 6 millones de usuarios; de ellos, 34 municipios han sido calificados como muy críticos, con 1.7 millones de usuarios de leña, ubicados en la Sierra Tarahumara, los Altos de Chiapas, Sierras de Puebla, Veracruz, Estado de México y Michoacán, así como Oaxaca, Durango, Hidalgo y Guerrero.²²

Los indicadores definidos por los investigadores de la UNAM son cuatro: muy crítico, crítico, muy alto y medio.

Luego de una revisión de la base de datos de los investigadores, encuentro que, de los 106 municipios considerados críticos y muy críticos, sólo 38 son municipios indígenas (35.8%): 10 con índice de vulnerabilidad al COVID-19 por exposición al humo de leña muy crítico y 28 de nivel crítico, de los cuales 7 y 16, respectivamente, están en el estado de Chiapas, pero como se puede observar en el Cuadro 4, dicho estado presentaba una de las tasas de incidencia de casos activos más bajas de las entidades federativas con municipios indígenas en el periodo analizado. Asimismo, los casos confirmados en los municipios indígenas de Chiapas, significaban menos de una sexta parte de sus similares de Yucatán, un poco más de cuarta parte que los de Yucatán y un 50% de los de Oaxaca.

²² Serrano-Medrano, M. (2020). Base de datos de municipios críticos por índice de vulnerabilidad al COVID-19 por uso de leña en México. Obtenido de <https://clusterbcs.com/covid-19-material-suplementario/>

Las acciones hacia la población indígena. Del gobierno

Adicional al Comunicado Técnico Diario, la Secretaría de Salud Federal ha publicado en internet un documento llamado *COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena*, con cortes al 11 de junio, 26 de julio²³ y 1 de agosto del presente año. Las gráficas y estadísticas que presenta no son similares a las del comunicado diario, por lo que no pueden compararse; éstas son.

- Casos confirmados por entidad de residencia en población que se reconoce como indígena
- Distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena por grupo de edad y sexo
- Distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena por institución (pública) de salud
- Distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena por ocupación
- Distribución de casos en población que se reconoce como indígena (sospechosos, confirmados y negativos)
- Distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena por tipo de paciente (ambulatorios y hospitalizados) y grupo de edad
- Casos confirmados en población que se reconoce como indígena según los síntomas presentados
- Defunciones confirmadas en población que se reconoce como indígena por entidad federativa
- Distribución de defunciones confirmadas en población que se reconoce como indígena por grupo de edad y sexo
- Defunciones confirmadas en población que se reconoce como indígena según comorbilidad

²³ Secretaría de Salud, COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566271/panorama-covid19-poblacion-indigena-28-julio-2020.pdf>

Por otra parte, el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) realiza numerosas acciones de difusión impresa y audiovisual para prevención y atención de la enfermedad en diversas lenguas indígenas, a través de sus redes sociales, el Sistema de Radiodifusoras Culturales Indígenas y su página de internet. Ha elaborado la *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la Emergencia Sanitaria Generada por el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19)* en 61 lenguas y variantes lingüísticas;²⁴ mapas interactivos con los casos de Covid-19 en regiones indígenas, mensajes preventivos de audio para prevenir y atender la enfermedad, para prevenir la violencia contra las mujeres en la contingencia sanitaria, para la protección de los migrantes, carteles, trípticos, volantes, guías y manuales, todos ellos en lenguas indígenas.²⁵

De las comunidades

En las primeras semanas de iniciada la pandemia, en el pasado mes de abril, miembros de comunidades tzotziles, tzeltales, zoques y choles de los municipios de San Juan Chamula, Tenejapa, Marqués de Comillas y Palenque del estado de Chiapas, pertenecientes a las organizaciones Movimiento Campesino Regional Independiente (MOCRI), Coordinadora Nacional Plan de Ayala (CNPA) y Movimiento Nacional (MN) recurrieron a un amparo federal, ante la omisión del presidente de la República, del Secretario de Salud, del Consejo de Salubridad General y del gobernador de Chiapas, de dar a conocer en las lenguas maternas de los demandantes “información oportuna, veraz, apropiada y accesible a través de los medios masivos de comunicación (audiovisuales, orales y gráficos) sobre las medidas y acciones sanitarias efectivas de contención, prevención y combate del coronavirus COVID-19.”

²⁴ Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2*. Disponibles en <https://www.gob.mx/inpi/articulos/guia-para-la-atencion-de-pueblos-indigenas-y-afromexicano-ante-el-covid-19-en-lenguas-indigenas>

²⁵ Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, Mapeo de casos COVID-10 en regiones indígenas. Disponibles en <https://coronavirus.gob.mx/pueblos-indigenas/>

La suspensión de la omisión reclamada les fue concedida por una jueza federal.²⁶ Lo anterior, pese a que el Artículo 51 Bis 1 de la Ley General de Salud establece que los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen y que, cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, éstos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.²⁷

En Oaxaca y Guerrero, municipios indígenas restringieron el acceso a sus comunidades y establecieron controles sanitarios para evitar la propagación del virus, y pidieron respeto a sus medidas de seguridad, a la vez que solicitaban a los tres niveles de gobierno explorar otros mecanismos de colaboración.²⁸

En el municipio serrano de Guachochi, Chihuahua, estudiantes de la Universidad Tecnológica de la Tarahumara fabricaron un gel antibacterial hecho a base de *Chuchupate*, yerbabuena y alcohol para distribuir gratuitamente entre indígenas rarámuris.²⁹ Por su parte, el gobierno municipal ha distribuido gel antibacterial, cubrebocas y material informativo en lengua rarámuri.

Apenas declarada la *Jornada de sana distancia*, los gobernadores tradicionales de Los Jacales, Los Estrados, Mesa Colorada y San Bernardo, en Sonora, tomaron la decisión de cerrar las entradas a dichas comunidades de la etnia guarijía, como medida de prevención ante la

²⁶ Isáin Mandujano, Grupos indígenas de Chiapas piden información de covid-19 en sus lenguas, en Revista Proceso, México, disponible en <https://www.proceso.com.mx/625050/grupos-indigenas-de-chiapas-piden-informacion-de-covid-19-en-sus-lenguas>

²⁷ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Ley General de Salud*, Últimas reformas publicadas DOF 24-01-2020. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

²⁸ Disponible en <https://aristeginoticias.com/2004/mexico/pueblos-indigenas-piden-respeto-a-sus-propias-medidas-de-seguridad-por-covid-19/>

²⁹ Alejandra Lugo, Estudiantes de la UT Tarahumara crean antibacterial a base de hierbas, en El Sol de Parral; Parral, Chihuahua, 23/04/2020. Disponible en <https://www.elsoldeparral.com.mx/local/estudiantes-de-la-ut-tarahumara-crean-antibacterial-a-base-de-hierbas-chihuahua-guachochi-covid19-raramuri-5141029.html>

amenaza del Covid-19,³⁰ aunque 2 semanas después algunos hombres empezaron a salir para trabajar en el campo. Lo mismo hicieron integrantes de la comunidad comcaac (seri) de Punta Chueca, que instalaron filtros de seguridad para restringir el acceso a los turistas.

En diversas regiones del país se ha reactivado el trueque y la solidaridad como alternativas al desempleo y a las afectaciones del comercio informal: pescadores del puerto de San Felipe, en Baja California, intercambian corvina por despensas y a quienes no tienen nada a cambio les obsequian piezas de pescado; en la Ciudad de México, indígenas otomíes intercambian sus famosas muñecas *Ar Lele* por despensas; en Monterrey se creó un foro virtual en *Facebook* llamado *Trueques y ayuda, Coronavirus Monterrey*, donde se realizaron subastas para adquirir equipos de protección para el personal de salud y despensas.³¹

Ejemplos como los anteriores se multiplicaron en el país, intercambiando no sólo productos, sino trabajos en diversos oficios por despensas.

Conclusión.

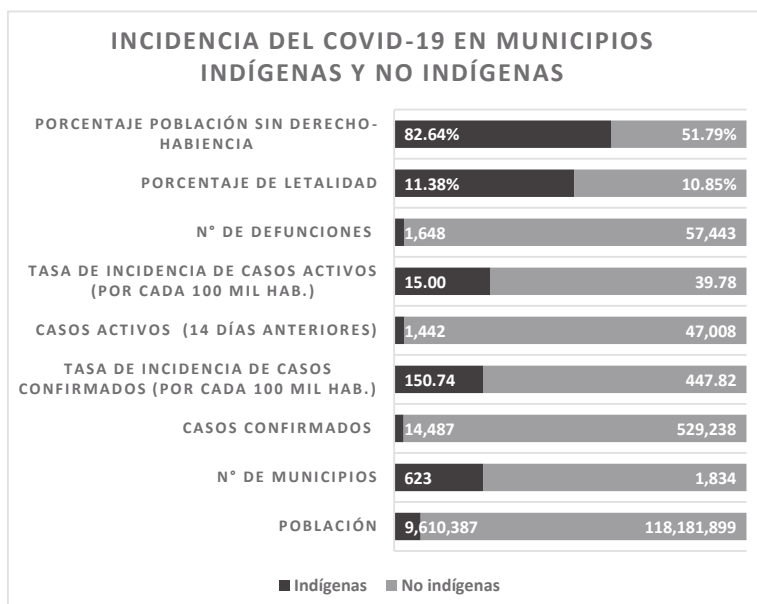
Si hacemos caso a los altos índices de marginación y de pobreza multidimensional, o a los bajos índices de desarrollo humano, que incluyen entre sus componentes el nivel de acceso a los servicios de salud, y ahora también al índice de vulnerabilidad al Covid-19 por exposición al humo de la leña, deberíamos considerar que los municipios indígenas son los más vulnerables al contagio por el virus del SARS-CoV-2.

Contrario a lo que se piensa y habiendo revisado la información existente, la población de los municipios considerados indígenas no ha sido la más afectada hasta el momento por la pandemia. Su tasa de incidencia de casos activos –15 casos por cada 100 mil habitantes– es menor en un 60% a la tasa nacional (Ver **Gráfica 1**);

³⁰ Jesús Palomares, *Ante amenazada de Covid-19, cierran entrada a territorio de la etnia Guarijio*, Información disponible en <https://www.elimparcial.com/sonora/sonora/Ante-amenazada-de-Covid-19-cierran-entrada-a-territorio-de-la-etnia-Guarijio--20200324-0025.html>

³¹ Infobae, *El COVID-19 trajo de regreso al trueque como una alternativa ante la crisis*. Disponible en <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/21/el-covid-19-trajo-de-regreso-al-trueque-como-una-alternativa-ante-la-crisis/>

la tasa de incidencia de casos confirmados acumulados representa un tercio de la tasa nacional; asimismo, el número de defunciones en los municipios indígenas es mucho menor a la participación porcentual de la población indígena del total nacional. El único indicador en que el porcentaje nacional supera al de los municipios indígenas es en el de letalidad, por medio punto porcentual. En síntesis, las cifras muestran que hay hasta el momento una baja incidencia del coronavirus entre la población de los municipios indígenas pero una letalidad ligeramente superior al promedio nacional.



Fuentes: Elaboración propia con información de:

Dirección General de Epidemiología, México: *Datos epidemiológicos.*

Covid-19 México, Secretaría de Salud. Disponible en

<https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx>

Dirección general de Epidemiología, *Casos diarios por Municipio,*

Covid-19 México, Secretaría de Salud. Disponible en

<https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

El porcentaje de población sin derechohabencia se obtuvo de *Cubos dinámicos* de la Dirección General de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html

Es necesario profundizar en las causas. Es probable que haya un subregistro de los casos confirmados y activos o que haya un bajo nivel de detección de los contagios en los municipios indígenas, dado el menor acceso de ese grupo poblacional a las unidades y servicios de salud y a la carencia de un seguro social en salud, que alcanza al 82.64% de la población indígena. Considerando estas circunstancias no deja de sorprender que las tasas de mortalidad por Covid-19 entre la población indígena se encuentren dentro del promedio nacional.

Referencias

- Aristegui Noticias, *Pueblos indígenas piden respeto a sus propias medidas de seguridad por Covid-19*, Disponible en <https://aristeguinoticias.com/2004/mexico/pueblos-indigenas-piden-respeto-a-sus-propias-medidas-de-seguridad-por-covid-19/>
- Bonfil Batalla, Guillermo, *México profundo, una civilización negada*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo, México, 1989.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General de Salud, Últimas reformas publicadas DOF 24-01-2020. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- Caso, Alfonso, *Los ideales de la acción indigenista*, en México Indígena, INI, 30 años después. Instituto Nacional Indigenista, México, 1978.
- Consejo Nacional de Población, *Clasificación de localidades de México según grado de presencia Indígena, 2000*; México, CONAPO, 2004.
- Dirección general de Epidemiología, Casos diarios por Estado + Nacional, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

Dirección General de Epidemiología, Casos diarios por municipio, Covid-19 México, Secretaría de Salud, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/#DownZCSV>

García López, Juan Enrique; Daniel Vega Macías, Miguel Ángel Martínez Herrera, *Clasificación de localidades de México según grado de presencia Indígena*, 2000, México, Consejo Nacional de Población, 2004

Infobae, *El COVID-19 trajo de regreso al trueque como una alternativa ante la crisis*. Disponible en <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/21/el-covid-19-trajo-de-regreso-al-trueque-como-una-alternativa-ante-la-crisis/>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *La población indígena en México*; Aguascalientes, INEGI, 2004. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825497583>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Censo de Población y Vivienda 2010, Información general*. INEGI, México. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71#:~:text=Los%20primeros%20recuentos%20de%20personas,fueran%20censados%20todos%20sus%20s%C3%BAbditos>. Consulta realizada el 15/08/2020.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Censo de Población y Vivienda 2010, Cuestionario ampliado*, INEGI, México, 2010.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*, México, 2011

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 Disponible en <https://www.gob.mx/inpi/articulos/guia-para-la-atencion-de-pueblos-indigenas-y-afromexicano-ante-el-covid-19-en-lenguas-indigenas>

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, *Mapeo de casos COVID-10 en regiones indígenas*, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/pueblos-indigenas/>

Lugo, Alejandra, *Estudiantes de la UT Tarahumara crean antibacterial a base de hierbas*, en El Sol de Parral; Parral, Chihuahua, 23/04/2020. Disponible en <https://www.elsoldeparral.com.mx/local/estudiantes-de-la-ut-tarahumara-crean-antibacterial-a-base-de-hierbas-chihuahua-guachochi-covid19-raramuri-5141029.html>

Mandujano, Isaín, *Grupos indígenas de Chiapas piden información de covid-19 en sus lenguas*, en Revista Proceso, México, disponible en <https://www.proceso.com.mx/625050/grupos-indigenas-de-chiapas-piden-informacion-de-covid-19-en-sus-lenguas>

Masera, Omar; Horacio Riojas-Rodríguez, Rogelio Pérez-Padilla, Montserrat Serrano-Medrano, Astrid Schilmann, Víctor Ruiz-García, Luz Angélica de la Sierra, Víctor Berrueta; *Vulnerabilidad a COVID-19 en poblaciones rurales y periurbanas por el uso doméstico de leña*; IIES-UNAM, INSP, INER, GIRA, disponible en <https://insp.mx/avisos/5386-vulnerabilidad-covid-19-poblaciones-rurales.html>

Navarrete Linares, Federico, *Los pueblos indígenas de México. Pueblos Indígenas del México Contemporáneo*. México, CDI, 2008.

Organización Internacional del Trabajo. *Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Perú, 2007.

Palomares, Jesús, *Ante amenaza de Covid-19, cierran entrada a territorio de la etnia Guarijío*, Información disponible en <https://www.elimparcial.com/sonora/sonora/Ante-amenazada-de-Covid-19-cierran-entrada-a-territorio-de-la-etnia-Guarijio--20200324-0025.html>

Secretaría de Salud, COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566271/panorama-covid19-poblacion-indigena-28-julio-2020.pdf>

Serrano Carreto, Enrique et. al. *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Consejo Nacional de Población, México, 2002.

Serrano-Medrano, M. (2020). *Base de datos de municipios críticos por índice de vulnerabilidad al COVID-19 por uso de leña en México*. Obtenido de <https://clusterbcs.com/covid-19-material-suplementario/>

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud *COVID-19 México, Tablero de datos*, Conacyt CentroGeo, GeoInt, Datalab. Disponible en <https://coronavirus.gob.mx/datos/>

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO, Disponible en <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

Consejo Ciudadano, renovación y respuesta ante la pandemia

Salvador Guerrero Chiprés¹

Resumen: Este artículo tiene como propósito describir la experiencia del servicio de atención que el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México brindó a víctimas del delito y a personas que necesitaron contención emocional durante la contingencia sanitaria por COVID-19, en el periodo comprendido de febrero a julio del 2020. Primero, se abordó el impacto que tuvo la crisis sanitaria sobre las poblaciones vulnerables y en el incremento de la probabilidad de riesgo. Posteriormente, se habló de las estrategias desarrolladas para mantener la continuidad de los servicios de apoyo jurídico y psicológico y la implementación de nuevas acciones. Se concluyó que durante las crisis por COVID-19 el trabajo e innovación de las organizaciones civiles, como el Consejo Ciudadano, fue fundamental para la protección de los derechos humanos y el bienestar de la ciudadanía.

Palabras clave: Consejo Ciudadano, COVID-19, población vulnerable, innovación, atención, coordinación.

The Citizen Council, renewal and response to pandemic situation

¹ Doctor en Teoría Política por la Universidad de Essex. Es presidente del Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México. Ha impulsado causas como la transparencia, la lucha contra la corrupción y el empoderamiento ciudadano en coordinación con organismos de la sociedad civil, empresariales y autoridades.

Summary: This article is intended to describe the attention service experienced that the Citizen Council for Security and Justice provided to the crime victims and to those people who needed emotional support during the health contingency due to COVID-19, during the period of time from February to July 2020.

Firstable, the impact of the health crisis was addressed over the vulnerable populations and the possibility of an increase of risk. Later, was a talk about the strategies performed in order to maintain continuity of the legal and psychological support and the implementation of new actions.

It was concluded that during the crisis for COVID-19, the work and innovation of civil organizations, as well as the Citizen Council were crucial for the protection of the human rights and the welfare of citizens.

Key words: Citizen Council, COVID-19, vulnerable population, innovation, attention, coordination.

Fecha de recepción del artículo: 16-agosto-2020
Fecha de aceptación: 22-septiembre-2020

Introducción

La pandemia de Covid-19 inauguró directrices para el comportamiento en nuestra sociedad, obligando la adaptación de la vida productiva y educativa, a un modelo “en línea”,² por lo que se ha vuelto necesario actualizar y comenzar nuevas estrategias. De frente a una crisis internacional, la atención a las necesidades emergentes y a los programas y políticas para los más vulnerables, es engrane necesario en el mantenimiento de las garantías y derechos fundamentales, tanto a nivel nacional como internacional.³ En este contexto, las organizaciones civiles necesitan mayor actualización para poder brindar una

² Zabalgoitia Herrera, Mauricio. “Géneros, equidad y violencias en tiempos de COVID-19: ¿dónde quedan la educación y la universidad?”, En: H. Casanova Cardiel (Coord.), Educación y pandemia: una visión académica, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2020, pp.174-182. Disponible en: http://132.248.192.241:8080/xmlui/bitstream/handle/IISUE_UNAM/554/ZabalgoitiaM_2020_Generos_equidad_y_violencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³ Roura, Ana María. “Coronavirus y economía: cómo fue la Gran Depresión con la que comparan el impacto económico de la pandemia”, BBC, 4 de mayo 2020.

atención valiosa para la construcción de una nueva sociedad, que necesita adaptarse a los cambios. Es el caso del Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México, una organización mixta con presencia empresarial, de activistas, autoridades, periodistas y otros representantes de la sociedad civil. Vincula a la ciudadanía con las autoridades, ofreciendo asesoría y acompañamiento legal y psicológico a víctimas de delitos como violencia familiar y de género, extorsión, fraude, robo, violación y trata de personas, entre otros. Además, se brindan Primeros Auxilios Psicológicos y contención emocional a personas con depresión o que estén en riesgo suicida.

Dicho organismo está integrado por 25 Consejeros Honorarios y respaldado por la actividad permanente de 238 colaboradores. Para cada uno de ellas y ellos, es fundamental brindar un servicio cercano, útil y resolutivo en esta época de cambio social, en donde el fortalecimiento de la salud mental y del tejido social son temas prioritarios. Desde su creación, en enero de 2007, el Consejo Ciudadano se ha destacado por la creación de programas dirigidos a la protección de los derechos de víctimas y de sectores de la población que son susceptibles a situaciones de vulnerabilidad emocional y/o victimal ante incidencias de seguridad y preocupaciones ante la calidad de la justicia; la acción principal es que las personas en situación de riesgo tengan un espacio para la denuncia y la escucha, de manera totalmente gratuita y confidencial.

Sin embargo, en el último año y durante la administración iniciada en diciembre de 2018, a cargo de Salvador Guerrero Chiprés, ha habido un esfuerzo de actualización, inclusión y evolución hacia una mirada más completa e innovadora en favor de la seguridad y el bienestar de la ciudadanía cada día, y durante la pandemia por Covid-19 no ha sido distinto.

Durante la “Nueva normalidad “, definida como la estrategia de Gobiernos locales y federal para lograr un retorno o la continuidad de las actividades laborales seguro, escalonado y responsable⁴, uno de los retos ha

⁴ Secretaría de Salud, “Lineamientos técnicos de seguridad sanitaria”, en *Diario Oficial de la Federación*, Disponible en: <<http://nuevanormalidad.gob.mx/>> (28 de agosto de 2020).

sido la rearticulación de prácticas en materia de atención, de protección a las víctimas, la contribución a la promoción de la cultura cívica, la paz, los derechos humanos, la educación, el empleo, de la mano de la prevención y análisis de la incidencia delictiva: o se adaptan las organizaciones sociales y públicas ante un escenario de completamente nueva incertidumbre o sucumben.

Entre las múltiples definiciones del concepto *innovación* destaca la de Bengt-Åke Lundvall, quien la describe como la implementación de nuevos métodos o la reestructura de modelos anteriores.⁵ La contingencia trajo consigo ventanas de oportunidad para consolidar los programas del Consejo Ciudadano, dirigidos a problemáticas específicas: erradicar la violencia familiar y la trata de personas o prestarle atención especial a la vulnerabilidad de mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores en situación de confinamiento. En dicho proceso, la atención se renovó mediante el tránsito de lo presencial a lo virtual poco antes de que se declarara obligatorio.

A nivel interno, algunos de los retos a los que se les ha hecho frente han sido: el cuidado de la salud de las y los colaboradores, mantener la atención telefónica las 24 horas del día y los 7 días de la semana, continuar el acompañamiento ciudadano y la terapia psicológica, el contacto directo con las víctimas de violencia familiar y de género, la migración del servicio de capacitaciones, talleres a distancia, el apoyo a las autoridades en la difusión de la información sobre la prevención del Covid-19 y en la generación de estrategias para el fortalecimiento de la seguridad.

Precisamente, esta labor ha impulsado la creación y renovación de modelos y estrategias de trabajo a favor de la ciudadanía. Uno de los primeros pasos, en el marco de la contingencia sanitaria, ha sido la evolución del trabajo presencial hacia el modelo a distancia, adoptado por los 89 asesores del Consejo Ciudadano desde el 1 de abril de 2020. A través del software *In Concert*, las llamadas son canalizadas hasta la ubicación de los asesores, quienes han establecido un promedio de 500 contactos diarios con los ciudadanos que buscan asesoría legal o psicológica.

⁵ Lundvall BÅ, *National Systems of Innovation: Towards a Theory of Innovation and Interactive Learning*, Londres, Pinter, 1992.

Estas medidas que el Consejo Ciudadano ha implementado son comparables a dos casos internacionales: China, donde se han promovido políticas de intervención en línea en primeros auxilios psicológicos, y Estados Unidos, cuyo Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades gestionó números telefónicos con un servicio 24/7.⁶

Con respecto a la vinculación con el sector privado, parte fundamental para promover la labor de atención ciudadana y el desarrollo de estrategias sociales, el organismo ha mantenido y reforzado el trabajo con cada uno de las y los Consejeros Honorarios, quienes, en un 70 %, son empresarios y representantes de organismos como, por ejemplo, la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex CDMX), la Cámara Nacional de Comercio, Servicios y Turismo de la Ciudad de México (Canaco CDMX), la Cámara Nacional de la Industria Restaurantera y de Alimentos Condimentados (Canirac), la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (Canacintra), y la Asociación Nacional de Farmacias de México A. C. (Anafarmex), además de la muy significativa presencia de las comunidades judía y libanesa.

El objetivo de dichos organismos, en concordancia con los valores del Consejo Ciudadano, ha sido proteger a trabajadores y pequeños empresarios ante las afectaciones en el contexto de la pandemia. La innovación, entendida como evolución, se da en el sector empresarial con estrategias de desarrollo del país donde la ciudadanía es un actor fundamental. Pero además de la labor de atención y vínculo con autoridades y empresarios, en la estrategia de comunicación digital del Consejo Ciudadano, el discurso enfatizó la frecuencia de sus mensajes positivos, para reflejar resolución, solidaridad, ayuda inmediata, necesarios en este contexto de pandemia. Se diversificó con la integración de fotografías y videos más variados para responder a la pluralidad de audiencias ciudadanas, con nuevo material ilustrado (dirigido a niños, niñas y adolescentes), con el objetivo de empatizar y despertar emociones en los usuarios de redes sociales, más allá del fin didáctico o informativo.

⁶ Li Sijia, Yilin Wang, Jia Xue, Nan Zhao, Tingshao Zhu. "The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users", *Int J Environ Res Public Health*. Vol. 17, Núm. 6, 2020, disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.

Los ejemplos referidos son una muestra del campo disponible de renovación e innovación. La pandemia desplegó una serie de retos donde organizaciones y miembros de la sociedad civil, empresarios y autoridades de primer nivel han trabajado estrechamente. La discusión entre distintos actores es larga e implica nuevas interrogantes en el futuro, las cuales empujan a cada uno a la renovación constante que permita fortalecer Estado de Derecho.

Marco Conceptual

El presente trabajo es una investigación cualitativa, no experimental, transversal y descriptiva. Tiene por objetivo analizar de manera retrospectiva el impacto y la relevancia social de las acciones, programas y causas que el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México ha implementado en apoyo a la población durante la contingencia sanitaria por COVID-19 en la zona metropolitana y el interior de la República Mexicana.

De acuerdo con Curcio,⁷ “los problemas públicos son aquellas necesidades insatisfechas o valores no alcanzados que afectan a un colectivo y que deben contar con una solución y una intervención factible desde el punto de vista legal, económico, administrativo y político por parte del gobierno”, en ese sentido se aborda la pandemia por COVID-19 como un fenómeno interdependiente que involucra a la sociedad civil, organizaciones civiles y autoridades.

La información recopilada fue correspondiente al periodo del 1 de enero al 15 de agosto de 2020, se utilizaron fuentes primarias, es decir, los propios datos que genera el Consejo Ciudadano por medio de las llamadas recibidas a la Línea de Seguridad o al Chat de Confianza de WhatsApp 55 5533-5533. Además, se consultó información oficial de dependencias de Gobierno local y federal para construir un marco de las implicaciones sociales que la pandemia por COVID-19 ha generado a nivel nacional, enfocando la búsqueda de información hacia las condiciones de riesgo, la atención y asistencia institucional brindada a las poblaciones más vulnerables.

⁷ Curcio Curcio, Pasqualina. “Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud”, en: *Politeia*, Vol. 30, Núm. 38, enero-junio, 2007, p. 64, Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela.

Una vez revisada la literatura, se identificaron temas de relevancia que confirmaron la factibilidad del presente trabajo, ya que en México aún son escasas las investigaciones referentes a la atención de los ciudadanos con perspectiva de género, atención a víctimas de trata de personas, atención a niñas, niños y adolescentes, mujeres, personas mayores y víctimas del delito y sobre la asistencia institucional con enfoque en derechos humanos durante la pandemia por COVID-19.

Para el análisis y descripción de las acciones, programas y causas se utilizó la información obtenida a través del modelo de atención a la población que el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México ha implementado durante la contingencia, con la finalidad de ampliar la comprensión de las circunstancias e identificar las necesidades ciudadanas derivadas de las políticas asumidas frente la contingencia sanitaria.

En este trabajo, el enfoque cualitativo permite tener una perspectiva de los cambios sociales originados por la pandemia de COVID-19. También permite mostrar la atención y asistencia institucional que se ha brindado a las poblaciones vulnerables. De esta manera, se puede analizar el impacto social que han tenido las estrategias de innovación a nivel institucional y la implementación de nuevos programas y políticas dirigidos a los segmentos poblacionales antes mencionados.

1. Atención con enfoque sobre los Derechos Humanos y grupos vulnerables

El sustento de los Derechos Humanos, por medio de programas y políticas, es un eje primordial para la respuesta y recuperación plena de las sociedades.⁸ Wang *et al.* (2020) describen el umbral del impacto psicosocial en individuos, en comunidades y también a nivel internacional durante la epidemia; identifican el incremento en síntomas de estrés, ansiedad y depresión, y encuentran que, a mayor nivel de apoyo social y confianza en las instituciones, menores

⁸ Naciones Unidas, “La COVID y los Derechos Humanos: En esto estamos todos juntos”, abril 2020, disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/human_rights_and_covid19_spanish.pdf

son los síntomas.⁹ Frente a esta situación, la reingeniería, reestructuración y reorganización de los servicios sociales en el Consejo Ciudadano es de suma importancia para contribuir al desarrollo y la consolidación de una “Nueva normalidad” que permita mitigar los efectos negativos de la crisis sanitaria.

Como elementos de esa reestructura en urgencia, se han realizado diversas acciones para divulgar, concientizar y atender las necesidades de la población rumbo al fortalecimiento de la participación ciudadana. El Consejo lo hizo en correspondencia con reflexiones actualizadas en la crisis. De acuerdo con Susana Cruickshank, por ejemplo, “no hay ciudadanía que se obtenga de manera gratuita, la calidad ciudadana comienza a construirse cuando la persona siente la necesidad de informarse y exigir estar convenientemente informada de lo que ocurre fuera de su casa, en consecuencia, la ciudadanía se ejerce cuando la persona se otorga a sí misma, y en toda conciencia, el derecho a exigir lo que le corresponde”.¹⁰

La protección de los derechos sólo ha sido posible con la innovación de estrategias efectivas que permitan acceso y empoderamiento de los ciudadanos. Por medio de todas las acciones, programas y causas, el Consejo Ciudadano busca contribuir al bienestar de las personas por medio del cuidado de su salud mental y al conocimiento de sus derechos. Gracias a ello, el Centro de Contacto con el que cuenta el Consejo Ciudadano se ha posicionado como uno de los mejores *call centers* cívicos de nuestro continente, recibiendo un total de 147 mil 329 atenciones jurídicas y psicológicas, de todos los programas, en el periodo comprendido del 28 de febrero al 30 de julio de 2020; es decir, 715 en promedio al día.

⁹ Wang, Cuiyan, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu, Cyrus S Ho, Roger C Ho, “Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID19) epidemic among the general population in China”, *Int J Environ Res Public Health*, Vol. 17, Núm 5, 2020, disponible en: doi:10.3390/ijerph17051729.

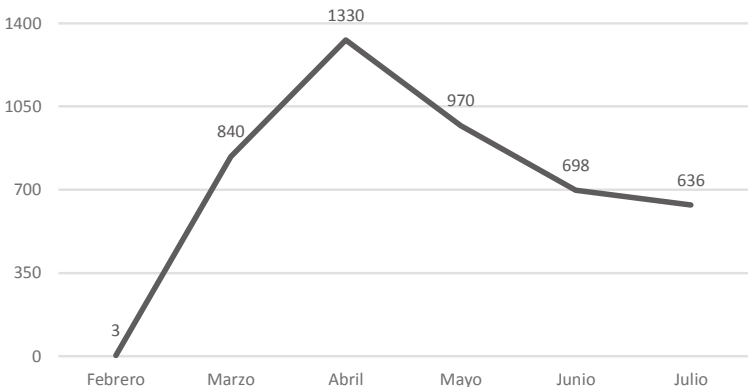
¹⁰ Terán, Paola, “Resonancias: Blog del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM”, recuperado el 28 de julio del 2020 en: <https://www.iis.unam.mx/blog/wp-content/uploads/2018/10/cabildeo-sept.pdf>

Llamadas recibidas por mes



Específicamente, en cuanto a salud mental y como parte de nuestro programa “Di sí a la vida”, entre febrero y julio de 2020, se recibieron 4 mil 477 llamadas a la Línea de Seguridad y Chat de Confianza 55 5533-5533 del organismo en busca de contención emocional (en abril hubo un repunte de mil 330 llamadas). Los principales temas son: 32% ansiedad, 14% por miedo de contagio y 10% por preocupación debido a la pandemia.

Número de atenciones de contención emocional



En el caso de las personas que perdieron a seres queridos debido a la Covid-19, la asociación formó una alianza con el grupo funerario J. García López, con el fin de brindar contención emocional a los deudos vía telefónica, por WhatsApp. Se ofreció, además, la asesoría jurídica en caso de requerirla.

La finalidad ha sido, brindar un servicio cercano y sensible y un acompañamiento en el proceso duelo. Adicionalmente, como parte de la renovación frente al contexto por Covid-19, el Consejo Ciudadano fortaleció el servicio de sesiones de terapia por llamada y videoterapia, además de fortalecer la atención psicológica presencial con sana distancia en su sede ubicada en Luis Hidalgo Monroy #100, Iztapalapa. Había alrededor de 80 profesionales de la psicología en el *staff* del Consejo Ciudadano a fines de 2019 y en marzo de 2020 ya sumaban 102.

Ahora bien, en el contexto de la contingencia sanitaria, la Directora Ejecutiva de la Oficina de las Naciones, Unidad Contra la Droga y el Delito (UNODC), Ghada Waly, afirma que “los países necesitan mantener los albergues y las líneas telefónicas de auxilio abiertas, asegurar el acceso a la justicia y prevenir que las personas en situación de vulnerabilidad caigan en manos del crimen organizado”.¹¹ Además del cuidado de la salud mental, en el Consejo Ciudadano se definió como prioridad la protección de los derechos de quienes más podrían verse afectados en el ámbito laboral y económico.

En el área de Atención Jurídica, que cuenta con más de 81 abogadas y abogados, se brinda orientación a la ciudadanía para que pueda iniciar el proceso de su denuncia por vía digital o presencial en delitos como fraude, discriminación, violencia familiar, robo simple, robo de vehículo y sustracción de menores, y se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia con la Policía de Investigación de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México para poder compartir información con inteligencia ciudadana, generada a partir de los reportes de la ciudadanía.

¹¹ Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito, “COVID-19: la UNODC advierte sobre el aumento de los riesgos para las víctimas de trata de personas”, Viena, 6 de mayo 2020, disponible en: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020_05_Aumento-Riesgos_Trata_COVID19.html



El organismo trabajó de manera conjunta con la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) para atender los reportes de establecimientos comerciales donde se aumenten precios de la canasta básica de manera injustificada; con la Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México, para mantener un diálogo abierto sobre estrategias de recuperación del empleo, y con la Secretaría de Trabajo local para brindar orientación sobre los derechos laborales de trabajadoras del hogar, quienes no habían recibido salarios o fueron despedidas de forma injustificada en esta contingencia.

No menos importante fue brindar apoyo a los operadores de los cuerpos de emergencia y seguridad en la Ciudad de México, como rescatistas, paramédicos, policías y personal de Servicios Periciales de la Fiscalía General de Justicia capitalina. En total se realizó un donativo de más de 75 mil insumos sanitarios como guantes desechables, caretas de acrílico, termómetros infrarrojos, trajes Tyvek y gel antibacterial. El Consejo Ciudadano busca, en su lógica de colaboración, respaldar a los elementos de la policía, entre los servidores públicos más vulnerables de la coyuntura.

La motivación de estas acciones es contribuir al apoyo de quienes más lo necesitan por medio del fortalecimiento del cuidado emocional, la protección de derechos al trabajo, la protección y la salud, no sólo de quienes permanecieron en confinamiento en esta contingencia, sino también de quienes continuaron sus actividades diarias.

2. Innovación y responsabilidad social

Estamos enfrentando el cambio económico, político y social más importante de las últimas tres décadas, por lo menos. El uso de las tecnologías de la información ha sido fundamental para tratar de solventar el incremento de la demanda de servicios de salud, educación y comercio. Las medidas sanitarias adoptadas por los gobiernos han representado retos para que las organizaciones y empresas mantengan sus servicios.

Durante la crisis sanitaria, en el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México también se han atendido reportes referentes a extorsión, robo, trata de personas, violencia familiar y de género, entre otros. Mantener en operación la Línea de Seguridad y el Chat de Confianza las 24 horas del día y los siete días de la semana, para seguir ofreciendo servicios de asesoría y acompañamiento legal y psicológico a víctimas de los delitos, requirió de la reorganización de 238 colaboradores.

La reestructuración de los servicios del Consejo Ciudadano fue realizada en dos fases. La primera implicó la creación de un Centro de Contacto Emergente con la finalidad de cuidar de la salud de los colaboradores y mantener la sana distancia. En la segunda fase fue necesaria la adaptación de los sistemas y equipos de cómputo para el trabajo en casa, además de la capacitación para garantizar la calidad del servicio de los colaboradores. El Consejo Ciudadano fue uno de los primeros centros en implementar el trabajo remoto e identificar las necesidades emergentes de la población más vulnerable. También se renovaron los convenios y las alianzas del Consejo Ciudadano con el objetivo de cuidar la salud mental.

Es el caso de la alianza fortalecida con la red social Facebook. Se trabajó de manera conjunta para que las y los usuarios de esta red social, que sintieran algún malestar emocional, pudieran acceder al servicio de orientación psicológica, de manera directa. Nuestra Línea de Seguridad y Chat de Confianza, 55 5533 5533, fueron colocados en el Centro de Información Covid, específicamente en el apartado denominado: “¿Cómo afrontar el confinamiento en casa?”. Así, durante la contingencia, una red de apoyo de calidad puede hacer la diferencia para aquellas personas que experimentan emociones negativas, preocupación, soledad,

miedo o pensamientos suicidas, disponible a nivel regional en Latinoamérica.

Un servicio similar se ofrece en las redes sociales Instagram y el WhatsApp, donde se cuenta con un directorio de recursos internacionales para la prevención del suicidio, en el que también se encuentran la Línea de Seguridad y el Chat de Confianza del Consejo Ciudadano, que funcionan 24/7 y siempre con la empatía del contacto humano, pues no hay *bots*.

Además, como una manera de acercarse a los consumidores de plataforma de video vía *streaming*, el organismo formó una alianza con Netflix con el objetivo de promover el apoyo emocional o jurídico, en las series de contenidos multitemáticos, como prevención de extorsión, fraude, trata de personas y suicidio.

Mientras que, para la resolución de dudas sobre el acceso a derechos de grupos vulnerables durante la pandemia, ha sido necesaria la implementación de nuevas herramientas y estrategias enfocadas a las problemáticas emergentes. Es por ello que el equipo de abogadas, abogados, psicólogas y psicólogos de la organización participaron en transmisiones en vivo en Facebook donde se desarrollaron temas sobre salud mental, derechos laborales, prevención de delitos como extorsión y fraude, entre otros, las cuales alcanzaron hasta a 3 mil 500 personas por transmisión.

Se acercaron, además, capacitaciones sobre manejo emocional y prevención de la violencia a mil 373 integrantes de empresas como Zurich Seguros, de instituciones como los Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes (PILARES), la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic), la Asociación de Hoteles de la Ciudad de México y organizaciones vecinales. También la Secretaría de Salud del gobierno federal añadió la línea de apoyo emocional del Consejo Ciudadano a su caja de herramientas de respaldo social.

Para ampliar la oferta de formación y educación continua en pro de encontrar estrategias para los retos que se presentarán durante la “Nueva normalidad”, se realizó un diplomado virtual en coordinación con la Universidad Iberoamericana llamado “Seguridad con justicia y gobernabilidad”, dividido en cinco módulos con ponentes

de alto nivel que representan a asociaciones civiles, dependencias de gobierno o que son actores fundamentales en la investigación e innovación. Ahí se respalda un modelo de seguridad compartida entre ciudadanos en general, empresarios y autoridades en particular.

Se añadieron también capacitaciones en Derecho Procesal para el personal jurídico del Consejo Ciudadano, impartido por el jurista Virgilio Tanús en cinco módulos, con el fin de contribuir a su formación como asesores jurídicos, para apoyar a las víctimas en la búsqueda de justicia.

 CONTENCIÓN EMOCIONAL Preocupados por la Salud Mental de las personas, un grupo de ICSE psicólogos y psicólogas mantiene el servicio de apoyo emocional 24/7 para transmitir la empatía.	 Implementa más videotarjetas Durante la contingencia, continuamos, a través de las video llamadas, los procesos de terapia breve, en los distritos de zona. Además, reforzamos el apoyo psicológico por video.	 CAMPAÑA NO ESTÁS SOLA Ante el incremento de reportes de violencia familiar y de género se implementó una campaña para motivar a las mujeres a denunciar. Se trabajó de manera coordinada con las mujeres y la Fiscalía General de Justicia de la CDMX.	 Capacitación a distancia Acercamos la capacitación en temas de derecho laboral, prevención de extorsiones, prevención de violencia familiar, Trata de Personas y contención emocional a todas las personas, mediante los talleres virtuales y las sesiones de IFLIVE.
--	---	---	---

La tecnología fue utilizada como una excelente aliada para mantenerse en cercanía y sintonía con la población que requiere los servicios de atención, asesoría y orientación de la organización civil; pero para ello, se requirió también de una visión renovadora y resolutiva frente a la limitante del distanciamiento social, adoptada por el Gobierno de México, necesaria en esta contingencia.

3. Atención a niñas, niños y adolescentes

El abordaje de las necesidades de las niñas, niños y adolescentes durante la pandemia debe ser un imperativo de las políticas públicas para evitar la desestimación de los efectos psicosociales sobre este sector, ya que de acuerdo con Martínez Sierra “permanece la concepción de que son sujetos de cuidado y atención de los adultos, limitándose así la titularidad de los derechos interdependientes que

están presentes en la Convención sobre los Derechos del Niño, desde 1989”.¹²

Durante la etapa de resguardo en casa, las campañas preventivas difundidas en los medios de comunicación están dirigidas en gran parte al sector de los adultos, mientras que niñas, niños y adolescentes se han encontrado con una falta de información que no les permite subsanar sus dudas y necesidades emocionales derivadas del resguardo en casa y la falta de actividades lúdicas.

En función de las acciones que el Consejo Ciudadano realiza de forma continua para la creación de un ambiente favorable y la promoción del sano desarrollo de niñas, niños y adolescentes durante la contingencia, se han implementado nuevas intervenciones en redes sociales para poder enseñar a los menores a identificar sus emociones, regularlas y expresarlas de manera más sana.¹³

“Las acciones implementadas han sido fragmentadas por considerarlos un grupo poco vulnerable diseñándose cápsulas educativas o recomendaciones con materiales informativos que son de autoría principalmente de organizaciones no gubernamentales”.¹⁴

Frente a un ambiente de retos, el Consejo Ciudadano ha usado las tecnologías de comunicación para tener una mayor cobertura de las necesidades de los infantes en México; de esta manera, se creó el programa “Verano Divertido”, con transmisiones en vivo de contenido cultural cívico y cápsulas dirigidas a las niñas y niños relacionadas con la ciencia, arte, el manejo de las emociones y el uso adecuado de las redes sociales para evitar ser víctimas de algún delito.

A través de redes sociales como Facebook, YouTube y Twitter se dieron consejos para una convivencia positiva, prácticas de autocuidado y control de las emociones.

¹² Martínez Sierra, Pedro Daniel, “Aproximación a las implicaciones sociales de la pandemia del COVID-19 en niñas, niños y adolescentes: el caso de México”, *Sociedad e Infancias*, Vol. 4, 2020, pp. 255-258. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/soci.6954>

¹³ Méndez, Daniela, “Celebra Consejo Ciudadano Día del Niño con obra virtual”, *Diario ContraRepública*, 30 de abril 2020. Disponible en: <https://www.contrarepública.mx/nota-Celebra-Consejo-Ciudadano-Dia-del-Niño-con-obra-virtual202030424>.

¹⁴ *Ibidem*

En total, se han realizado 12 transmisiones en vivo con más de 5 mil personas conectadas y una veintena de cápsulas, que benefician a miles de familias no sólo de las 32 entidades del país, sino incluso de países como Ecuador o Colombia y dan oportunidad de esparcimiento a pequeños que también resienten los efectos de quedarse en casa, lejos de sus amigos y de los juegos que tanto disfrutaban en el exterior. Se añadieron además campañas en redes sociales con imágenes de cuentos, películas e historias infantiles populares, así como infografías con el tema de videojuegos, con el fin de atraer la atención de las niñas, niños, adolescentes y sus tutores, profesores y sociedad en general.

El mensaje primordial es fomentar la convivencia positiva en las familias, las comunidades vecinales y estudiantiles, en donde conviven adultos y menores de edad a favor de la salud mental, la cultura cívica y la prevención del delito.

4. Atención a víctimas de Trata de Personas y respuestas interinstitucionales

El panorama de las víctimas de cualquiera de los 11 tipos de trata requiere de respuestas coordinadas y políticas precisas. En el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México, que opera la Línea Nacional contra la Trata de Personas 800 5533 000, se llevan a cabo alianzas de alto impacto y se implementan modelos de atención y seguimiento para las víctimas de trata con autoridades estatales y federales.

La estrategia de frente a algunos fenómenos en la pandemia se ha dado gracias a convenios con otras instancias para la prevención y combate de este delito. Un ejemplo de estas alianzas es la que se hizo con la Unidad de Inteligencia Financiera (UIF) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, encabezada por Santiago Nieto, para identificar redes de lavado de dinero relacionadas con la Trata de Personas.

Durante la actual contingencia, se ha fortalecido la colaboración interinstitucional para la denuncia del delito. A finales de julio, participamos en la cumbre trinacional de líneas antitrata con Polaris Project de Estados Unidos de América y el Canadian Centre to End Human Trafficking para ofrecer apoyo contra la explotación sexual y laboral,

con especial énfasis en lo que sucede en Norteamérica. Hemos encontrado que el 85 % de las víctimas de trata en Estados Unidos son originarias o han pasado por México en su tránsito hacia la esclavitud moderna. El alcance de nuestra colaboración queda claro en esa cifra.

Por medio de seminarios virtuales se reforzó también la relación con organizaciones nacionales e internacionales aliadas como Truckers Against Human Trafficking, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito, A21, la Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros, Fin de la Esclavitud, entre otros, para difundir información de prevención atención y combate a este delito. Se incluyó también la Línea Nacional Contra la Trata 800 5533 000 en campañas elaboradas en conjunto con instancias del Gobierno de la Ciudad de México y la Comisión Intersecretarial contra la Trata de Personas presidida por la Secretaría de Gobernación del país.

Se hizo énfasis en medios de posible enganche de la trata de personas, como las ofertas virtuales de trabajo falsas y el enamoramiento por redes sociales o plataformas virtuales; esto sin perder de vista los métodos de captación tradicionales a población vulnerable como las y los jornaleros, personas migrantes, mujeres, niñas, niños, entre otros.

5. Atención a las violencias con perspectiva de género

Quedarse en casa no es opción viable para millones de mujeres, quienes tras las medidas sanitarias adoptadas por los gobiernos han obligado a muchas mujeres a estar en confinamiento en casa con sus agresores, alejadas de sus redes de apoyo. Lo que las pone en situaciones de vulnerabilidad física y psicológica e incrementa el riesgo de violencia contra ellas.¹⁵

De acuerdo al Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), en marzo de 2020 se registraron 26,171 llamadas al 911 por violencia contra

¹⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, "States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns", Suiza, 27 de marzo 2020, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangID=E>

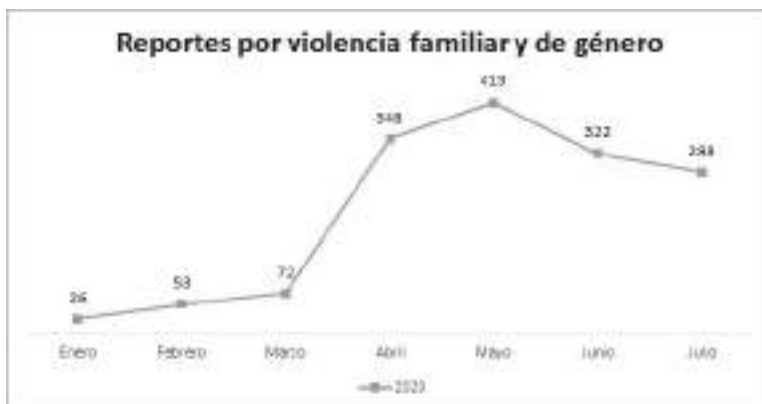
la mujer, lo cual representó un incremento del 60.67% respecto al año anterior (2019).¹⁶

Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya advirtieron que las crisis emocionales son un punto vulnerable de necesaria atención durante la pandemia. En este sentido, el Consejo Ciudadano implementó el contacto remoto con videoterapias y la recopilación de material audiovisual para agilizar procesos legales de mujeres víctimas de violencia doméstica, como parte de la estrategia “No estás sola”, en alianza con la Secretaría de las Mujeres, encabezada por Ingrid Gómez; también es importante enlistar la asesoría en denuncias digitales que ha sido posible gracias a la primera Fiscal de la Ciudad de México, Ernestina Godoy.

Desde el arranque de la campaña, han sido atendidas mil 522 mujeres que reportaron algún tipo de violencia familiar durante el confinamiento, además de que se brindó atención psicológica y/o jurídica.¹⁷ Acciones que promueven los derechos de las mujeres víctimas y facilitan la denuncia durante el confinamiento.

¹⁶ Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, “Información sobre violencia contra las mujeres”, Centro Nacional de Información, 30 de abril del 2020, disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1yVfgnItDgQC88zr2fnHW4lE8MwmzuPi0/view>

¹⁷ Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México, “Ante COVID-19”, 4 de agosto 2020.



A través de la “Línea Mujer y Familia”, que el Consejo Ciudadano administra, es posible compartir videos, fotografías, grabaciones y texto en situaciones de violencia inminente, así como contar con asesoría y acompañamiento para la denuncia. El 70% de los reportes recibidos fueron canalizados a diferentes instancias (Centro de Justicia para las Mujeres, Dependencias del Estado de México, 911, Dependencias de la Fiscalía General de Justicia de la CDMX, DIF, Secretaría de las Mujeres, entre otras); mientras que el 30% restante fue atendido en el Consejo Ciudadano.

6. Conclusiones

Ante la pandemia surgen diversas interrogantes: ¿Quién puede ser invulnerable a los efectos provocados por el confinamiento?, ¿qué nos depara el futuro como comunidad?, ¿cómo será nuestra nueva normalidad?

Pocas personas han escapado de la ola expansiva de la triple crisis (sanitaria, económica y psicológica). Todos los sectores de la sociedad se han visto afectados y han surgido nuevas necesidades, pero también oportunidades de resignificar lo individual y lo colectivo.

Ante el riesgo de contagio, y, con el fin de acatar las recomendaciones gubernamentales, se han transformado los servicios esenciales para la salud, educación y seguridad de los ciudadanos. De esta manera, el uso de las tecnologías de la comunicación se ha vuelto imprescindible.

Queda el horizonte de la brecha digital para observar y trabajar los siguientes meses.

En el escenario actual, el trabajo de las organizaciones no gubernamentales promotoras de la protección de los derechos y el bienestar de la ciudadanía, como el Consejo Ciudadano, resulta esencial para el desarrollo de la resiliencia social y la promoción de condiciones de vida digna, sobre todo las de poblaciones vulnerables.

Según Ponce de León, “conceptos como solidaridad, equidad, derechos, compromiso, protección y asistencia, han alcanzado su protagonismo a través de las millones de personas que han perdido a sus seres queridos, sus trabajos, sus casas o sus medios de subsistencia”.¹⁸ En una coyuntura como la que vivimos, es de suma importancia resaltar estos valores, comprenderlos e interiorizarlos en nuestra vida cotidiana. Será necesario cambiar algunas de nuestras formas de pensar y comportamientos, para así poder alcanzar un bienestar como comunidad.

Ante las medidas sanitarias adoptadas por los gobiernos, se ha vuelto necesario implementar nuevas medidas en los centros laborales; cuando las condiciones lo permiten, ha surgido el trabajo desde casa para cuidar la salud de los empleados y colaboradores, sin dejar de lado la calidad y el profesionalismo.

Con el apoyo del concepto biológico de “adaptación”¹⁹ se puede resaltar el trabajo del Consejo Ciudadano, que sigue desarrollando e innovando frente a los cambios y expectativas de la sociedad ante la incertidumbre de este tiempo cambiante, valiéndose de alianzas y tecnologías de la comunicación para aclarar dudas, divulgar y orientar sobre servicios disponibles y contener a las víctimas del delito.

La garantía es que las necesidades de la sociedad civil y, en particular, de los grupos vulnerables sean atendidas al ritmo de los retos del futuro.

¹⁸ Ponce de León Romero, Laura, “Reflexiones sobre la COVID 19 y población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo?”, *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work*, Núm. 14, julio 2020, disponible en: <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2020.0010>

¹⁹ Se refiere al proceso en el cual los seres vivos desarrollan capacidades para sobrevivir en un entorno diferente, variando sus estrategias frente a diversos cambios en el ambiente.

Los retos son inmensos en la promoción de una cultura cívica para la seguridad y la justicia. El compromiso de ser articuladores y puente con la autoridad es total y responde, también, a la guía de una Ciudad Innovadora y de Derechos, gobernada desde la sensibilidad social y la vigilante disciplina de la Jefa de Gobierno, Claudia Sheinbaum.

Fuentes de consulta

- Li S, Yilin W, Jia X, Nan Z, Tingshao Z. “The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users”, *Int J Environ Res Public Health*. Vol. 17, Núm. 6, 2020, disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
- Lundvall B. *National Systems of Innovation: Towards a Theory of Innovation and Interactive Learning*, Londres, Pinter, 1992.
- Martínez Sierra P D. “Aproximación a las implicaciones sociales de la pandemia del COVID-19 en niñas, niños y adolescentes: el caso de México”, *Sociedad e Infancias*, Vol. 4, 2020, 255-258 pp. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/soci.69541> > (24 mayo de 2020).
- Méndez D. “Celebra Consejo Ciudadano Día del Niño con obra virtual”, Diario Contra Replica, 30 de abril 2020. Disponible en: <https://www.contrareplica.mx/nota-Celebra-Consejo-Ciudadano-Dia-del-Nino-con-obra-virtual202030424>.
- Naciones Unidas. “La COVID y los Derechos Humanos: En esto estamos todos juntos”, disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/human_rights_and_covid19_spanish.pdf > (10 de abril 2020).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns”, Suiza, 27 de marzo 2020, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangID=E>

Oficina de las Naciones Unidad Contra la Droga y el Delito. "COVID-19: la UNODC advierte sobre el aumento de los riesgos para las víctimas de trata de personas", Viena, 6 de mayo 2020, disponible en: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020_05_AumentoRiegos_Trata_COVID19

Ponce de León Romero, L. "Reflexiones sobre la COVID 19 y población vulnerable: ¿Estado de Bienestar o Neoliberalismo?", *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work*, Núm14, julio 2020, disponible en: <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2020.0010>

Roura A M. "Coronavirus y economía: cómo fue la Gran Depresión con la que comparan el impacto económico de la pandemia", BBC, (4 de mayo 2020).

Secretaría de Salud, "Lineamientos técnicos de seguridad sanitaria", en *Diario Oficial de la Federación*, Disponible en: <http://nuevanormalidad.gob.mx/> (28 de agosto de 2020).

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, "Información sobre violencia contra las mujeres", Centro Nacional de Información, 30 de abril del 2020, disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1yVfgnItDgQC88zr2fnHW4lE8MwmzuPi0/view> (14 de agosto de 2020).

Terán P. "Resonancias: Blog del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM", recuperado el 28 de julio del 2020 en: <https://www.iis.unam.mx/blog/wp-content/uploads/2018/10/cabildeo-sept.pdf>

Wang C, Riyu P, Xiaoyang W, Yilin T, Linkang X, Cyrus S H, Roger C H. "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID19) epidemic among the general population in China", *Int J Environ Res Public Health*, Vol. 17, Núm 5, 2020, disponible en: doi:10.3390/ijerph17051729.

Zabalgoitia Herrera M. “Géneros, equidad y violencias en tiempos de COVID-19: ¿dónde quedan la educación y la universidad?”, En H. Casanova Cardiel (Coord.), *Educación y pandemia: una visión académica*, Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2020, pp.174-182. Disponible en: <http://132.248.192.241:8080/xmlui/bitstream/handle/IISUE_UNAM/554/ZabalgoitiaM_2020_Generos_equidad_y_violencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10 de agosto de 2020).

Análisis de publicaciones brasileñas y mexicanos de Twitter sobre la pandemia y el suicidio

Camila Corrêa Matias Pereira¹
Aline Conceição Silva²

Resumen: Objetivo: analizar publicaciones brasileñas y mexicanas sobre pandemias y suicidios en Twitter. Método: Estudio exploratorio con análisis de publicaciones aparecidas entre el 11 de marzo y el 11 de julio de 2020 sobre pandemia y suicidio. Las publicaciones se recopilieron mediante captura de pantalla y se transcribieron a un documento editable. Los datos fueron analizados por Análisis

¹ Licenciada en Enfermería; Maestría por el Programa de Posgrado Maestría Académica en Enfermería, en la línea de investigación en Salud Mental, ambos grados por la Universidad Federal de São João del Rei, Minas Gerais, Brasil. Estudiante de doctorado en el Programa de Posgrado en Enfermería Psiquiátrica de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro fundador de la Asociación Brasileña para el Estudio y la Prevención del Suicidio - ABEPS. Miembro del Centro de Educación para la Prevención y Prevención del Suicidio (CEPS) y del Laboratorio de Estudio e Investigación de Prevención y Prevención del Suicidio (LEPS), de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (EERP), Universidad de São Paulo (USP). Miembro de la Coordinación Nacional de Proyectos + Contigo Brasil. Tiene varias publicaciones sobre temas de su especialidad.

² Graduada en Enfermería; Maestría Académica del Programa de Posgrado en Enfermería, en la línea de investigación en salud mental, ambos grados por la Universidad Federal de San Juan del Rei, Minas Gerais, Brasil. Estudiante de doctorado en el Programa de Posgrado en Enfermería Psiquiátrica, Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro fundador de la Asociación Brasileña de Estudios y Prevención del Suicidio - ABEPS. Miembro del Centro para la Educación en Prevención del Suicidio y Posvención (CEPS) y del Laboratorio de Estudios e Investigación en Prevención del Suicidio y Posvención (LEPS), de la Escuela de Enfermería Ribeirão Preto (EERP) de la Universidad de São Paulo (USP). Tiene varias publicaciones sobre temas de su especialidad.

Temático. Resultados: 55 publicaciones sobre pandemia y suicidio –en Brasil (40) y México (11)– fueron analizadas de manera diferente. Las publicaciones brasileñas mostraron preocupación por la gestión gubernamental de la pandemia, la crisis económica y la preocupación por la cobertura de los medios. Las publicaciones mexicanas destacaron la preocupación por la escasez de equipos de protección personal y la conciencia del desapego social. En aspectos similares, se destacaron las condiciones sociopolíticas, la fragilidad social y la preocupación por el aumento de suicidios. El estudio enfatiza la necesidad social de acciones para el comportamiento suicida específico de la pandemia COVID-19.

Palabras clave: Pandemia, suicidio, estudio por internet.

Analysis of Brazilian and Mexican posts on Twitter about the pandemic and suicide

Abstract. Objective: to analyze Brazilian and Mexican posts about pandemic and suicide on Twitter. Method: Exploratory study with analysis of posts published between March 11 and July 11, 2020 on pandemic and suicide. The posts were collected through screen capture and transcribed to an editable document. The data were analyzed by Thematic Analysis. Results: 55 posts about pandemic and suicide in Brazil (40) and Mexico (11) were analyzed differently. Brazilian posts showed concern about government management of the pandemic, the economic crisis and concern about media coverage. Mexican posts highlighted concern about the scarcity of personal protective equipment and awareness of social detachment. In similar aspects, socio-political conditions, social fragility and the concern about increasing suicides were highlighted. The study emphasizes the social need for preventive actions of suicidal behavior specific to the COVID-19 pandemic.

Keywords: Pandemic, suicide, analyze on Internet.

Fecha de recepción del artículo: 14 de agosto de 2020

Fecha de aceptación: 25 de septiembre de 2020

Introducción

A principios de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la pandemia COVID-19 causada por el virus Sars-CoV-2. La enfermedad por coronavirus (COVID-19) surgió a fines de 2019 en Wuhan (China) y se propagó rápidamente a varios otros países. Hasta el 28 de julio de 2020, la pandemia tenía 16.341.920 casos y provocó más de 650.805 mil muertes en todo el mundo (Opas Brasil, 2020). Al 29 de julio de 2020, hay 2.483.191 millones de casos confirmados en Brasil y más de 88.000 muertes debido a la pandemia Covid-19. En México hay más de 379,150 confirmados y 42,000 muertes por Covid-19. Además de las muchas muertes irreparables, la pandemia ha tomado una proporción catastrófica en la desigualdad social, la salud y la economía y directamente en la salud mental de las poblaciones (Reger, Stanley, Jolner, 2020).

Las repercusiones de la pandemia tienen un impacto a corto y largo plazo en la salud mental. Entre las repercusiones en la salud mental se encuentran la ansiedad, la depresión, el estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y la conducta suicida. Responsable de más de 800.000 muertes anuales en todo el mundo, el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial que también tiene importantes repercusiones en la vida personal y social (Who, 2014). La pandemia de COVID-19 y sus medidas de mitigación tienen un impacto relevante en la conducta suicida, en especial en el desamparo social, en la indefensión social y en el deterioro de la atención de la salud mental y la ideación e intentos de suicidio en detrimento de la atención del coronavirus (Reger, Stanley, Jolner, 2020).

La pandemia también puede afectar otros factores que precipitan la conducta suicida, como la violencia interpersonal, el aislamiento, la soledad, el consumo de alcohol y otras sustancias, las dificultades con el proceso de duelo, la accesibilidad de los métodos de perpetración, la sobrecarga de la comunicación de información por los medios (Gunnell et.al., 2020). A pesar de las dificultades, el mantenimiento y las nuevas posibilidades de acciones para mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental y la prevención del suicidio son fundamentales (Reger, Stanley, Jolner, 2020; Gunnell et. al., 2020). Las acciones de prevención están relacionadas con aspectos de salud pública, control sociocultural, estructuras

sociodemográficas y disponibilidad de servicios, con peores efectos en entornos con pocos recursos y mayor adversidad económica (Gunnell et al., 2020).

Pensando en el aumento en el acceso a las redes sociales virtuales durante la pandemia COVID-19 y el proceso social de comunicación en un entorno virtual, que concibe la comprensión de algunos aspectos sociales, este estudio tuvo como objetivo analizar las publicaciones brasileñas y mexicanas sobre la pandemia y el suicidio en el *Twitter*. Los objetivos secundarios están relacionados con la comprensión de los temas de acuerdo con aspectos específicos y similares de los países con miras a las posibilidades de discusión centradas en la necesidad de estrategias para prevenir el comportamiento suicida.

Método

Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio y retrospectivo con un enfoque cualitativo realizado en *Twitter*.

Recopilación de datos de origen

Twitter es una red social que permite enviar e intercambiar mensajes con un límite de 280 caracteres. Es ampliamente utilizado en el mundo, tuvo una adición de 20 millones de usuarios después de la pandemia COVID-19 causada por el virus Sars-CoV-2. A discreción de los usuarios, *Twitter* permite el acceso a la información de forma privada o pública (sin necesidad de iniciar sesión para su visualización). *Twitter* cuenta con la herramienta de búsqueda avanzada que permite buscar publicaciones según ubicación, periodo de tiempo, idioma, entre otras cuestiones.

Estrategia de búsqueda

Para este estudio, se utilizaron dos estrategias de búsqueda con los términos “suicidio; pandemia; México” y “suicidio; pandemia; Brasil”. Ambas estrategias se utilizaron en el período de tiempo entre el 11 de marzo de 2020 (fecha que se declaró la pandemia COVID-19) y el 11 de julio de 2020 (fecha en la que se realizó la recopilación de datos). Tenía aplicación de los filtros “cualquier idioma”, “sin enlaces o respuestas”.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los mensajes que dieron lugar a la búsqueda, publicados entre el 11 de marzo de 2020 y el 11 de julio de 2020, en cualquier idioma y que no eran mensajes de respuesta (cuando un usuario responde a otra publicación) y que no tuvieran enlaces, porque sólo se analizaría el contenido textual de las publicaciones.

Recopilación de datos

La recopilación de datos tuvo lugar el 11 de julio de 2020, y las publicaciones se guardaron a través de la captura de pantalla e identificaron por número correspondiente al orden en que se encontraron. Todos los mensajes fueron transcritos en un documento editable y revisados por dos investigadores. Se eliminó la identificación de perfiles y nombres para que no hubiera identificación de personas.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del análisis temático (Braun, Clarke, 2006) que permite la identificación de temas y significados extraídos de los contenidos examinados. El análisis temático consistió en las siguientes fases: familiarización con los datos, construcción de códigos iniciales, búsqueda de temas, análisis de temas, definición y atribución de nombres a temas y producción del informe (Braun, Clarke, 2006).

Aspectos éticos

Este estudio siguió todas las recomendaciones de la Resolución 510, del 7 de abril de 2016, que prevé las normas aplicables a la investigación en Humanidades y Ciencias Sociales.

Esta resolución establece que las encuestas que utilizan información de acceso público, según lo dispuesto en la ley No. 12.527 de 2011 no necesitan ser registradas o enviadas por el sistema Comités de Ética en la Investigación/ Comisión Nacional de Ética en la Investigación (CEP/ CONEP por sus siglas en portugués)). Sin embargo, se ratifica que los autores salvaguardaron todos los aspectos éticos como el anonimato de los participantes, los principios de seguridad, autonomía, maximización de beneficios y minimización de daños.

Resultados

Fueron analizados 55 mensajes sobre pandemia y suicidio en Brasil y México (40 publicaciones brasileñas y 11 publicaciones mexicanas), y un mensaje fue en ambas colecciones. El promedio de “me gusta” en los mensajes mexicanos fue de 34,3 (0-281) y en mensajes brasileños de 15,4 (0-281). El número promedio de comentarios fue de 0,81 (0-4) en publicaciones mexicanas y de 0,65 (0-4) en publicaciones brasileñas. La participación promedio fue de 9,64 (0-92) en mensajes mexicanos y 4,4 (0-92) en mensajes brasileños.

Para los datos cualitativos, se realizaron diferentes análisis de datos de Brasil y México, y los principales temas abordados en cada país se muestran en la tabla 1. En este estudio, elegimos destacar las particularidades y similitudes de los mensajes de ambos países. Por lo tanto, a continuación se presentan las categorías que representan los principales temas abordados en los datos cualitativos incluidos en este estudio.

Especificidades en publicaciones brasileños sobre pandemia y suicidio

Las publicaciones brasileñas mostraron gran preocupación por el manejo de la pandemia por parte del gobierno. La relación entre la pandemia, la crisis económica y el suicidio parecía intrusiva. Los mensajes mostraron preocupación por la flexibilización del distanciamiento social en detrimento de la situación económica y reforzaron la necesidad de priorizar el bienestar social y la salud. Los mensajes también asocian las condiciones económicas como un factor de sufrimiento psicosocial y la interrupción de la seguridad social como apoyo a la población durante la pandemia.

El [presidente de Brasil] está preocupado por la economía, pero si no resuelve el problema de la pandemia, la economía difícilmente caminará. La flexibilidad del aislamiento es el suicidio. Y cómo Brasil va a salir de la crisis, si el presidente no consigue entrar en dialogo con los gobernadores del Estado. #[Nombre del periódico] (P19).

Por el amor de Dios, Brasil está viviendo un caos, la pandemia tendrá su apogeo en días, nadie más sale de casa, el gobierno recortará los salarios y no ofrecerá un

beneficio al respecto. Si la persona muere de Covid-19, cometerá suicidio NGM HOLD (P-03).

Otra nota importante de los mensajes estaba relacionada con la cobertura mediática de la pandemia y la posibilidad de efecto imitativo para el comportamiento suicida. Los mensajes destacaron la divulgación de la carta de suicidio de una persona mayor por parte de los medios de comunicación brasileños y el sensacionalismo de algunos organismos de radiodifusión en la difusión de información sobre la pandemia. Los mensajes reflejan la necesidad de responsabilidad de los medios de comunicación en relación con la difusión de información y la repercusión en la salud social mental.

El terrorismo que la [estación de televisión] pone en la población es mucho más grande que la pandemia aquí en Brasil. Todos los días la [estación de televisión] muestra a personas llorando, tumbas abiertas en cementerios, cuerpos que salen de los hospitales. Lo que está haciendo la [estación de televisión] es llevar a la gente al suicidio. Una madre se tiró del edificio con un niño (P13).

“Publicar una carta de suicidio, para muchos, es una invitación, un factor alentador. Es irresponsable hacer esto público en cualquier momento, imagínese en Brasil “hoy” con una pandemia / política” (P17).

“Divulgar una carta de suicidio, para muchos, es una invitación, un factor de aliento. Es irresponsable hacer esto público en cualquier momento, imaginar en Brasil “hoy” con pandemia/política” (P17).

La desesperanza con la situación del país fue un sentimiento presente en las publicaciones brasileñas. El suicidio fue citado en las publicaciones como un resultado y una alternativa para los brasileños en vista de la situación en el país. Los mensajes reflejan las percepciones de la población sobre un tema determinado, pero también proporcionan la maximización de un importante problema de salud pública en el país.

“Es difícil no considerar un suicidio cuando, además de una pandemia mundial, los trastornos psicológicos siguen siendo brasileños que viven en Brasil con el presidente [presidente de Brasil]. No hay razón para sonreír” (P22).

“Creo que todo va a que Brasil sea el lugar más estropeado de todos porque para nosotros esta pandemia nunca terminará. Empiezo a preguntarme si cosas como el suicidio no serían perdonables para @deus porque sería una prevención de daños, en lugar de ser reprobable en poco tiempo haha” (P25).

Detalles en publicaciones mexicanas sobre pandemia y suicidio

Las publicaciones mexicanas destacaron la preocupación por la escasez de equipos de protección personal para los profesionales de la salud, profesionales de primera línea en la lucha contra la pandemia. Las publicaciones destacaron el reconocimiento salarial de las profesiones sanitarias y la necesidad de respeto por los profesionales de la salud. El suicidio estaba ligado a la preocupación, como figura del lenguaje, para la acción de trabajar en lugares de contaminación potencial y sin equipos de seguridad suficientes. Las publicaciones también relatan el hashtag #QuedateEnCasa como una herramienta para crear conciencia sobre la importancia del distanciamiento social.

“Venir a laborar al hospital y que no te ofrezcan ni un cubre bocas en plena pandemia es un suicidio. #QuedateEnCasa #COVID19mx #COVID2019mx #Mexico #IMSS #Sonora” (P08).

“¿Alguna vez se imaginaron vivir una pandemia cuando escogieron estudiar medicina? Sabíamos desde que quedamos en la carrera que la medicina en México es mal pagada y mal agradecida. Pero arriesgarse a trabajar sin protección es casi suicidio” (P10).

Similitudes en publicaciones brasileñas y mexicanas sobre la pandemia y el suicidio

Las condiciones sociopolíticas eran preocupaciones recurrentes en los mensajes brasileños y mexicanos. Las publicaciones de ambos países destacaron la situación política como el principal motivador de la fragilidad social resultante de la pandemia. Los mensajes citaron la lentitud de las instituciones en la implementación de medidas de control y aislamiento y la necesidad de responsabilidad de los gobiernos para cuidar de los países en este momento.

“Las investigaciones indican que la gente ha hablado más sobre el suicidio en Brasil que sobre la cuarentena. Sin ninguna pretensión científica o base estadística me atrevo a decir que la CAUSA de esto no es la pandemia, sino el PANDEMON que desgobierna al país, dirigido por [presidente de Brasil]” (P-38).

“En México el gobierno tiene su parte de responsabilidad en el manejo de la pandemia. Pero lo que está haciendo la gente al volver a salir sin cuidarse es un suicidio colectivo, y la excusa perfecta para quitarse la culpa por parte del gobierno de AMLO” (P01).

“Lo que es importante subrayar es que si el gobierno de México hubiera actuado responsablemente desde un principio en esta pandemia, el pueblo de México no estaría en esta situación. El tomar las medidas preventivas a estas alturas ya es un suicidio” (P11).

Las publicaciones brasileñas y mexicanas también enfatizan la preocupación por el comportamiento suicida como resultado del debilitamiento socioeconómico de los países por la pandemia. Ese dato retoma la importante preocupación social y la necesidad de medidas de prevención específicas para el momento experimentado por los países y la responsabilidad del gobierno de priorizar las acciones de atención en materia de seguridad social y salud mental a corto y largo plazo para la población.

“Más de 55.000 muertes por coronavirus en Brasil. ¿Cuántos más no murieron de hambre o depresión/suicidio durante la pandemia? Qué tristeza” (P35).

“Y al terminar el año, la tasa de suicidio y pobreza en México, superará las estadísticas de la pandemia, eso terminará destruyendo su pueblo” (P04).

Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud comprende el bienestar físico mental y social, no sólo la ausencia de trastornos o síntomas mentales o psicológicos, sino un concepto amplio que debe tratarse en toda su complejidad (WHO, 2001). La buena salud mental es importante para el funcionamiento saludable del individuo,

la familia, la comunidad y la sociedad, permitiendo la flexibilidad cognitiva y emocional y desarrollando la resiliencia frente a situaciones estresantes (WHO, 2011).

Frente a la pandemia COVID-19, una de las situaciones más estresantes es la imprevisibilidad y la incertidumbre de la situación, el control y las consecuencias de la enfermedad (Zandifar, Badrfam, 2020). La situación de vulnerabilidad social y enfermedades sanitarias y mentales debe considerar el sufrimiento y la creación de significados para el sufrimiento mental, explotando la vulnerabilidad y analizando el mundo globalizado con sus singularidades, generando una aproximación del fenómeno de manera diversificada, permitiendo nuevas visiones en la atención de la salud (Gama, Campos, Campos Ferrer, 2014), así como el bienestar y la salud social.

La preocupación por las cuestiones socioeconómicas era recurrente en las publicaciones y los factores de estrés económico están asociados con los efectos sobre la salud mental, el aumento de la angustia psicológica (Awers, et al., 2012). Las menores tasas de salud mental están asociadas con la disminución de las actividades económicas, que pueden aumentar el desempleo, la exclusión social, el número de personas sin vivienda, la pobreza y la desestabilización del presupuesto público, que también afecta a la educación y los servicios de salud (WHO, 2011; Antunes, 2015; Cabral, 2016). Los problemas relacionados con la salud mental están relacionados con factores socioeconómicos que determinan la salud, la pobreza, la privación y la desigualdad, y las crisis económicas se consideran de alto riesgo para el bienestar mental de la población (WHO, 2011), el aumento de los factores de riesgo y la disminución de los factores de protección (Antunes, 2015).

Las crisis económicas pueden tener diferentes consecuencias a corto, medio y largo plazo. Es muy importante analizar crisis económicas anteriores para controlar los daños prevenibles y disminuir las tasas de mortalidad por suicidio invirtiendo en empleo activo, cohesión social y atención a las poblaciones vulnerables (Antunes, 2015).

Después de la crisis económica en Europa, se adoptó una política de austeridad, que muestra un aumento en las tasas de mortalidad por suicidio después de su aplicación (McKee, Karanikolos, Belcher y Stuckler, 2012). Un estudio realizado en Inglaterra, después de la recesión económica, trae evidencia que vincula el aumento en el número de suicidios con la crisis financiera que comenzó en 2008, destacando el recorte de fondos como responsable de la falta de estructura, industria, educación, niveles de calidad de vida y mejores condiciones de trabajo (Barr, Taylor-Robinson, Scott-Samuel, McKee y Stuckler, 2012).

Los temas sociopolíticos fueron una preocupación constante en los cargos, y es fundamental que las Políticas Públicas se comprometan con la protección de la salud mental a través del no endeudamiento, siendo los gobiernos los responsables de asegurar una ayuda rápida a los afectados, buscando una vida digna.

En tiempos de crisis económica y otros cambios, los gobiernos tienden a reducir el gasto en servicios de salud (Antunes, 2015), sin embargo, es importante que los gobiernos actúen con inversiones en Políticas Sociales (Hopkins, 2006). Las cuestiones sociopolíticas fueron una preocupación constante en los puestos, y es fundamental que las políticas públicas se comprometan con la protección de la salud mental a través del no endeudamiento, y los gobiernos sean responsables de garantizar una ayuda rápida a los afectados, buscando una vida digna (Antunes, 2015).

Muchas publicaciones han aportado al tema de las medidas de control y aislamiento en los países y la responsabilidad de esta atención a través del gobierno y la cuarentena es fundamental para mitigar el contagio, tratando de reducir la probabilidad de contaminación, el número de muertes y también la búsqueda de servicios de salud, siendo esencial la búsqueda de medidas para que la experiencia de cuarentena sea lo más tolerable posible para las personas (Brooks et al., 2020).

En la pandemia COVID-19, muchos países afectados adoptaron el régimen de cuarentena para contener el contagio, pero el retraso en la adopción de medidas fue crucial para empeorar la situación de algunos países, como España y la rápida disminución de la adherencia al distanciamiento, empeorando también la situación

de Estados Unidos y Brasil. El Gobierno necesita tener más atención a la salud mental en general y combatir el COVID-19 (Gao et al., 2020), pero como el evento aún está en curso, el potencial de desastre en salud y salud mental sólo se reconocerá adecuadamente después del período de pandemia (Faro et al., 2020).

Las consecuencias relacionadas con el suicidio y la pandemia serán diferentes de acuerdo con las políticas de salud pública, las medidas de control, las estructuras socioculturales y demográficas, la disponibilidad de alternativas digitales y los apoyos existentes de cada país (Gunnell, et al., 2020). Otro dato importante fue la relación entre la cobertura mediática de la pandemia y un posible efecto contagio para el comportamiento suicida. Las emociones negativas y un optimismo que no está de acuerdo con la realidad pueden ser compartidas por los medios de comunicación en el momento de la pandemia (Brooks et al., 2020), que puede tener efectos en la salud de las personas. Hay mucha información en las redes sociales que puede generar sentimientos de ansiedad sobre la enfermedad (Banerjee, 2020).

En tiempos de redes sociales virtuales, se necesita precaución en la difusión de información para no crear pánico, e Internet es una herramienta que se puede utilizar para difundir la educación, la información correcta y los sentidos positivos en momentos difíciles (Goyal, et al., 2020).

Las tasas de síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden aumentar de acuerdo con la exposición masiva a través de los medios de comunicación (Neria, 2011), lo que trae la importante discusión que las organizaciones necesitan para reconocer el papel fundamental que pueden desempeñar en la transmisión de problemas después de eventos que contienen algún tipo de violencia (Thompson, 2019). En un estudio realizado en China durante la pandemia COVID-19, la exposición a las redes sociales dio lugar a una alta prevalencia de problemas de salud mental (Gao, et al., 2020), reafirmando la importancia de la preocupación por este tema.

Uno de los temas emergentes en las publicaciones fue la preocupación por los profesionales que trabajan frente a la lucha contra la pandemia. La inseguridad laboral, la falta

de salario mínimo, los cambios en el mercado laboral y el desempleo influyen negativamente en la salud (WHO, 2011). Uno de los hallazgos sobre la pandemia COVID-19 es que en algunos países, los profesionales de la salud fueron los más infectados por el virus y la falta de equipo de protección personal, la falta de estructura, además del gran volumen de casos, contribuyó a esta situación (Freitas, Napimoga, Donalisio, 2020). Una de las consecuencias en Brasil es que los profesionales de la salud están preocupados por las condiciones de trabajo y los problemas relacionados con la escasez de equipos de protección personal y, por lo tanto, consideran las intervenciones relacionadas con la salud mental como secundarias (Schmidt, et al., 2020).

Como se trata de una cuestión reciente, los estudios sobre las implicaciones para la salud mental debido a la pandemia siguen siendo escasos, pero ya surgen algunas repercusiones negativas y necesitan un sistema público, apoyo comunitario y autoridades para realizar esfuerzos para mejorar los sistemas de apoyo social y eliminar el estigma de la enfermedad, con diferentes estrategias de salud mental dirigidas a diversos públicos y contextos (Schmidt, et al., 2020; Jung, 2020).

La epidemia puede convertirse en una catástrofe de salud mental y no hay expectativas claras de cuándo se puede controlar la situación, incluso cuando el evento sigue en curso y en diferentes etapas de cada país. Es necesario involucrar al gobierno para invertir en esfuerzos inmediatos en salud, atención, atención y ciencia en general (Faro et al., 2020).

La desesperanza con la situación del país se mencionó en los mensajes, citando el suicidio como una “posible alternativa”. La desesperanza es una creencia en un futuro sin perspectivas y está directamente relacionada con la intención suicida (Wenzel et al., 2010), el sentimiento negativo sobre el futuro y la desesperanza, están representados por una relación causal entre la depresión y el suicidio, siendo un factor de riesgo importante que necesita atención (Borges et al, 2006). Las personas que tienen desesperanza creen que nada funcionará, lo que puede ser desmotivador y perjudicial para la salud mental (Vasconcelos, 2015). Reconociendo que hay desesperanza, la esperanza debe promoverse como una forma de promover la salud mental y prevenir el comportamiento suicida (Marback, Pelisoli, 2014).

Consideraciones finales

Este estudio mostró que existen similitudes y puntos complementarios entre el tema de la pandemia COVID-19 y el suicidio entre Brasil y México, según el posicionamiento de los usuarios de Internet, a pesar de que provienen de países tan diferentes en aspectos sociales, culturales, económicos y políticos. La pandemia COVID-19 tendrá muchas consecuencias dejando a muchas personas vulnerables a problemas de salud mental y comportamientos suicidas. Es necesario hacer esfuerzos a nivel local, estatal, nacional e internacional para prevenir el suicidio.

Aunque cada país se encuentra en una fase diferente después de la contaminación por COVID-19 y está experimentando la pandemia de manera diferente, las repercusiones en las decisiones sociales, políticas, económicas, gubernamentales, mediáticas y su relación con el suicidio durante este período, hacen hincapié en la necesidad social de acciones preventivas de comportamiento suicida y promotores de salud mental específicos del contexto de la pandemia Covid-19.

Traducción del portugués: Rosa Rodríguez Romero

Referencias

- Andrade, Sibela Vasconcelos, Sesso, Ricardo, Diniz, Denise Helena de Madureira Pará. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Brazilian Journal of Nephrology*, Vol. 37, Núm. 1, 2015, pp. 55-63, <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>
- Awers, John, Althouse, Benjamin, Allem Jon-Patrick, Childers, Matthew, Zafar, Waleed, Latkin, Carl, Brownstein, John. Novel surveillance of psychological distress during the great recession, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 142, Núm. 1-3, 2012, pp.323-330, doi: 10.1016/j.jad.2012.05.005
- Banerjee, Debanjan. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal Psychiatry*, 2020; Vol. 50, pp. 1-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>

- Barr, Ben, Taylor-Robinson, David, Scott-Samuel, Alex, McKee, Martin, Stuckler, David. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis, *British Medical Journal*, Vol. 345, 2012, pp. 5142-5149, doi: 10.1136/bmj.e5142.
- Borges, Vivian, Roxo, Werlang, Blanca, Susana, Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Vol. 11, Núm. 3, 2006, pp. 345-351, <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- BRASIL, COVID-19 - Painel Coronavírus, 2020, (Acesso em 06 de Agosto de 2020, em <<https://covid.saude.gov.br/>>).
- Brooks, Samantha, Webster, Rebecca, Smith, Louise, Woodland, Lisa, Wessely, Simon, Greenberg, Neil, Rubin, Gideon. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet*, Vol. 395, Núm.102227, 2020, pp. 912-920, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Cabral, Lídia do Rosário, Duarte, João Carvalho, Silva, Daniel Marques, Gonçalves, Amadeu Matos, & Silva, Ernestina Maria Batoca. A situação de crise em Portugal e a saúde mental dos profissionais de saúde, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol.spe3, 2016, pp. 57-62. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0118>.
- Faro, André; Bahiano, Milena de Andrade; Nakano, Tatiana de Cassia; Reis, Catiele; Pereira da Silva, Brenda Fernanda; Santos Vitti, Lais. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Vol.37, 2020 pp.e200074, <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- Freitas André Ricardo Ribas, Napimoga Marcelo, Donalisio Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19, *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet], Vol. 29, Núm. 2, 2020, e2020119.

- Gama, Carlos Alberto Pegolo da, Campos, Rosana Teresa Onocko, & Ferrer, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. 17, Núm. 1, 2014, pp. 69-84. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>
- Gao, Junling, Zheng, Pinpin, Jia, Yingnan, Chen, Hao, Mao, Yiemeng, Chen, Suhong, Wang, Yi, Fu, Hua, Dai, Junming. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*, Vol. 15, 2020, pp. 1-10, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Goyal, Kapil, Chauhan, Poonam, Chhikara, Komal, Gupta, Parakriti, Singh, Mini. Fear of COVID 2019: first suicidal case in India, *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 49, 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
- Gunnell, David, Appleby, Louis, Arensman, Ella, Hawton, Keith, John, Ann, Kapur, Nav, Khan, Muhad, C O'Connor, Rory, Pirkis, Jane. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic, *Lancet*, Vol. 7, Núm. 6, 2020, pp. 468-471, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Hopkins, Sandra. Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis, *Health Policy*, Vol. 75, 2006, pp. 347-357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.04.002>
- Jung, SunJae, Jun, Jin Yong. Mental health and psychological intervention amid COVID-19 Outbreak: perspectives from South Korea, *Yonsei Medical Journal*, Vol. 61, Núm.4, 2020, pp. 271-272, <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>
- Marback, Roberta Ferrari, Pelisoli, Cátula. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Vol. 10, Núm. 2, 2014, pp. 122-129, (Acesso em 29 de Julho de 2020, em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200008&lng=pt&nrm=iso>).<http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>

- McKee, Martin, Karanikolos, Marina, Belcher Paul, Stuckler, David. Austerity: a failed experiment on the people of Europe, *Clinical Medicine*, Vol. 4, 2012, pp. 346-350, <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-346>.
- Neria, Yuval, Gregory, Sullivan. "Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media." *JAMA* Vol. 306, Num. 12, 2011, pp. 1374-5. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1358>
- OPAS BRASIL. Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus), 2020, (acesso em 06 de Julho de 2020, em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>).
- Reger, Mark, Stanley, Ian, Joiner, Thomas. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm?. *JAMA Psychiatry*, published online April 10, 2020, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>, Acesso em 27 de Agosto de 2020 em <<https://jamanetwork.com/>>).
- Schmidt, Beatriz, Crepaldi, Maria Aparecida, Bolze, Simone Dill Azeredo, Neiva-Silva, Lucas, Demenech, Lauro Miranda. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Vol. 37, 2020, e200063.
- Thompson, Rebecca, Jones, Nickolas, Holman, Alison, Cohen, Roxane. Media exposure to mass violence events can fuel a cycle of distress. *Science Advance*, Vol. 5, Num. 4, 2019, pp. 1-7, <http://dx.doi.org/10.1126/sciadv.aav3502>
- Wenzel, Amy, Brown, Gregory, Beck, Aaron. Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas, Porto Alegre, Artmed, 2010.
- WHO, Strengthening mental health promotion. Geneva, CH: World Health Organization, 2001, (acesso em 27 de Julho de 2020, em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>).

WHO, Impact of economic crises on mental health, World Health Organization, 2011, (acesso em 27 de Julho de 2020, em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf>).

Zandifar, Atefeh, Badrfam, Rahim. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic, *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 51, 101990, 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990>.

Una pandemia en la era de la globalización y las redes sociales

Maribel Ramírez Coronel¹

“Muchas personas se informan a través de las redes sociales, y es muy posible que estas plataformas sean fuentes de información todavía más importantes para las futuras generaciones de padres. Creemos que se trata de una cuestión crítica y que debemos trabajar colectivamente para proteger la salud y la vida de las personas”.

*Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Titular de la Organización Mundial de la Salud (OMS).*

Resumen: Consideraciones sobre el rol vital de los medios de comunicación convencionales y las llamadas redes sociales durante el manejo de la actual pandemia, cuyas plataformas han funcionado para la difusión informativa, pero también para una intensa participación ciudadana en las discusiones públicas, dentro de espacios vinculados con autoridades de salud y fuentes oficiales que a su vez han aprovechado estas plataformas como parte de las políticas informativas.

Palabras clave: Redes sociales, prensa, medios de comunicación, pandemia Covid-19, periodismo.

¹ Licenciada en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma Metropolitana. Cursó la Maestría en Administración de Sistemas de Salud en la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. Cursó varios diplomados en Economía y Finanzas en el ITAM, la Facultad de Economía de la UNAM y el ITESM. Socia fundadora de Plenilunia, S.C. especializada en contenidos de salud femenina. Periodista especializada en salud pública y en industria de la salud. Colabora en varios medios de comunicación.

A pandemic in the era of globalization and social media

Abstract: Considerations on the vital role of conventional communication media and the so-called social networks during the handling of the current pandemic, which platforms have worked for the dissemination of information, but also for an intense citizen participation in public discussions, within spaces linked to health authorities and official sources that in turn have taken advantage of these platforms as part of the information policies.

Keywords: Social networks, press, media, Covid-19 pandemic, journalism

Fecha de recepción del artículo: 20-agosto-2020

Fecha de aceptación: 12-septiembre-2020

Introducción

La emergencia sanitaria llevó a la humanidad al confinamiento, como medida epidemiológica para evitar la propagación, y de ahí a estar informado sobre lo que sucedía para saber cuándo regresar a la normalidad. Para la gran mayoría el contacto con el mundo ha sido por meses a través de cualquier pantalla conectada a internet. Millones y millones de personas han estado volcadas en los dispositivos electrónicos buscando estar al día con lo que sucede en el mundo. Esa necesidad de saber qué está pasando allá fuera llevó a una abrumadora sobreinformación, a un exceso de datos y noticias y a una entendible incapacidad humana para absorberla. De ahí que surgió el término infodemia, definido por la Organización Mundial de la Salud como una cantidad excesiva de información –en algunos casos correcta, en otros no– que dificulta que las personas encuentren orientación fidedigna y fuentes confiables cuando las necesitan; y esta necesidad durante la pandemia llegó en ciertos momentos a ser urgente y angustiosa. Así es que se da una expansión acelerada del uso de las plataformas digitales (ver gráfico V) que en el caso de la población de habla hispana, las más comunes son: Facebook, twitter, Instagram, YouTube, Pinterest, TikTok y LinkedIn, entre otras. Dependiendo de la generación (ver gráfico II), se usan unas más que otras, pero es un hecho que hoy en día son los principales terrenos donde está expuesta

y se encuentra a cada momento la información médico-científica que ha permitido a la población en general conocer al virus epidémico, sus posibles tratamientos –ninguno aún aprobado– y, más recientemente, la vacuna esperada como la mayor solución para recuperar en lo posible aquella perdida normalidad.

El crecimiento del uso de internet fue tal con la llegada del virus SARS-Cov2 desde los primeros meses del año, al grado de que algunas compañías se vieron obligadas a disminuir la calidad del video en sus emisiones para reducirles peso y así evitar un uso desmesurado de señal y consecuentemente el colapso en las redes; lo hicieron Facebook, Netflix (ver gráfico III) y YouTube.

Planteamiento

Durante la primera pandemia en plena era digital y de globalización, los medios de comunicación, tanto los llamados convencionales como las redes sociales, han asumido un papel protagónico innegable. En particular, las plataformas de internet llamadas redes sociales extendieron su rol, creciente de por sí desde antes del Covid19, pasaron de ser un repositorio de lo último en información sobre la pandemia a un terreno para la discusión pública sobre las medidas contra el contagio e incluso habrían incidido en las decisiones de las autoridades en el manejo y estrategias de la pandemia.

Con la población confinada, obligada a quedarse lo más posible en casa, los emisores de información tuvieron un público cautivo que sin poder salir a la calle, asistir a espectáculos en vivo o recorrer centros comerciales, tuvieron como opción conectarse a una pantalla o más específicamente a un dispositivo con aplicaciones o plataformas de comunicación para actualizarse sobre los sucesos del mundo exterior. El terreno era ideal para un protagonismo de los medios sociales que se ha generalizado en todo el mundo.

Es entendible, por tanto, que para el ejercicio público los tomadores de decisiones de la pandemia, incluyendo las autoridades de la Secretaría de Salud federal y estatales, como los directivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encontraron en las redes sociales una óptima herramienta

para comunicar sus mensajes a una población atenta durante la etapa de confinamiento, aprovechando instrumentos multimedia para emitir mensajes.

Antecedentes prepandemia con antivacunas

En años previos a la pandemia, las redes sociales se convirtieron en una seria preocupación para los tomadores de decisiones en los sistemas de salud en varios países del mundo, debido a una labor creciente de movimientos antivacunas incidiendo con fuerza entre la población de varias regiones que dudaba cada vez más en torno a la conveniencia de vacunar a los niños.

Los movimientos antivacunas –inconformes con la aplicación generalizada de vacunas a la población con argumentos que han sido invalidados–² extendieron su influencia primero en Europa, pero gracias a las redes sociales ya estaban arreciando hacia otras regiones donde las condiciones son más difíciles y habría consecuencias dramáticas si bajara la inmunización, sobre todo para enfermedades. Fue el caso de campañas desplegadas contra la poliomielitis en Pakistán y contra la fiebre amarilla en Sudamérica; en algunos estas movilizaciones antivacunas se daban en forma simultánea a las campañas de inmunización de los gobiernos.

“La información errónea sobre las vacunas es tan contagiosa y peligrosa como las enfermedades que ayuda a propagar. Por ello, la OMS acoge con satisfacción la iniciativa de Pinterest de proteger la salud pública facilitando a sus usuarios únicamente información científicamente comprobada sobre las vacunas. Esperamos que otras redes sociales de todo el mundo sigan su ejemplo.”³

Este fue parte de un mensaje que en agosto del 2019 emitió el titular de la OMS, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, donde pone de ejemplo la iniciativa de la red social Pinterest –cuyos 400 millones de usuarios mensuales comparten imágenes inspiradoras o de ideas de todo tipo– de dejar de mostrar resultados de búsquedas relacionadas con vacunas

² Zúñiga Carrasco, Iván Renato; Caro LJ. Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles. *Rev Latin Infect Pediatr.* 2018;31(1):17-21.

³ Tedros Adhanom Ghebreyesus. Declaración del Director General de la OMS sobre la función de las redes sociales en la información sanitaria. 28 de agosto de 2019. Declaraciones.

como una forma de evitar que las personas se encuentren con información incorrecta sobre la salud. Para esa red social fue una medida que significó orientar las opciones de búsqueda a fin de que sus usuarios fueran solamente hacia contenido de las principales instituciones de salud pública. Hicieron que se dejaran de ver recomendaciones o comentarios sobre los Pines en los resultados de búsqueda dentro de Pinterest, y también dejaron de mostrar anuncios sobre vacunas; todo con el objetivo de evitar la difusión de información errónea sobre vacunas junto con recursos de expertos en salud pública.

“A medida que continuamos abordando la desinformación sobre salud, la eliminamos y las cuentas que la difunden de nuestro servicio. Pero también queremos traer contenido experto a Pinterest. Sabemos que no somos expertos médicos, por eso estamos trabajando con profesionales para inspirar a los Pinner con información confiable sobre la salud”. Son palabras de la directiva de Pinterest en esa ocasión.⁴ Todo esto se detonó en un contexto donde la OMS había anunciado que el Reino Unido, Albania, Chequia y Grecia retrocedieron en su lucha contra el sarampión y dejaron de ser Estados “libres de sarampión”.⁵

Al mismo tiempo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) confirmaron que en Estados Unidos se experimentaba el mayor número de casos de sarampión notificados desde 1992 y desde que el virus había sido declarado eliminado en 2000.

Estos hechos sirven de referencia para la posterior experiencia que le iba tocar vivir a la humanidad durante el año 2020 con la más severa pandemia de la historia moderna en el planeta.

Manejo de medios como herramienta de política pública

Todos los Estados han recurrido a los medios sociales en internet para la comunicación de mensajes durante la crisis sanitaria. En México particularmente ha sido evidente ese uso, en parte impulsado por el intensivo

⁴ Ifeoma Ozoma. Llevando resultados de vacunas autorizados a la búsqueda de Pinterest. 28 de agosto de 2019.

⁵ Conclusiones de la octava reunión de la Comisión de Verificación Regional Europea para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola Informe de situación n.º 2: Sarampión en la Región de Europa, agosto de 2019 OMS EpiBrief 2/2019.

nivel de comunicación del gobierno actual que tiene en las emisiones de prensa diarias una de sus principales herramientas de política pública.

El ejercicio de las conferencias organizadas todos los días desde la Presidencia de la República –nombradas coloquialmente como “las mañaneras”– sirvió de referencia para iniciar con la respectiva conferencia diaria con motivo de la pandemia a la cual le nombraron Conferencia de Prensa Covid19. Desde el mes de marzo, antes incluso de aparecer el primer reporte de contagio de SARS-Cov2 en el territorio mexicano, se empezaron a ofrecer conferencias vespertinas todos los días para informar a la ciudadanía sobre la situación y avance del Covid19 en México y el mundo. Hasta la fecha todas y cada una de dichas conferencias se pueden ver en la página del Gobierno de México en la plataforma YouTube, específicamente dentro del canal Coronavirus #Covid19. Se puede encontrar en la siguiente dirección en internet: <<https://www.youtube.com/playlist?list=PL-wEE8VmW aJ1XfDoFFkVfxuwVRgBMIiNO>>

Ello implicó que el Consejo de Salubridad General –organismo al cual le corresponde por ley definir la estrategia y acciones en torno a una emergencia sanitaria declarada por pandemia como la que vivimos– debió designar al subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, para asumir la vocería oficial, como lo recomiendan las guías establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de ahí dejar validada la Conferencia de Prensa Covid19 diaria que ya había empezado transmisiones cada día.

No se han hecho públicos los últimos acuerdos al interior del Consejo de Salubridad General de modo que no hay la certeza de cómo se definieron las acciones frente a la pandemia. Lo que sí la medida de ofrecer conferencias de prensa todos los días sin interrupción acumula ya 6 meses con 185 conferencias ininterrumpidas hasta el domingo 16 de agosto del 2020, mismas que se transmiten por distintas plataformas de internet y simultáneamente se llevan a cabo en forma presencial normalmente desde Palacio Nacional en la capital de la República.

Esta acción se convirtió en pilar fundamental de la estrategia de comunicación gubernamental durante la

epidemia del coronavirus SARS-COV2, con transmisiones de lunes a domingo de 19:00 a 20:00 horas desde el sitio de videos youtube y simultáneamente en las plataformas sociales más populares en internet: Facebook y Twitter. En ese tenor han estado igualmente los organismos multilaterales, la OMS y la OPS, los principales rectores en esta pandemia, que han tomado con fuerza como canales de sus transmisiones las mismas plataformas de YouTube, Facebook y Twitter para sus conferencias de prensa periódicas. De igual manera, otros organismos internacionales impulsores del desarrollo regional, como la Organización de Naciones Unidas, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre los principales.

Cuando los medios se volvieron sociales

La histórica transformación que vienen viviendo los medios de comunicación desde hace dos décadas, a raíz de la revolución tecnológico y el impacto de internet, registró una aceleración como nunca en los primeros meses del 2020 gracias al confinamiento obligado por la pandemia, e impulsados por el rol protagónico de las redes sociales.

Los cambios que viene experimentando la labor periodística o informativa tanto en los modelos de negocios de las empresas de medios, como en los canales de distribución para la entrega de sus contenidos informativos, se han centrado en 3 pilares: el cambio de los procesos analógicos a digitales, el auge de internet cada vez más accesible y en los últimos años el mayor acceso a los dispositivos móviles.⁶ Esta transformación ha sido una profunda revolución para los medios de comunicación de todo el mundo, y ello les ha obligado a replantear sus procesos y estructuras para la distribución de noticias.

México está en esa realidad y de acuerdo con las proyecciones de Global Entertainment & Media Outlook de la consultora PwC, el declive de los medios impresos en el país es acelerado sobretodo en cuanto a sus ingresos por

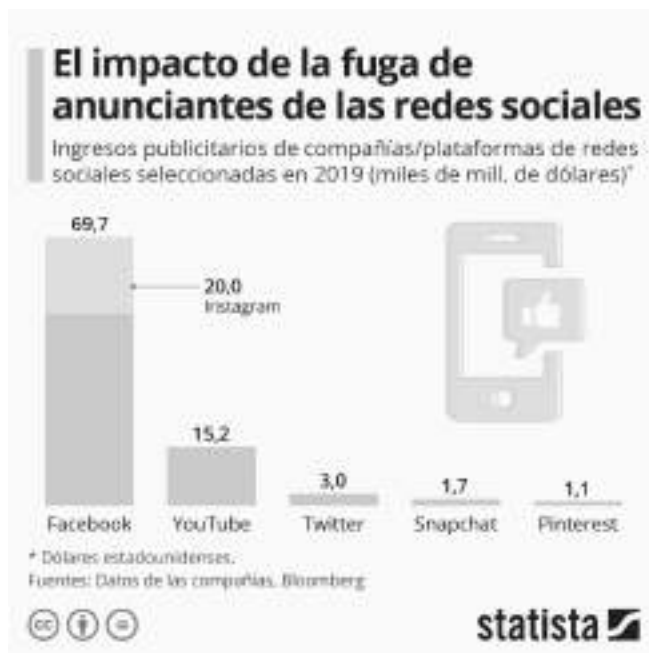
⁶ Bell, Emily J.; Owen, Taylor; Brown, Peter D.; Hauka, Codi; Rashidian, Nushin 2017. "The Platform Press: How Silicon Valley Reengineered Journalism". Columbia Academic Commons. Columbia University Libraries.

publicidad. Y esta situación es más notoria si se considera que los ingresos por la publicidad en los espacios digitales de los mismos medios de comunicación van a un ritmo muy lento. De hecho, PwC menciona en uno de sus últimos reportes que al ritmo que va el renglón de la publicidad digital, para alcanzar el valor del negocio de los medios impresos de 2019, le tomará al menos tres décadas. Es decir, para el año 2050, etapa en la cual la actual generación que dirige ya no estará aquí.

Interdependencia entre los medios y las redes sociales

En todo este escenario, se puede comprender mejor porqué los medios de comunicación llevan en paralelo un reacomodo del modelo de negocios ubicando las plataformas digitales como un renglón importante para la obtención de sus ingresos y su sustentabilidad. Esto va aparejado además en el caso de México a un cambio radical en las políticas de publicidad gubernamental cuyo presupuesto se contrajo a menos del 50% y ello ha derivado en estrategias innovadoras de los medios combinadas con el obligado uso de las opciones ofrecidas por las tecnologías de la información (TICs).

Gráfico I. Proporción de ingresos publicitarios de redes sociales en EUA



Fuente: Bloomberg y Statista

Esa realidad obliga a ver con cierto detenimiento el consumo de las distintas plataformas de internet durante la pandemia Covid19 y no sólo el de las redes sociales.

Conforme un amplio reporte del Global Web Index sobre los hábitos de consumo de medios en esta etapa de crisis sanitaria, 8 de cada 10 personas aceptaron que aumentó su consumo de medios. También una gran mayoría ve como fuente informativa confiable sobre la pandemia a la Organización Mundial de la Salud. Con base en encuestas aplicadas durante abril pasado en Estados Unidos y el Reino Unido, encontró en dicho reporte 4 aspectos destacados:

- El contenido de coronavirus dominó el tiempo en línea de los consumidores en todos los mercados, grupos de ingresos, género y la mayoría de las generaciones, a excepción de la Generación Z que abarca a los jóvenes de entre 16 y 23 años de edad (ver Gráfico II). En cambio, es más probable que la Generación Z estuvo escuchando

música (71%) que buscando actualizaciones sobre coronavirus (67%).

- Los varones (73%) estuvieron más inclinados a buscar noticias sobre el coronavirus que las mujeres (62%), pero sigue siendo la principal actividad para ambos géneros.
- Aparte del contenido de coronavirus, las personas consumieron una amplia variedad de contenido de entretenimiento en línea durante el brote, como escuchar música (58%), ver películas/programas (49%), ver videos divertidos (42%), jugar juegos en dispositivos móviles (40%) y mirando memes o bromas visuales (32%).
- Cabe destacar que la búsqueda de actividades de entretenimiento o contenido humorístico, para ciertos segmentos se convirtió en algo muy necesario para el momento que vivimos; éstos buscaron historias positivas o contenido que justo no estuviera relacionado con el coronavirus.⁷

Es de destacar la notoria diferencia de intereses en función de la generación a la que pertenecen. Mientras para los de edades de 20s, 30s y 40s hay un interés notorio por estar enterado de los sucesos, y claramente, del avance de la pandemia Covid19, para las generaciones más jóvenes es especialmente importante el contenido de entretenimiento: el 54% de la generación Z ve sobretodo memes en línea y el 52% videos divertidos, de acuerdo a las estadísticas registradas por Global Web Index.

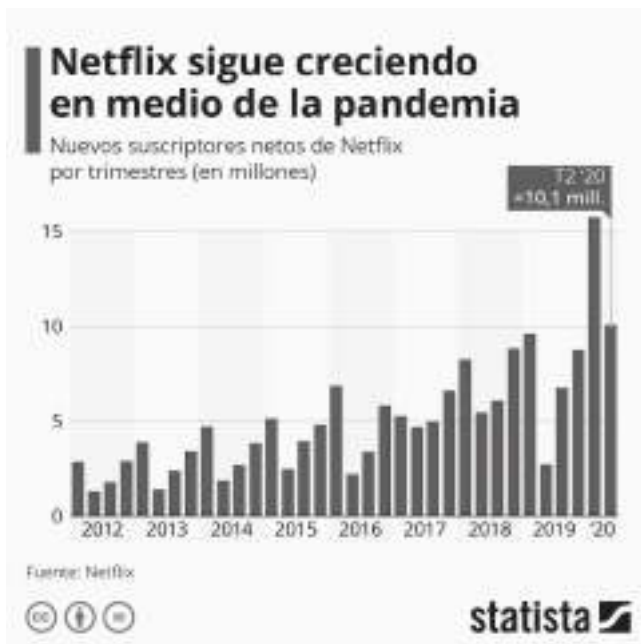
Gráfico II: Segmentos por edades de cada generación

Las edades de las actuales generaciones:		
• Gen Z –	16-23 years-old	
• Gen Y –	24-37 years-old	
• Gen X –	38-56 years-old	
• Baby boomers –	57-64 years-old	

⁷ Global Web Index, GWI. Coronavirus Research | April 2020. Series 4: Media Consumption and Sport.

Un ejemplo de cómo la pandemia volcó a la humanidad hacia las opciones de entretenimiento vía digital es el explosivo crecimiento de la plataforma de películas, series, programas de televisión y documentales más conocida:

Gráfico III. La plataforma Netflix duplicó sus suscriptores en un año



Otro indicador es el creciente uso de internet para llamadas o videollamadas. Si bien en 2019, 6 de cada 10 reportaban que realizaban llamadas o videollamadas a través de Internet desde sus hogares, 27% jugaban y 22% compraban en línea; en estos días ha tenido lugar una intensificación y aumento en la frecuencia en la realización de estas actividades.

El riesgo de la información dañina

El protagonismo de las redes sociales durante la actual pandemia ha crecido no sólo por ser repositorios importantes de información, donde fácil y rápidamente se encuentra lo más reciente de cualquier situación, incluida la de Covid19. También ha contado que son campo para el debate público y al mismo tiempo un terreno sin control donde el peligro de las llamadas noticias falsas o

malintencionadas puede detonar riesgos, sobre todo si hablamos de cuidado de la salud.

Entre los teóricos de la comunicación en los últimos años se ha generado una discusión a nivel académico en torno a lo que realmente son las *fakenews*, término acuñado en Estados Unidos a partir de casos descubiertos de manipulación en la información durante la campaña para la presidencia del actual gobierno encabezado por el mandatario Donald Trump.

En una publicación de la UNESCO sobre educación periodística, se habla que más que *fakenews* hay que tener claridad sobre la desinformación (*disinformation*) y la malinformación (*misinformation*).⁸ Menciona que la propagación de ambas es posible en gran medida gracias a las redes sociales y plantea el posible alcance de una regulación y autorregulación de las empresas que prestan esas plataformas que no han sido reguladas más allá de las leyes (“de toque ligero”) de derechos de autor y por aquel afán de no ir contra la libre expresión.

En 2018, el Relator Especial de la ONU sobre Libertad de Expresión y Opinión centró su informe anual en el tema, instando a las empresas de Internet a prender de autorregulación en los medios de comunicación y a alinearse mejor con los estándares de la ONU en el derecho para impartir, buscar y recibir información.⁹

Hay que decir que el término de *fakenews* se usa en la práctica no siempre de manera adecuada. A veces se usa incluso para referirse a una cobertura noticiosa tendenciosa, retórica partidista o a declaraciones falsas o escandalosas de políticos. En medio de estas discusiones, se ha aceptado la definición de una autora que dividió en 3 aspectos aquellas informaciones controversiales que no necesariamente son noticias falsas.¹⁰

⁸ Cheryl Iretton and Julie Posetti. Journalism, Fakenews and Disinformation. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO. Handbook for Journalism Education and Training.

⁹ Report of the Special Rapporteur on the promotion and protection of the right to freedom of opinion and expression. UN Human Rights Council 6 April 2018. A/HRC/38/35.

¹⁰ Margaret Sullivan. “It’s time to retire the tainted term ‘fake news’.” Washington Post, January 8, 2017.

A saber son:

-Información errónea (en inglés *misinformation*): es cuando se comparte información falsa, pero sin intención de hacer daño.

-Desinformación: es cuando se comparte información falsa a sabiendas de que va a causar daño.

-Mala información (*disinformation* en inglés): es cuando se comparte información genuina para causar daño, a menudo llevando información privada a la esfera pública.

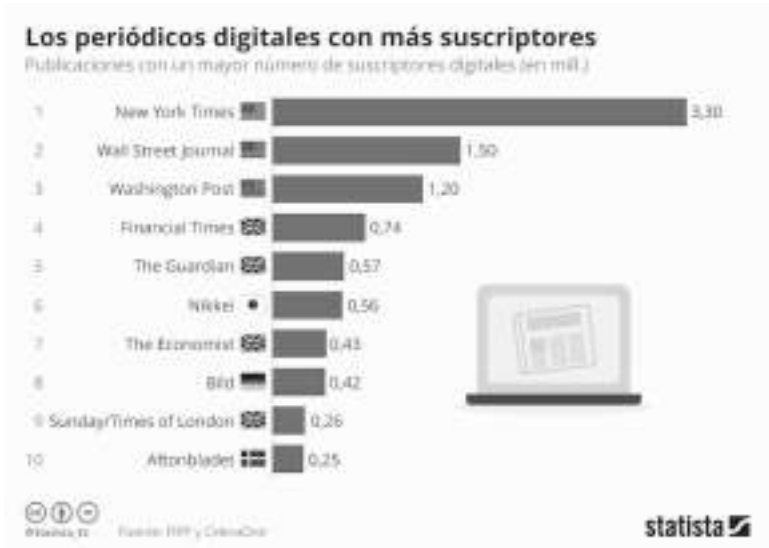
De acuerdo con un reporte de la Universidad de Oxford (*University of Oxford*) y el *Reuters Institute for the Study of Journalism*, desde la perspectiva del público, el problema no se limita a las noticias falsas, sino que también se refiere al mal periodismo, a la propaganda política y formas engañosas de publicidad y patrocinio de contenidos, pero todo se vuelca hacia una mala imagen de los medios y las redes sociales.

“Si queremos hacer progresos para abordar esto, los periodistas, los medios de comunicación y las empresas de tecnología deben enfrentar el hecho de que la gente ve las noticias falsas como un problema y los culpa a todos por ello.

La voluntad de abordar eso debe implicar la construcción o reconstrucción de confianza en instituciones en las que muchos no confían,” señalan en su artículo Rasmus Kleis Nielsen and Lucas Graves, editado conjuntamente por el Instituto Reuters y la Universidad de Oxford.¹¹ En este contexto hay que dimensionar el papel de filtro que han ejercido los medios de comunicación convencionales y con larga trayectoria al seleccionar los contenidos que publican o que replican en sus espacios una vez que son verificados por sus equipos y juntas editoriales. La credibilidad de cada medio de comunicación se proyecta en el despliegue que hacen de sus contenidos en sus espacios dentro de las distintas redes sociales.

¹¹ Rasmus Kleis Nielsen and Lucas Graves. “News you don’t believe: Audience perspectives on fake news”. Reuters Institute for the Study of Journalism with the support of Google and the Digital News Initiative. University of Oxford.

Gráfico IV: Los periódicos digitales con más suscriptores.



Fuente: FIPP y CeleraOne

Y ello aplica tanto para los periódicos más emblemáticos a nivel internacional, como los medios nacionales impresos y digitales que igualmente han ganado reconocimiento entre el público mexicano.

Una referencia son los periódicos digitales de México con mayor cantidad de fans en Facebook, conforme las propias estadísticas reportadas abiertamente en las *fanpages* de cada medio en Facebook. Estos son los 10 con mayor cantidad de seguidores:

Aristegui Noticias: 7.6 millones

El Debate: 4.8 millones

SDP Noticias: 4.7 millones

El Universal: 3.8 millones

La Jornada: 2.9 millones

Publimetro: 2.5 millones

Sin Embargo: 1.6 millones

El Financiero: 1.6 millones

Uno Noticias: 1.5 millones

Récord: 1.3 millones

Los vínculos institucionales del *social media*

Si contar con información incorrecta siempre genera riesgos, hablando de información sobre salud es mucho más grave, pues puede significar poner en riesgo la vida. En el caso de la pandemia esa situación es totalmente real, de modo que la libertad en las redes sociales (*social media* en inglés) se vio acotada para cuidar a sus usuarios.

Las redes sociales fueron tomando una posición, en principio de defensa o protección para sus usuarios ante las noticias alarmantes, y posteriormente de responsabilidad a fin de que las fuentes informativas oficiales –entiéndase aquí la Secretaría de Salud o la OMS para hablar de salud– tuvieran mayor peso ante las noticias generales de cualquier otro emisor, incluidos los medios formales de comunicación.

Ante las noticias no reales o no correctas, y la infodemia mencionada inicialmente en este artículo que empezó a permear en torno al virus epidémico, cada una de las redes sociales fueron haciendo vínculos institucionales con las instancias oficiales a nivel internacional y en cada nación. Así dichas plataformas, fueron dando un lugar preponderante dentro de sus espacios a la información gubernamental y la de los principales organismos multilaterales que han sido rectores en esta pandemia: la OMS y la OPS. Así, hoy en cada plataforma destaca en forma constante la información oficial de cada país y la de dichos organismos mundiales, de modo que a la vista de sus seguidores se pudieron mostrar como aliadas de quienes llevan el manejo de la pandemia en los países.

En el caso de México, tanto Facebook, como Twitter, LinkedIn, Instagram, Pinterest y YouTube tomaron acciones para dirigir a sus usuarios hacia información de fuentes oficiales sobre la pandemia, tales como la Secretaría de Salud, la página de la OMS o de la ONU México.

Un hecho más que revela la alianza de las redes sociales con las autoridades sanitarias es lo sucedido con Facebook, que decidió eliminar uno de los grupos anticubrebocas que

había generado gran fuerza con más de 7,000 miembros y hacía llamados a que los niños en Estados Unidos no usaran cubrebocas en el regreso a clases.¹²

En contraparte, podemos mencionar el aprendizaje de las autoridades en el uso de cada red social. Así por ejemplo, la utilización generalizada de #hashtags para informar del #Covid19, #Covid19Mx agregándole las siglas de cada país en su caso.

¹² “Facebook suspende grupo anticubrebocas por difundir información errónea COVID-19”. Periódico El Universal, Sección Techbit. 27 julio 2020.

Gráfico V. Internet y social media mundial Covid19.



Fuente: www.yiminshum.com

Conclusiones

La pandemia Covid19 impulsó el creciente consumo de las redes sociales, y éstas asumieron su rol buscando frenar los mensajes detonadores de confusión con una vinculación institucional en cada país y asumiendo una posición de equilibrio para ofrecer a sus lectores o usuarios información oficial en torno a la pandemia colocándola en forma abiertamente a la vista de todo el que entre a sus plataformas.

Simultáneamente, las instituciones públicas nacionales y organismos multilaterales de salud han aprendido a utilizar las nuevas herramientas y el lenguaje de estas plataformas tecnológicas para acercarse al ciudadano y hacer más entendibles los mensajes.

Los lenguajes y modalidades de comunicación de los medios sociales entendidos en todo el mundo –tales como *hashtags*, *íconos*, *emoticons* y abreviaturas–, llegaron para quedarse y en el futuro serán referencia de la actual época que le tocó vivir a la humanidad con la primera y quizá más severa pandemia del siglo XXI.

Bibliografía

Brunilda Nazario. Facebook removes antimaskers for misinformation. Artículo publicado en WebMD Health News Brief, MD on July 22, 2020. <https://www.webmd.com/lung/news/20200721/facebook-removes-anti-maskers-for-misinformation>

Catharina de Kat. European Region loses ground in effort to eliminate measles. WHO Regional Office for Europe, Vaccine-preventable Diseases and Immunization programme. Copenhagen 29 August 2019. OMS EpiBrief 2/2019 <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/european-region-loses-ground-in-effort-to-eliminate-measles>

- Cherilyn Ireton and Julie Posetti. Journalism, Fake news and Disinformation. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO. Handbook for Journalism Education and Training. https://en.unesco.org/sites/default/files/journalism_fake_news_disinformation_print_friendly_0.pdf
- Emily J. Bell; Taylor Owen; Peter D. Brown; Codi Hauka; Nushin Rashidian, 2017. "The Platform Press: How Silicon Valley Reengineered Journalism". Columbia Academic Commons. Columbia University Libraries. <https://doi.org/10.7916/D8R216ZZ>
- G. Sued, & M. Rodriguez Kedikian (2020). Noticias falsas en Facebook: narrativas, circulación y verificación. Los casos de Argentina y México. Estudios Sobre El Mensaje Periodístico, 26(3), 1229-1242. <https://doi.org/10.5209/esmp.65136>
- Global Web Index, GWI. Coronavirus Research | April 2020. Series 4: Media Consumption and Sport [https://www.globalwebindex.com/hubfs/1.%20Coronavirus%20Research%20PDFs/GWI%20coronavirus%20findings%20April%202020%20-%20Media%20Consumption%20\(Release%204\).pdf](https://www.globalwebindex.com/hubfs/1.%20Coronavirus%20Research%20PDFs/GWI%20coronavirus%20findings%20April%202020%20-%20Media%20Consumption%20(Release%204).pdf)
- Ifeoma Ozoma. Llevando resultados de vacunas autorizados a la búsqueda de Pinterest. 28 de agosto de 2019. <https://newsroom.pinterest.com/en/post/bringing-authoritative-vaccine-results-to-pinterest-search>
- Iván Renato Zúñiga Carrasco; LJ Caro. Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles. Rev Latin Infect Pediatr. 2018; Num 31 (1), pp.17-21.
- In Kang-Xing, jefe de salud en Facebook Co., Informed About the Coronavirus August 19, 2020. <https://about.fb.com/news/2020/08/coronavirus/>

Margaret Sullivan. "It's time to retire the tainted term 'fake news'." *Washington Post*, January 8, 2017 https://www.washingtonpost.com/lifestyle/style/its-time-to-retire-the-tainted-term-fake-news/2017/01/06/a5a7516c-d375-11e6-945a-76f69a399dd5_story.html?utm_term=.62a44cb931ef

Rasmus Kleis Nielsen and Lucas Graves. "News you don't believe: Audience perspectives on fake news". Reuters Institute for the Study of Journalism with the support of Google and the Digital News Initiative. University of Oxford. https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2017-10/Nielsen%26Graves_factsheet_1710v3_FINAL_download.pdf

Report of the Special Rapporteur on the promotion and protection of the right to freedom of opinion and expression. UN Human Rights Council 6 April 2018. A/HRC/38/35. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/096/72/PDF/G1809672.pdf?OpenElement>

Tedros Adhanom Ghebreyesus. Declaración del Director General de la OMS sobre la función de las redes sociales en la información sanitaria. 28 de agosto de 2019. Declaraciones. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-08-2019-who-director-general-statement-on-the-role-of-social-media-platforms-in-health-information>

of the right to freedom of opinion and expression. UN Human Rights Council 6 April 2018. A/HRC/38/35. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/096/72/PDF/G1809672.pdf?OpenElement>

Tedros Adhanom Ghebreyesus. Declaración del Director General de la OMS sobre la función de las redes sociales en la información sanitaria. 28 de agosto de 2019. Declaraciones. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-08-2019-who-director-general-statement-on-the-role-of-social-media-platforms-in-health-information>

Análisis sobre las consecuencias del cambio de adscripción de COFEPRIS

David J. Sánchez Mejía¹
José Ramón Cossío Barragán²

Resumen: Desde el 23 de marzo el Consejo de Salubridad General formalmente reconoció a la epidemia del virus SARS-CoV2, se han emitido múltiples disposiciones vinculadas a la salud, mismas que pueden ser agrupadas en tres tipos. Un primer grupo que corresponde exclusivamente a las medidas adoptadas como parte de la Acción Extraordinaria en materia de salubridad general; un segundo grupo

¹ Egresado del Departamento de Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Amplia experiencia en la consultoría jurídica de materias como energía, derecho administrativo, combate a la corrupción e implementación de programas de cumplimiento regulatorio. Ha sido catedrático en la Universidad Anáhuac México Sur), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Iberoamericana, en las que ha impartido el curso de teoría del derecho. Es autor y coautor de libros y artículos relacionados con la materia energética y el derecho a la salud.

² Abogado por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y Health Law LL.M. por la Universidad de Loyola en Chicago (LUC). Estudios de Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos por la Universidad Panamericana (UP). Experiencia en el análisis de casos y elaboración de proyectos de sentencia en materias civil, penal y administrativa para la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Particularmente, desarrolló su interés por los casos asociados a la práctica médica y el derecho sanitario. Ha participado en el Comité en Materia Normativa de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) y es miembro externo de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) y la Fundación Academia Aesculap México. Actualmente, es profesor de la materia “Salud y Derecho” en la Facultad de Medicina de la UNAM. Cuenta con diversas publicaciones sobre la explicación de las relaciones entre derecho y medicina.

asociado con funciones cotidianas no vinculadas con la atención a la pandemia, y un tercer grupo con disposiciones transversales a la pandemia. El presente artículo analiza el impacto legal y práctico que tendrá el Acuerdo del 19 de agosto de 2020 en la autonomía de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris).

Palabras Clave: Cofepris, órgano desconcentrado, autonomía, adscripción

Effects of the administrative reallocation of Cofepris

Summary: Since March 23rd, when the General Health Council formally recognized the SARS-CoV2 virus as an epidemic, three types of provisions has been issued. A first group of regulations issued as part of the Extraordinary Action for general health; a second group associated with day-to-day activities not necessarily related to the pandemic and, a third group that includes law amendments and regulations which cover both groups. This article analyzes the effect that the allocation of administrative powers issued by the Health Secretary on August 19th, will have on the independence of the Federal Agency Against Sanitary Risks (Cofepris).

Keywords: Cofepris, agencies, independence, administrative regulation.

Fecha de recepción del artículo: 1-septiembre-2020

Fecha de aceptación: 29-septiembre-2020

I. Introducción

El primero de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes derivado de la notificación que recibió de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, China, de un conjunto de casos de neumonía en la ciudad, mismos que posteriormente se determinó que fueron causados por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2.³ Una semana después se identificó en Tailandia el primer caso de una persona

³ "COVID-19: cronología de la actuación de la OMS" Organización Mundial de la Salud, 27 de abril de 2020, <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

infectada con el virus SARS-CoV-2 fuera de China y días después se reportaban casos en Japón y la República de Corea.⁴ Este brote ocasionó que el Director General de la OMS convocara al Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional el 22 de enero, para que se tratara y le asesorara sobre el brote del nuevo coronavirus a fin de decidir si se debía declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).⁵

En dicha sesión no hubo consenso sobre si se trataba o no de una ESPII, por lo que se decidió que no lo era.⁶ En México, se descartaba que lo fuera porque se consideró que el virus era de bajo impacto.⁷

El 30 de enero de 2020 el virus SARS-CoV-2 tenía presencia en 18 países diferentes. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional reconoció al nuevo coronavirus como una ESPII, por lo que recomendó que todos los países adoptaran las medidas de contención, como la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento, el manejo de los casos, el seguimiento de contactos y la prevención.⁸

⁴ <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand>

⁵ El Reglamento Sanitario Internacional en su artículo 1° define “emergencia de salud pública de importancia internacional” como aquellos eventos extraordinarios que: i) constituyen un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada.

⁶ Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud, 23 de enero de 2020, [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

⁷ <https://www.milenio.com/politica/comunidad/lopez-gatell-mexico-blindado-alerta-oms-coronavirus>

⁸ Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud, 30 de enero de 2020, [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

La declaración de la OMS resultaba suficiente para actualizar el supuesto constitucional de que existía “peligro de invasión de enfermedades exóticas”⁹ y, en consecuencia, que el Consejo de Salubridad General sesionara. Sin embargo, las autoridades no lo consideraron así. Ese día únicamente se informó de una reunión del Comité Nacional para la Seguridad en Salud, cuyas funciones se acotan al ámbito de la vigilancia epidemiológica más no a la toma de decisiones para contener una enfermedad de estas características.¹⁰

Fue hasta el 23 de marzo que el Consejo de Salubridad General formalmente reconoció a la epidemia del virus SARS-CoV2, como una enfermedad grave de atención prioritaria.¹¹ Desde entonces, se han emitido alrededor de un par de decenas de disposiciones vinculadas a la salud, mismas pueden ser agrupadas en tres tipos.

Un primer grupo que corresponde exclusivamente a las medidas adoptadas como parte de la Acción Extraordinaria en materia de salubridad general; un segundo grupo asociado con funciones cotidianas no vinculadas con la atención a la pandemia, y un tercer grupo sobre disposiciones transversales a la pandemia.

En este último grupo podemos encontrar el Decreto que reforma el artículo 4° constitucional¹², la adición al artículo 1° de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASP)¹³ o el Acuerdo de la Secretaría de Salud por el cual adscribió orgánicamente las distintas unidades administrativas y sus órganos

⁹ Artículo 73, fracción XVI, 2ª, constitucional, en relación con el artículo 181 de la Ley General de Salud.

¹⁰ <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es>

¹¹ 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 del 23 de marzo de 2020.

¹² Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 8 de mayo de 2020

¹³ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Diario Oficial de la Federación, 11 de agosto de 2020

desconcentrados (el Acuerdo).¹⁴ La trascendencia de estas disposiciones radica en que estas impactarán en la manera en que se continúan los esfuerzos por atender la pandemia pero también en la organización del Sistema Nacional de Salud, el acceso a los servicios de salud y la compra de insumos para la salud. El presente artículo se focalizará en analizar el impacto legal y práctico que el Acuerdo del 19 de agosto de 2020 tendrá para la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), por su adscripción a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS).

El documento está dividido en tres secciones y un apartado final de conclusiones. En la primera sección se expone de manera breve la composición de la Administración Pública Federal haciendo especial énfasis en la relevancia que tienen los órganos desconcentrados y su autonomía para el funcionamiento de la Administración Pública. En la segunda sección se describe la evolución normativa que ha conducido a la Cofepris, desde su creación hasta antes de la publicación del Acuerdo referido, a convertirla en un órgano con amplia autonomía para el control sanitario en México. La tercera sección expondrá algunos de los argumentos jurídicos y prácticos por los cuales la adscripción de la Cofepris podría ser considerada como una medida ilegal.

II. Naturaleza jurídica de los órganos desconcentrados¹⁵

El Estado mexicano está integrado por los órdenes jurídicos constitucional, federal, estatales, de la Ciudad de México y municipales.¹⁶ Por lo que respecta a la Federación, sus funciones se dividen en Legislativa, Ejecutiva y Judicial, en términos del artículo 49 constitucional.

¹⁴ Acuerdo por el que se adscribe a las distintas unidades administrativas y órganos desconcentrados, Diario Oficial de la Federación, 19 de agosto de 2020

¹⁵ Parte de los comentarios vertidos en el presente apartado fueron retomados de los realizados por José Ramón Cossío Barragán en *Naturaleza jurídica de Petróleos Mexicanos como empresa productiva del Estado*, Tirant lo Blanch, México, 2016.

¹⁶ Sobre esta afirmación cfr. Schmill, Ulises, *El sistema de la Constitución mexicana*, Porrúa, México, 1971.

El Ejercicio del Poder Ejecutivo Federal es unipersonal y se deposita en el Presidente de la República, el que, a través de una organización especial a la que se ha denominado Administración Pública Federal, ejecuta las normas creadas por el Legislativo para proveer por medio de servicios públicos o de actos administrativos a los intereses de la sociedad, conforme al artículo 90 constitucional.¹⁷

La función de Administración Pública puede adoptar dos formas distintas de organización: la centralización y descentralización administrativa. Nuestra Constitución Política señala en su artículo 90 (primer párrafo) que “la Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las Secretarías de Estado y definirá las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación.” Señalado lo anterior, se analizan algunos aspectos doctrinales y legales de la administración centralizada que se consideran relevantes para el estudio del Acuerdo.

Como forma de organización administrativa, la centralización es un régimen en el cual el mando se concentra en el poder central, que es la persona jurídica titular de derechos o facultades, la cual mantiene la unidad agrupando a todos los órganos en un régimen jerárquico.¹⁸ Esta forma de organización se caracteriza por la relación de jerarquía entre los órganos inferiores y superiores de la Administración.

Para mantener la unidad y cohesión, los órganos superiores cuentan con facultades para dictar resoluciones e imponer las correspondientes decisiones. Los órganos inferiores se limitan a realizar los actos materiales necesarios para cumplimentar lo determinado por aquéllos. En esta relación jerárquica, los órganos superiores cuentan con

¹⁷ Al respecto, cfr. entre otros, Fraga, Gabino, *Derecho Administrativo Mexicano*, Porrúa, México; Serra Rojas, Andrés, *Derecho Administrativo*. Porrúa, México, 1959, p. 42

¹⁸ Sobre este concepto, cfr. Kelsen, Hans, *Teoría General del Estado*, trad. Luis Legaz Lacambra, México, Editora Nacional, 1979, pp. 214 y ss. Merkel, Adolf, *Teoría general del derecho administrativo*, s. t., México, Ediciones Coyoacán, 2014, pp. 400 y ss.

un conjunto de poderes que ejercen sobre los inferiores. Estos son:¹⁹

1. Poder de nombramiento, que implica la facultad que tiene la autoridad superior para designar a los titulares de los órganos subordinados.
2. Poder de mando, que consiste en la facultad de las autoridades superiores de dar órdenes e instrucciones a los órganos inferiores, señalando directrices a las que deberán sujetar su actuación.
3. Poder de vigilancia, que se cumple mediante los actos materiales consistentes en exigir rendición de cuentas, practicar auditorías, evaluaciones y todos aquellos actos tendientes a informar a la autoridad superior sobre la actuación del órgano inferior.
4. Poder disciplinario, para sancionar a los titulares o funcionarios de los órganos inferiores por las faltas cometidas en el ejercicio de sus funciones.
5. Poder de revisión, consistente en la facultad del órgano superior para vigilar el cumplimiento de la ley y de los criterios establecidos por éste, para lograr la unidad e integración de la Administración Pública.
6. Poder para dirimir las controversias competenciales que surjan entre autoridades inferiores, subordinadas a la misma autoridad superior.

Con el paso de los años, la administración pública centralizada proveniente de la tradición napoleónica comenzó a presentar diversos problemas. El aumento de la burocracia, de la población, las exigencias desorbitadas de las leyes administrativas, entre otras cosas, obligaron al poder público a desprenderse de ciertas facultades o poderes de los propios órganos centralizados.²⁰ A este desprendimiento de facultades, en favor de órganos ligados al poder central, se le conoce como desconcentración.

¹⁹ Fraga, Gabino, *Derecho Administrativo*, Porrúa, 1998, p. 166.

²⁰ Por ejemplo, Cfr. Van Creveld, Martin, *The Rise and Decline of the State*, Cambridge University Press, 1999, pp. 336 y ss.

La desconcentración administrativa consiste en la transferencia de una competencia exclusiva, o un poder de trámite, de decisión y/o ejercicio por los órganos superiores, a un órgano inferior o agente de la administración central, disminuyendo de esta forma la relación de jerarquía y subordinación.²¹ Estos órganos no se desligan de la relación jerárquica, pero adquieren facultades o poderes exclusivos que, en buena parte, significan una autonomía limitada. Lo anterior se corrobora con lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) que dispone que para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, las Secretarías de Estado podrán contar con órganos administrativos desconcentrados que les estarán jerárquicamente subordinados y tendrán facultades específicas para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine. Así, la legislación mexicana establece la posibilidad de crear órganos, mediante leyes o decretos, que si bien forman parte de la Administración Pública centralizada, se otorgan a estos “autonomías” con respecto al órgano que ejerce el poder central, para la consecución de un objetivo específico.

El significado del término “autonomía” utilizado en el derecho público sirve para designar la potestad que dentro del Estado pueden gozar municipios, provincias, regiones u otras entidades de él, para regir intereses peculiares de su vida interior, mediante normas y órganos de gobierno propios.²² Siguiendo esta lógica, entendemos que la autonomía técnica está relacionada con la forma en la que el ente público en cuestión ejerce sus atribuciones, esto es, con sus métodos y procedimientos y la naturaleza y profundidades de las decisiones. Implica: poder decidir sin interferencias sobre el proceso de planeación, las fuentes de información que se utilizan y la forma de analizarlas e interpretarlas.²³

²¹ Op Cit. Serra Rojas. Pp.

²² Valencia Carmona, Salvador, *El Derecho Mexicano y la Autonomía*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 2. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1091/3.pdf>

²³ Mijangos Borja, María de la Luz, *Autonomía Constitucional y Diseño Legal de la Auditoría Superior de la Federación*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, p. 218. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2739/14.pdf>

Por lo que se refiere a la autonomía operativa, ésta permite al organismo: i) decidir libremente sobre las reglas de organización y funcionamiento internas; ii) elaborar libremente sus reglas de operación; iii) definir su estructura orgánica y ocupacional y, iv) designar a los funcionarios a su cargo.²⁴ Así, algunas características de la organización desconcentrada son las siguientes:²⁵ Sus órganos permanecen dentro de la administración centralizada.

1. La relación jerárquica no se elimina, pero se relaja, pues el poder central mantiene poderes de nombramiento, mando, decisión, vigilancia y competencia.
2. Los órganos desconcentrados no gozan de autonomía presupuestal ni orgánica.
3. Cuentan con autonomía técnica para el desarrollo de sus funciones.
4. El poder central tiene la atribución de fijar la política, desarrollo y orientación de éstos, a fin de mantener la unidad de la Administración Pública, sin interferir en la competencia exclusiva del órgano desconcentrado.

III. Evolución normativa de la Cofepris

Antes del 2001, la Secretaría de Salud ejercía las distintas actividades de control sanitario a través de unidades administrativas centrales. Esta situación ocasionaba que los mecanismos administrativos, las políticas y las estrategias para su operación no fueran homogéneos y los estándares fueran diferentes dependiendo la unidad que se encargara de ellos.

La Cofepris fue creada por Decreto presidencial para

²⁴ Baltazar Macías, Atzimba y Guerrero Amparán, Juan Pablo, *El Instituto Federal de Acceso a la Información Pública: La Construcción Institucional*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 40 y 46.

Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1407/4.pdf>

²⁵ Sobre el concepto tradicional ver Nava Negrete, Alfonso, *Derecho Administrativo Mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995, p. 159. Sobre una concepción más moderna del tema cfr. Roldán Xopa, José, *Derecho Administrativo*, Oxford University Press, México, 2008, pp. 230 y 231.

atender esta problemática.²⁶ Una de las finalidades fue generar condiciones de integración del ejercicio de las funciones de control sanitario en un sólo órgano con la autonomía técnica, administrativa y operativa que permitiera la unidad y homogeneidad de las políticas en la materia, así como una toma de decisiones con mayor rapidez, eficiencia y flexibilidad. Su creación partió de la necesidad de proteger a la sociedad frente a potenciales riesgos a la salud ocasionados por el uso y consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas y otros productos y sustancias.

Lo anterior como parte de las medidas que el Estado debe adoptar de manera progresiva para proteger y garantizar el derecho a la salud de las personas. Estos elementos se ven reflejados en el Decreto de creación de la Cofepris, pues fue creada como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, cuyo objeto sería ejercer las atribuciones establecidas en la Ley General de Salud y demás ordenamientos aplicables para la Secretaría.

En su diseño original²⁷, la Comisión contaba con un Titular, dos Consejos, un Comité y siete unidades administrativas²⁸. Los Consejos eran órganos colegiados con funciones específicas. Al Consejo Interno le correspondían políticas y orientaciones sobre el funcionamiento de la Comisión²⁹, y al Consejo Consultivo Mixto –que incluía agrupaciones, asociaciones, cámaras o empresas del sector privado, social, y productivo– le correspondía dar consultas y opiniones a

²⁶ Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001.

²⁷ Artículo 3, Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001

²⁸ Unidades administrativas: a) Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud; b) Dirección General de Control Sanitario de Productos y Servicios; c) Dirección General de Salud Ambiental; d) Laboratorio Nacional de Salud Pública; e) Dirección de Control Sanitario de la Publicidad; f) Dirección Jurídica y de Política Normativa, y g) Dirección de Apoyo Administrativo y Sistemas.

²⁹ Artículo 4, Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001

la Comisión.³⁰ Por su parte, el Comité de Directores era un órgano de coordinación interna integrado por los titulares de las unidades administrativas.³¹

Las facultades del Comisionado tenían tres principales fuentes: i) aquellas que se encontraban en la Ley General de Salud que le correspondían a la Secretaría de Salud en materia de control sanitario, pero le fueron delegadas a la Cofepris con el decreto de creación; ii) las expresamente conferidas por el Presidente de la República en el artículo 7 del Decreto de creación; y iii) las conferidas por el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud³².

Al poco tiempo de su creación, como resultado de su buen funcionamiento, el Congreso de la Unión decidió incorporar a la Cofepris a la parte orgánica de la Ley General de Salud. La iniciativa presentada ante la Cámara de Diputados expresó la conveniencia de darle mayores atribuciones que le permitieran mejorar las actividades, instrumentos y servicios de control sanitario, así como establecer una organización e infraestructura científica y de apoyo técnico efectiva³³.

La Comisión de Salud de la cámara de origen advirtió que el Decreto de creación de la Cofepris no contempló facultades en algunas materias como la de servicios de salud, disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células, y hemoderivados. Mismas que se estimó deberían formar parte de sus atribuciones por ser la única autoridad sanitaria encargada de homogeneizar la operación de las políticas, estrategias y mecanismos administrativos para el ejercicio de las funciones de control sanitario.

³⁰ Artículo 6, Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001

³¹ Artículo 5, Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001

³² Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001.

³³ Exposición de Motivos, <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO-2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO0YqogvpewCm19/Tf4EJEwjRmaYMK-b6Z7/DHVprz/XgA==>, fecha de consulta 25 de agosto de 2020.

Así, el Dictamen planteó darle a la Cofepris un ámbito de mayor transparencia y certidumbre con sustento en la mejor evidencia técnica y científica disponibles, ampliando sus atribuciones y ámbito de competencia para que contara con las herramientas jurídicas suficientes para desempeñarse eficazmente.

La Comisión dictaminadora resaltó algunas ventajas señaladas de la inclusión de la Cofepris en la Ley General de Salud.

Entre ellas: i) que la autonomía le permitiría una acción administrativa más rápida y eficaz sustentada en elementos técnicos y científicos; ii) garantizaría la posibilidad de una defensa jurídica a los particulares, en caso que se estimara necesario; y iii) facilitaría la coordinación entre los tres órdenes de gobierno.

Un elemento a destacar del Dictamen es que la Cámara de Diputados fue enfática en la necesidad de separar al órgano encargado de prestar algunos de los servicios de salud, de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y hemoderivados de aquel que se encarga de vigilar el debido cumplimiento de las normas correspondientes. De modo que la Cofepris tendría que vigilar a la propia Secretaría de Salud, en tanto prestadora de servicios de salud.³⁴

El Pleno de la Cámara de Diputados consideró que los establecimientos de salud, las empresas y la población se beneficiarían con esta reforma que permitiría a las autoridades actuar dando mayor certidumbre y sobre todo mayor transparencia. De tal forma la iniciativa fue aprobada por 399 votos a favor, cero en contra y una abstención.³⁵

³⁴ Dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativo-Completo.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO-0YqogvpewCm19/Tf4EJEw3ZOH8r8QlNFfRQ5di3S8/g==>, fecha de consulta 25 de agosto de 2020.

³⁵ Discusión en el Pleno de la Cámara de Diputados, <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativo-Completo.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO-0YqogvpewCm19/Tf4EJEwW8RC/IHMuzTAsNWM89KrA==>, fecha de consulta 25 de agosto de 2020.

Por su parte, el Senado de la República por conducto de las comisiones dictaminadoras estimó que la adición evitaría confusiones o traslapes de funciones.³⁶ Finalmente, el Pleno del Senado aprobó la inclusión de la Cofepris a la parte orgánica de la Ley General de Salud, por con 89 votos a favor y cero en contra.³⁷ En 2004, se publicó un nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el cual se señaló que el titular de la secretaría se auxiliará de distintos servidores públicos, unidades administrativas y órganos desconcentrados, entre estos últimos, se incluyó a la Cofepris³⁸

En consecuencia, el Secretario de Salud publicó un Acuerdo en el cual adscribió las diversas unidades administrativas a los distintos funcionarios públicos previstos en el Reglamento Interior.³⁹ En el acuerdo no se hace mención alguna a la Cofepris por tratarse de un órgano desconcentrado cuya dependencia directa es respecto al Secretario.

El Reglamento de la Cofepris fue publicado ese mismo año.⁴⁰ En este ordenamiento se establece su organización y funcionamiento, haciendo especial énfasis en que se trata de un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa.⁴¹

³⁶ Dictamen de las Comisiones de Salud y Seguridad Social, de Trabajo y Previsión social y de Estudios legislativos de la Cámara de Senadores. <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativo-Completo.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO-0YqogvpewCm19/Tf4EJEwQpalapBP4SXZbvxtN063BA==>, fecha de consulta 25 de agosto de 2020

³⁷ Artículo 17 bis, Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 30 de junio de 2003.

³⁸ Artículo 2, apartado C, fracción X, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 19 de enero de 2004.

³⁹ Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 3 de febrero de 2004.

⁴⁰ Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004.

⁴¹ Artículo 1, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004.

El Reglamento abrogó el Decreto de creación de la Cofepris, dejando como fuentes principales de sus atribuciones a la Ley General de Salud y al Reglamento de la Cofepris.⁴² Así, su estructura administrativa se amplió respecto a la originalmente prevista, pues ahora cuenta con cuatro Consejos, cinco Comisiones, dos Coordinaciones Generales y una Secretaría General.⁴³

En cuanto a la titularidad de la Cofepris, la Ley General de Salud es clara en señalar que el Comisionado será designado por el presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud, siendo este último el encargado de su supervisión.⁴⁴

Por su parte, el Reglamento de la Cofepris establece que su titular deberá contar con título profesional y experiencia de por lo menos cinco años en los ámbitos de competencia de la Comisión y no haber sido sancionado penal o administrativamente.⁴⁵

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud fue modificado en 2006.⁴⁶

La integración de la secretaría sufrió algunos cambios; sin embargo, ninguno de estos recayó sobre la Cofepris debido a su naturaleza jurídica. En este reglamento se adicionaron algunas atribuciones al Centro Nacional de Trasplantes y al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea para que coordinaran ciertas actividades con la Cofepris.⁴⁷

⁴² Segundo Transitorio, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004.

⁴³ Artículo 3, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004.

⁴⁴ Artículo 17 bis-2, Ley General de Salud

⁴⁵ Artículo 5, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004

⁴⁶ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre de 2006.

⁴⁷ Artículos 42, fracción XVI, 44, fracciones VII, IX y X, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre de 2006. Estas atribuciones fueron reformadas en 2010, cuando además se les confirieron algunos deberes de dar aviso y consulta a la Cofepris. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 2 de febrero de 2010

La estructura orgánica de la secretaría fue modificada nuevamente, en 2010.⁴⁸ A estas modificaciones correspondió un Acuerdo de adscripción.⁴⁹

En el Acuerdo los órganos desconcentrados con mayor grado de autonomía permanecieron adscritos directamente al Secretario de Salud, mientras aquellos que sólo gozan de cierta autonomía técnica se adscribieron a alguna Subsecretaría.⁵⁰

La adscripción de algunos de estos órganos pudiera considerarse poco conveniente dada la naturaleza de los órganos desconcentrados, aunque habría que analizarse las circunstancias en que podrían o no ser adscritos.

En el caso concreto de la Cofepris, la posibilidad de que el Secretario de Salud la adscribiera a otro órgano debiera descartarse por el nivel de autonomía que debe preservar, pero también porque contravendría la facultad reglamentaria del Ejecutivo federal e invadiría la esfera competencial del Congreso de la Unión.

En 2011, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud cambió nuevamente la estructura orgánica, pero se respetó la naturaleza de los órganos.⁵¹

Finalmente, dicho ordenamiento fue modificado por última ocasión en 2018. Sin embargo, los cambios ahí previstos no impactaron ni la naturaleza ni las facultades de la Cofepris. En suma, la Cofepris evolucionó de un órgano desconcentrado creado por un Decreto presidencial a uno de igual naturaleza previsto por la Ley General de Salud, al que se le concedió autonomía administrativa, técnica y operativa. Su presupuesto es de naturaleza mixta ya que, por un lado, se encuentra constituido por las asignaciones

⁴⁸ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 2 de febrero de 2010.

⁴⁹ Acuerdo de mediante el cual se adscribieron orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 2010.

⁵⁰ Artículo Único, fracción I, Acuerdo de mediante el cual se adscribieron orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 2010.

El acuerdo fue modificado el 12 de enero de 2015. Los cambios ahí publicados no interfirieron con la naturaleza de los órganos desconcentrados.

⁵¹ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2011

establecidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación y, por otro, de los recursos financieros que le sean asignados. Además, su titular es designado exclusivamente por el Ejecutivo y su supervisión estará a cargo del Secretario de Salud, por lo que no podría existir intermediación entre la persona titular de Cofepris y el Secretario de Salud. Si bien el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud consistentemente refiere a la Cofepris, el órgano cuenta con su propio reglamento en el que se determina su estructura orgánica y funciones.

Los Acuerdos de adscripción sólo podrían vincular las unidades administrativas a los funcionarios públicos previstos en el Reglamento Interior de la Secretaría, más no así a los órganos desconcentrados con alto nivel de autonomía, cuya dependencia es exclusivamente respecto al Secretario de Salud tal como lo establece la Ley General de Salud.

IV. Análisis del Acuerdo publicado el 19 de agosto de 2020

a) Legalidad del acuerdo.

La Secretaría de Salud señala como fundamento legal del Acuerdo el artículo 16 de la LOAPF, el cual establece en su párrafo segundo lo siguiente:

“... Los propios titulares de las Secretarías de Estado también podrán adscribir orgánicamente las unidades administrativas establecidas en el reglamento interior respectivo, a las Subsecretarías y a las otras unidades de nivel administrativo equivalente que se precisen en el reglamento interior. Los acuerdos por los cuales se deleguen facultades o se adscriban unidades administrativas se publicarán en el Diario Oficial de la Federación.”

Derivado de lo anterior, las primeras interrogantes que deben plantearse son: si los órganos desconcentrados pueden ser considerados unidades administrativas, y si Cofepris es una unidad administrativa prevista en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Sobre el primer punto, es importante mencionar que no

existe a nivel normativo una definición del concepto de unidad administrativa. Sin embargo, del contenido de la LOAPF, se observa que éstas deben determinarse en el Reglamento Interior de cada dependencia, en el cual se establecerán sus atribuciones, así como la forma en que los titulares podrán ser suplidos en sus ausencias.

A nivel doctrinal, las unidades administrativas se consideran como estructuras burocráticas existentes dentro de un órgano determinado, las cuales tienen funciones específicas y se encuentran completamente subordinadas a su área de adscripción. De esta manera, se considera que los órganos desconcentrados, si bien subordinados jerárquicamente de la dependencia dentro de la cual se encuentran sectorizados, no deben ser considerados unidades administrativas, pues como se mencionó anteriormente, dicha subordinación no es total, toda vez que se otorgan al órgano ciertas autonomías frente al poder central.

En relación con la segunda interrogante se observa que dentro del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISSA) se señala que el Secretario de Salud se auxiliará, entre otros, de Cofepris⁵².

No obstante, el RISSA no determina sus atribuciones ni las reglas de suplencia, requisito establecido en la LOAPF para las unidades administrativas establecidas en reglamentos interiores. Lo anterior toda vez que –como se expuso– la Cofepris cuenta con su propio reglamento desde 2004, dentro del cual se establecen sus atribuciones, sus órganos y unidades administrativas y sus reglas de suplencia. Esto implica que, como órgano desconcentrado, con autonomía administrativa, técnica y operativa, la Cofepris no se ubica dentro de la categoría normativa de unidad administrativa establecida en el Reglamento Interior, razón por la cual, el Secretario de Salud carece de facultades para adscribir dicho órgano a la SPPS. Aunado a lo anterior, el RISSA establece en su artículo 7° las facultades no delegables del Secretario de Salud, entre las cuales se encuentra “definir, conducir y controlar el proceso de descentralización de los servicios de salud y el de desconcentración de las funciones de la Secretaría y la modernización administrativa”.

⁵² Artículo 2, inciso C., fracción X.

La adscripción que establece el Acuerdo, tiene como consecuencia la delegación de la facultad de definir, conducir y controlar la desconcentración de una función de la Secretaría expresamente señalada en la Ley General de Salud, como lo es la de prevención y control de riesgos sanitarios, en la SPPS, lo cual contradice lo establecido en el RISSA.

Por último, es importante señalar que la autonomía administrativa, técnica y operativa de Cofepris es un mandato establecido en la Ley. Tal como ha señalado la Suprema Corte de Justicia de la Nación en diversas tesis, las facultades del Congreso de la Unión con respecto a la Administración Pública Federal no se limitan a la expedición de la ley orgánica, tal como se señala en el artículo 90. Por el contrario, el poder legislativo cuenta con facultades para establecer mandatos dirigidos al Ejecutivo Federal, para la creación de estructuras orgánicas con las características que en ley determine. En este sentido, la reforma a la Ley General de Salud de 2003 debe interpretarse como un mandato para que el Ejecutivo Federal establezca dentro de la administración centralizada, un organismo denominado Cofepris, encargado de las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios, que además cuente con autonomía administrativa, técnica y operativa y su presupuesto se integre conforme a lo establecido en el artículo 17 bis 1.

Como mencionamos anteriormente, el nivel de la autonomía de Cofepris tiene implicaciones normativas y no deben entenderse como formulas vacías. Su autonomía técnica implica que este órgano tiene capacidad para decidir sin interferencias sobre su proceso de planeación, las fuentes de información que se utilizan y la forma de analizarlas e interpretarlas. Asimismo, su autonomía operativa significa que dicho órgano, mediante su titular, puede decidir sobre su estructura, reglas de operación y funcionamiento interno. Así, si la adscripción de Cofepris a la SPPS tiene como consecuencia una afectación a estas autonomías, el Acuerdo violaría el principio de supremacía de ley al realizar *de facto* conductas que tendrían como consecuencia modificar la naturaleza jurídica del órgano, tal como fue previsto por el legislador.

b) Idoneidad del acuerdo

En un comunicado oficial, la Secretaría de Salud señaló que el Acuerdo analizado se alinea con el cuarto objetivo del Plan Sectorial de Salud⁵³, por lo que la adscripción de la Cofepris tenía por objeto: i) la reestructuración y la optimización de sus procesos, encaminados al combate de la corrupción y a fortalecer la transparencia en su desempeño, y ii) replantear las prioridades de Cofepris para el fortalecer la regulación, el control y el fomento sanitarios.⁵⁴

El Acuerdo no sólo resulta ilegal como se ha expuesto, sino que contrario a lo expresado por la Secretaría de Salud, adscribir la Cofepris a la SPPS no resulta una medida adecuada para lograr los objetivos planteados, por tres principales razones.

En primer lugar, porque la reestructuración y optimización de los procesos encaminados al combate a la corrupción no depende de que la Cofepris esté o no subordinada a la SPPS. La SPPS no cuenta con facultades para la prevención, investigación o sustanciación que le permitan combatir la corrupción⁵⁵. Los principales responsables dentro de las dependencias de la Administración Pública Federal para determinar las faltas administrativas, incluyendo los actos de corrupción de los servidores públicos son los Órganos Internos de Control (OIC), mismos que dependen de la Secretaría de la Función Pública, de tal modo que si el objeto de la medida era combatir la corrupción, lo deseable sería que se analizaran las facultades con las que cuentan los OIC de la Cofepris como de la Secretaría de Salud, para garantizar una óptima coordinación que efectivamente lleve a la reestructuración de los procesos encaminados al combate a la corrupción.

En segundo lugar, la medida tampoco resulta idónea para el fortalecer la regulación, el control y el fomento sanitarios. Incluso, la medida puede entorpecer la consecución de

⁵³ Objetivos Prioritarios, Plan Sectorial de Salud, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020

⁵⁴ Comunicado de Prensa 153/2020, Secretaría de Salud, 18 de agosto de 2020

⁵⁵ Las facultades de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud se encuentran desarrolladas en el artículo 10 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

dicho objetivo. En primer lugar, porque se podría generar confusión y un traslape de facultades normativas entre la SPPS y la Cofepris. En segundo lugar y derivado de lo anterior, un menoscabo en la autonomía de la Cofepris por la intervención de órganos ajenos a su área de experiencia.

Un ejemplo de ello es la emisión de Normas Oficiales Mexicanas (NOM). La SPPS cuenta con atribuciones para emitir y coordinar la expedición de NOM en las materias de su competencia, con la participación de la Oficina del Abogado General (OAG).⁵⁶ La Cofepris también puede elaborar y emitir NOM.⁵⁷ Al encontrarse subordinada de facto a la SPPS, la Cofepris tendría que reportar su actuación a su titular y permitir la participación de la OAG, situación que retrasaría los trabajos y comprometería la autonomía técnica de la comisión. Lo anterior sólo es un ejemplo de cómo podrían traslaparse las facultades de ambos órganos, generando confusión que impediría un adecuado fortalecimiento de la regulación, el control y el fomento sanitarios.

En tercer lugar, la medida tampoco resulta adecuada para garantizar transparencia en los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la Cofepris. Al respecto conviene recordar que algunas de las razones por las cuales el Congreso de la Unión decidió darle la naturaleza jurídica de órgano desconcentrado con autonomía técnica, administrativa y de operación precisamente fue la necesidad de separar a la Cofepris del órgano encargado de realizar algunas de las actividades que ésta regularía para garantizar la imparcialidad y la transparencia. Asimismo, el Congreso consideró adecuado que la Cofepris fuera la única autoridad sanitaria encargada de homogeneizar la operación de las políticas, estrategias y mecanismos administrativos para el ejercicio de las funciones de control sanitario.

La adscripción de la Cofepris a la SPPS lejos de garantizar la transparencia de los procedimientos que se sigan dentro la misma y el ejercicio de sus facultades de vigilancia, dificultará el acceso de los sujetos regulados a los mecanismos de participación existentes y, por otro, limitará

⁵⁶ Artículo 10, fracción VII, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

⁵⁷ Artículo 3, fracción II, Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

la potestad de vigilar a los prestadores de servicios públicos que dependan de la Secretaría de Salud, porque un órgano de menor jerarquía fáctica sería el encargado de supervisar a otros como el Instituto de Salud para el Bienestar.

Consecuentemente, contrario a lo que se estableció en el Acuerdo y a los objetivos planteados por la propia Secretaría, la adscripción de la Cofepris a la SPPS no constituye una medida idónea para alcanzar las metas trazadas.

Los problemas de legalidad como de idoneidad del Acuerdo hasta ahora apuntados cobran mayor relevancia en el contexto de la epidemia del virus SARS-CoV2. Un ejemplo de ello puede observarse en lo referente a las vacunas para prevenir la Covid-19.

Si bien como parte de la acción extraordinaria en materia de salubridad general la Secretaría de Salud puede importar y autorizar la importación bienes que resulten necesarios para atender la pandemia⁵⁸, y para ello no habrían de agotarse los trámites ante Cofepris⁵⁹, las disposiciones emitidas durante la pandemia no eliminan ni suspenden los requisitos administrativos para el registro y aprobación de medicamentos o vacunas.

El 10 de septiembre de 2020 se informó que el titular de la SPPS encabezó una reunión con funcionarios de gobierno de uno de los países que se encuentran desarrollando una de estas vacunas. El objetivo de las reuniones, según lo informado, fue conversar para garantizar la adquisición de millones de dosis de dicha vacuna. En ese sentido, el hecho de que la Cofepris se encuentre adscrita a la SPPS, aun cuando se diga que conserva sus facultades

⁵⁸ Artículo Segundo, fracción III, Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), Diario Oficial de la Federación, 27 de marzo de 2020.

⁵⁹ Artículo Quinto, Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios a que se refieren las fracciones II y III del artículo Segundo del Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), publicado el 27 de marzo de 2020, Diario Oficial de la Federación, 3 de abril de 2020.

de órgano desconcentrado, podría suponer un riesgo, pues los procedimientos de registro y aprobación de esa u otra vacuna podrían verse sujetos a decisiones de carácter político del titular de la SPPS y no de índole técnica. De ahí el peligro que la Cofepris haya perdido de facto su autonomía, ya que en el contexto de las medidas para atender la pandemia, se requiere de que el órgano encargado de proteger a la población contra los riesgos sanitarios preserve su carácter técnico y científico.

II. Conclusiones

La Cofepris es un órgano desconcentrado con un nivel de autonomía –administrativa, técnica y operativa– amplio, la cual le fue conferida por el Congreso de la Unión para ejercer el control sanitario en el país y así garantizar el derecho a la salud de la población.

En el contexto actual en el que la búsqueda de tratamientos, vacunas y medicamentos efectivos para atender a los pacientes con Covid-19 es una prioridad mundial, resulta indispensable preservar la autonomía técnica de la Cofepris, para que la evaluación de aquellos insumos que puedan ingresar al país se ajuste a criterios estrictamente científicos y no quede comprometida a las agendas políticas o administrativas que se pudieran impulsar desde la SPPS. Como se expuso, el Secretario de Salud delegó indebidamente sus facultades para definir, conducir y controlar el proceso de desconcentración de las funciones de la Secretaría, las cuales son indelegables, según su Reglamento Interior. Además, el Acuerdo viola el principio de supremacía de la ley al realizar *de facto* conductas que tienen como consecuencia disminuir el nivel de autonomía del órgano y una modificación a la naturaleza jurídica de la Cofepris.

Sería deseable que se exploren otros mecanismos para el combate a la corrupción, pues la adscripción de la Cofepris a la SPPS no es la forma adecuada para ello. Se requeriría analizar los alcances que tienen otros órganos debidamente facultados. Tampoco resulta apta para fortalecer la regulación, el control y el fomento sanitarios porque traslapará funciones y se entorpecerán los procesos de creación.

Bibliografía

- Baltazar Macías, Atzimba y Guerrero Amparán, Juan Pablo, “El Instituto Federal de Acceso a la Información Pública: La Construcción Institucional”, en: Hugo A. Concha, Sergio López Ayllón y Lucy Tacher Epelstein. *Transparentar al Estado: la experiencia mexicana de acceso a la información*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- Cossío Barragán, José Ramón, *Naturaleza jurídica de Petróleos Mexicanos como empresa productiva del Estado*, Tirant lo Blanch, México, 2016. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1407/4.pdf>
- Fraga, Gabino, *Derecho administrativo Mexicano*, Porrúa, México, 1998.
- Kelsen, Hans, *Teoría General del Estado*, trad. Luis Legaz Lacambra, México, Editora Nacional, 1979.
- Merkel, Adolf, *Teoría general del derecho administrativo*, s. t., México, Ediciones Coyoacán, 2014.
- Mijangos Borja, María de la Luz, *Autonomía Constitucional y Diseño Legal de la Auditoría Superior de la Federación*, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Nava Negrete, Alfonso, *Derecho Administrativo Mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- Roldán Xopa, José, *Derecho Administrativo*, Oxford University Press, México, 2008.
- Schmill, Ulises, *El sistema de la Constitución mexicana*, Porrúa, México, 1971.
- Serra Rojas, Andrés, *Derecho Administrativo*. Porrúa, México 1959.
- Valencia Carmona, Salvador, *El Derecho Mexicano y la Autonomía*, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1091/3.pdf>

Van Creveld, Martin, *The Rise and Decline of the State*, Cambridge University Press, 1999.

Normativa

Acuerdo de mediante el cual se adscribieron orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 11 de marzo de 2010.

Acuerdo de mediante el cual se adscribieron orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, Diario Oficial de la Federación, 12 de enero de 2015.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades administrativas de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 3 de febrero de 2004.

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, 23 de marzo de 2020.

Acuerdo por el que se adscribe a las distintas unidades administrativas y órganos desconcentrados, Diario Oficial de la Federación, 19 de agosto de 2020.

Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios a que se refieren las fracciones II y III del artículo Segundo del Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), publicado el 27 de marzo de 2020, Diario Oficial de la Federación, 3 de abril de 2020.

Decreto por el que se adiciona un párrafo quinto al artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Diario Oficial de la Federación, 11 de agosto de 2020.

Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001.

Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), Diario Oficial de la Federación, 27 de marzo de 2020.

Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 8 de mayo de 2020.

Iniciativa de proyecto de Decreto por el que se adiciona la Ley General de Salud, Exposición de motivos, 30 de junio de 2003.

<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO0YqogvpewCm19/Tf4EJEwjRmaYMkb6Z7/DHVprz/XgA==>

Iniciativa de proyecto de Decreto por el que se adiciona la Ley General de Salud, Dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, 19 de marzo de 2003.

<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO0YqogvpewCm19/Tf4EJEw3ZOH8r8QlNFfRQ5di3S8/g==>

Iniciativa de proyecto de Decreto por el que se adiciona la Ley General de Salud, Discusión en el Pleno de la Cámara de Diputados, 8 de abril de 2003. <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO0YqogvpewCm19/Tf4EJEwwW8RC/IHMuzTAsNWM89KrA==>

Iniciativa de proyecto de Decreto por el que se adiciona la Ley General de Salud, Dictamen de las Comisiones de Salud y Seguridad Social, de Trabajo y Previsión social y de Estudios legislativos de la Cámara de Senadores, 30 de junio de 2003. <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=yfVZCh0lzyksx2HBZO2TH70XkPhVZpYWaGAb7IlxuiO0YqogvpewCm19/Tf4EJEwQpaIapBP4SXZbvxtN063BA==>

Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, 30 de junio de 2003.

Plan Sectorial de Salud, Diario Oficial de la Federación, 17 de agosto de 2020

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 2004.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 19 de enero de 2004.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre de 2006.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 2 de febrero de 2010

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2011

Reglamento Sanitario Internacional (2005), Organización Mundial de la Salud, 3ª edición, 2016.

Otros

“México está blindado ante coronavirus: López-Gatell”, Milenio Diario, 27 de enero de 2020, <https://www.milenio.com/politica/comunidad/lopez-gatell-mexico-blindado-alerta-oms-coronavirus>

Comunicado de Prensa 153/2020, Secretaría de Salud, 18 de agosto de 2020.

Comunicado de prensa, “Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud”, Secretaría de Salud, 30 de enero de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es>

Organización Mundial de la Salud, “COVID-19: cronología de la actuación de la OMS”, 27 de abril de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organización Mundial de la Salud, “Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud”, 23 de enero de 2020, [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud, “Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario “Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud”, 30 de enero de 2020, [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Retos en Salud Pública: Enfermedad X- COVID-19 en México

Ruth Purísima González Sánchez¹

Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud
si éstas son accesibles al pueblo
(Ramón Carrillo)

Resumen: La pandemia de COVID-19 indudablemente ha transformado el mundo y la vida de los seres humanos, sin embargo, esta pandemia es un reto más, que formará parte de los hitos en la historia de la humanidad, y que al igual que el descubrimiento del fuego, de la rueda, del genoma humano, toda vez que el ser humano logre descifrar su naturaleza, podrá generar información para crear conocimiento y así adaptar su entorno y sobrevivir. Este artículo analiza retos a los que México se ha enfrentado por la enfermedad emergente COVID-19 por el SARS-CoV-2, ya que, derivado de su abordaje el gobierno asegura la salud de su población, la salud económica, la confiabilidad en sus instituciones y su aparato administrativo. Asimismo, estas acciones minimizarán o exacerbarán su impacto,

¹ Médica Cirujana y Partera por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, avalada por el Consejo Nacional de Salud Pública A. C.; Maestra en Administración Pública, por el Instituto Nacional de Administración Pública, en proceso de titulación. Especialista en Epidemiología por la Dirección General de Epidemiología-Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomado Gerencia y liderazgo en Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública 2018. Actualmente Médico Supervisor en Área Normativa, enlace Técnico de la Dirección General de Epidemiología y Asesor Técnico del Consejo Nacional de Salud Pública A. C. Ha publicado colaboraciones de su especialidad en libros y revistas.

por lo cual la salud en todas las políticas, al igual que la comunicación de riesgos, serán fundamentales en la toma de decisiones.

Palabras clave: COVID-19, emergentes, políticas de salud.

Challenges in Public Health: Disease X- COVID-19 in Mexico

Summary: The pandemic coronavirus disease 2019 (COVID-19) has transformed the world and the lives of human beings, however, this pandemic is a challenge, which will be part of the milestones in the history of humanity, and that, like the discovery of fire, wheel, human genome, every time the human being managed to decipher his nature, he will be able to generate information that allows him to create knowledge to adapt his environment and survive. This article aims the way in which Mexico faces the challenges represented by the emerging disease COVID-19 caused by SARS-CoV-2. This actions will ensure the health of its population, economic health, the reliability of its institutions and its public administration. Likewise, this actions will minimize or exacerbate their impact, which is why health in all policies as well as risk communication will be essential in decision-making at government.

Keywords: COVID-19, emerging, health policies.

Fecha de recepción del artículo: 28-septiembre-2020

Fecha de aceptación: 14-octubre-2020

Introducción

El presente artículo retoma, no una moda, más bien, el “tema”. Este tema ha generado un universo de información científica disponible, tanto, que puede ser complicado y aventurado analizar el basto bagaje disponible, y a fondo en breves cuartillas. Ciertamente, se podrían escribir varios tomos de este tema, en el cual, el mundo está atento: “COVID-19 causado por el SARS-CoV-2”. Por ello, este artículo describe brevemente retos específicos desde un análisis genérico y con visión prospectiva.

Es importante resaltar, que cualquier análisis o interpretación del panorama cambia día a día y cada país

o territorio vive su propia experiencia con base en sus determinantes sociales y temporalidad.

De manera que ver la pandemia desde un solo enfoque, o pretender que se puede atender en un examen global o transversal es inadecuado, más bien se debe analizar a la pandemia como un organismo vivo, entender al mundo como un ser humano y a cada país como un órgano o por qué no, como un sistema diferente pero entrelazado con el resto del ambiente, y derivado del cual todo cambio en alguno de ellos, repercutirá en el otro, pero siempre conservando cada uno sus propias características que lo hacen diferente del otro. Este artículo retoma los siguientes retos: enfermedades emergentes y reemergentes-zoonosis, narrativa en México, comunicación de riesgos, medidas no farmacológicas, vacunas, reinfección y breves datos de mortalidad y morbilidad.

Enfermedades emergentes – reemergentes- Zoonosis

En materia de Salud y en particular en Salud Pública el mundo ha enfrentado retos dominados por enfermedades emergentes y reemergentes².

COVID-19 es el tema, pero tiene como antecesores, la Gripe Española (Influenza AH1N1), VIH, Ébola, Zika, Chikungunya, etc. Estas enfermedades zoonóticas, causadas por patógenos, transmitidos de animales a seres humanos han representado desafíos para los sistemas de salud, para sus gobiernos y su administración, principalmente porque han evidenciado debilidades y fortalezas en su abordaje.

² Enfermedades emergentes: aquellas relacionadas con nuevos agentes, así como aquellas con factores causales ya conocidos que recientemente han adquirido un carácter epidémico, que pueden convertirse en una amenaza y ocurren en regiones en las que antes no existían.

Por su parte, cuando nos referimos a enfermedades reemergentes hablamos de aquellas anteriormente conocidas, controladas o tratadas eficazmente y cuya frecuencia y/o mortalidad se encuentran en aumento.

National Institutes of Health U.S. (2007) "Understanding emerging and re-emerging infectious disease". EUA. NIH Biological Sciences Curriculum Study. Para entender mejor el impacto de las enfermedades emergentes debemos comprender la acepción de pandemia. Una pandemia resulta de la aparición de un nuevo agente que se transmite entre seres humanos, y que representa un evento de gran magnitud que afecta a dos o más continentes, de manera simultánea.

Por lo general, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) durante una pandemia se presenta un número importante de casos y defunciones en poco tiempo, principalmente, porque en escenarios en los cuales se involucra un nuevo agente como SARS-CoV-2, la población mundial es susceptible; primero, porque la población no cuenta con inmunidad ante el agente y segundo porque no se cuenta con una vacuna que evite padecer la enfermedad o formas graves de esta o un tratamiento específico, de manera que es fundamental la aplicación y utilización de lecciones aprendidas de eventos similares, como la pandemia en 2009 por Influenza H1N1, que permita a los gobiernos realizar adecuado monitoreo y oportuno alertamiento de enfermedades con potencial pandémico.

Por otro lado, los gobiernos actuales se enfrentan a un mundo globalizado, en el cual, las transiciones, epidemiológicas, filantrópicas y demográficas³ son nuestro día a día; por consiguiente, tener políticas públicas que permitan un mejor abordaje ante COVID-9, marcará la diferencia en su impacto.

Según la Declaración de la Comisión Lancet COVID-19 (2020) la protección del medio ambiente nunca ha sido más importante, debemos detener la deforestación, proteger áreas de conservación y especies en peligro de extinción. Respecto a los orígenes del SARS-CoV-2 aún no se tiene origen determinado, pero la evidencia que existe hasta la fecha respalda la opinión de que el SARS-CoV-2 es un virus de origen natural y no el resultado de la creación y liberación de un laboratorio. Por consiguiente, abordar una pandemia no es cosa sólo de salud, se requiere la salud en todas las políticas como dice la OMS (2019).

³ “Las variaciones demográficas y socioeconómicas contribuyen a largo plazo a cambiar los patrones de salud y enfermedad, y dan lugar a la situación que se ha denominado transición epidemiológica. En general, la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente en los niños, ha mejorado la esperanza de vida. En la mayoría de los países de América Latina asumen cada vez más importancia las enfermedades crónicas y degenerativas. La transición epidemiológica, caracterizada por la coexistencia de enfermedades crónicas y accidentes con enfermedades infecciosas, varía en función del ritmo de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización”. Albala Brevis, Vio del Río Fernando, Yáñez G. Mabel. “Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países”. (1997) *Revista Médica Chile*, Número 125: 719-727. Chile.

De manera análoga, nos dice Kuri (2015) que entre los puntos más relevantes cuando se habla de una pandemia, y para este caso COVID-19, resalta el impacto en la sociedad, que va desde inseguridad y sobrecarga de los servicios de salud, hasta inquietud, discriminación y psicosis colectiva, todo esto desencadena un problema de seguridad nacional, seguridad en salud, pérdidas económicas, infodemia y pérdida de credibilidad de la sociedad en el gobierno y en sus políticas, por lo cual la respuesta de los gobiernos requiere creatividad y según Uvalle (2011) una visión heurística a la hora de integrar políticas públicas para hacerle frente.

De igual forma, la teoría de microorganismos como únicos agentes causales de enfermedades podría discutirse, toda vez que se conoce que la interacción multifactorial que incluye actividades humanas es un catalizador de nuevas entidades y/o su prevalencia. Premisa que pone de manifiesto y agudiza, desigualdades sociales, económicas y políticas preexistentes, incluyendo aquellas en términos de riqueza, salud, bienestar, protección social y acceso a necesidades básicas como alimentación, atención médica y escolarización. (Comisión Lancet COVID-19, 2020).

Narrativa en México

México es un país vasto con una extensión territorial de 1,960,189 Km² y con una riqueza en su diversidad cultural. No obstante, enfermedades como COVID-19 no reconocen fronteras o extensiones territoriales. Por ende, el gobierno, sus políticas, los sistemas sanitarios; y la vigilancia epidemiológica y por laboratorio son pilares en la respuesta de un país ante una enfermedad como COVID-19, y que indudablemente no será la última.

En México, el gobierno informó a través de la Secretaría de Salud, que la Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Sanitaria de la Dirección General de Epidemiología (DGE) identificó en medios de comunicación informales el 31 de diciembre de 2019, la circulación de la notificación de casos de neumonía por un agente etiológico hasta entonces desconocido. En esta misma fecha la Comisión Municipal de Salud de Wuhan informó sobre un brote de casos nuevos de neumonía de etiología desconocida en la provincia de Wuhan, China; con una fuente de exposición común, el

mercado de mariscos de esta ciudad, en la provincia de Hubei. Investigaciones posteriores identificaron el 09 de enero de 2020, un nuevo coronavirus como el agente causal de los síntomas respiratorios y el 12 de enero se publicó el genoma del 2019-nCoV, anteriormente denominado así.⁴ Para el 30 de enero, la OMS declaró a la enfermedad COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), en México las acciones de monitoreo y preparación, detonaron el primero de enero posterior a su identificación en medios informales, y desde entonces el gobierno de México ha monitoreado esta enfermedad las 24 horas los siete días a la semana; posteriormente, el 09 de enero activó diversas actividades como respuesta, entre las cuales destacaron: avisos preventivos de viaje, monitoreo de medios de comunicación e identificación de casos sospechosos en pasajeros internacionales provenientes de China, entre algunas⁵

Asimismo, desde el 16 de enero, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE) de la Dirección General de Epidemiología (DGE), estableció protocolos diagnósticos con base en lineamientos establecidos por la OMS, hecho que derivó en impulsar a México como pionero en la implementación de la técnica diagnóstica en las Américas para el nuevo virus pandémico; sin embargo uno de los principales retos a los cuales el gobierno de México se enfrentó, fue la transferencia de la técnica diagnóstica a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) del país.

El transferir esta técnica implicó capacitar a la red, adquirir, almacenar y distribuir insumos, pero no sólo eso, desarrollar estrategias que le permitieran evaluar la competencia técnica en laboratorios de la red y asegurar el control de calidad para garantizar el resultado emitido por éstos. Este proceso en una situación no pandémica

⁴ Secretaría de Salud (2020) “22° Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19”. Dirección General de Epidemiología [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579272/Informe_COVID-19_2020.09.21.pdf

⁵ Secretaría de Salud (2020) “Acciones de preparación y respuesta ante el nuevo coronavirus -2019-nCoV-para la protección de la Salud en México”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/015-acciones-de-preparacion-y-respuesta-ante-nuevo-coronavirus-2019-ncov-para-la-proteccion-de-la-salud-en-mexico?idiom=es>

tardaría meses en completarse, sin embargo, ante una situación como la actual, el DGE-InDRE se colocó como pionero, dando como resultado una política de cooperación nacional e internacional con la OPS/OMS. Ejemplo de ello, fue la capacitación en laboratorio, de la que México fue sede para siete países de Centroamérica y el Caribe.⁶

Otro reto al que se enfrentó la actual administración fue la colaboración intersectorial.

La Secretaría de Salud como rectora sentó en la mesa el 30 enero en sesión extraordinaria al Comité Nacional para la Seguridad en Salud (CNSS)⁷, con el objetivo de informar antecedentes del coronavirus y la situación a nivel nacional e internacional, asimismo dio a conocer acciones que se realizaron en la primera fase de la preparación, comunicó necesidades para las siguientes fases, y planteó acuerdos

⁶ Organización Mundial de la Salud (2020). “La Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-6-s-covid-19>

⁷ El Comité Nacional para la Seguridad en Salud, es la instancia encargada del análisis, definición, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias y acciones, en materia de seguridad en salud, de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con el objeto de contribuir a establecer un blindaje de atención y prevención, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente urgencias epidemiológicas y desastres. Dando cumplimiento la Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud y autoridad sanitaria federal que vigila el cumplimiento del artículo 4to y ejerce las atribuciones que le confieren la Ley General de Salud y demás disposiciones legales y reglamentarias, así como las actividades de coordinación general; vigilancia y seguimiento, y las de definición de políticas generales y normatividad respectivas. En este Comité participan los subsecretarios de Administración y Finanzas, el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud y el Director General de Comunicación Social, así como por los titulares de Vigilancia Epidemiológica, del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, y de los Servicios de Salud Mental, todos ellos de la Secretaría de Salud; además, se invita a integrarse al Comité a los directores generales de los institutos Mexicano del Seguro Social, y de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y a los titulares de los servicios de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, y Médicos de Petróleos Mexicanos. DOF (2003) “Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/a220903.html>

y compromisos que contribuyeran a la preparación, con base en marcos de referencia de planes existentes y limitados a la necesidad del país.⁸

No obstante, la respuesta como gobierno requería la participación de más actores, por lo cual el CNSS sesionó en dos ocasiones más, ambas en coordinación con el Comité Nacional de Emergencias (CNE), la última de estas sesiones realizada el 18 de marzo y encabezada por el secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, y de Seguridad y Protección Ciudadana, Alfonso Durazo Montaña. La reunión tuvo como propósito la continuidad de esfuerzos del Gobierno de México en materia de preparación y atención a la población ante la pandemia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Como resultado de esta reunión se aprobó por unanimidad, “la sana distancia”, producto del consenso con las dependencias involucradas en su aplicación, fechas de inicio y término, así como extensión territorial. Todo ello, parte la respuesta institucional que montó el gobierno de México ante el COVID-19.⁹

Por otro lado, como se mencionó antes, los sistemas de vigilancia deben articularse en cada rincón del país para atender las necesidades de cada entidad federativa, de ahí, que la homologación de acciones ante la pandemia por COVID-19 representaron la oportunidad para identificar casos en las diferentes fases establecidas por el gobierno federal.

Como parte de esta necesidad, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SISVEFLU) de México se reestructuró y conformó el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias Virales (SISVER), el cual permeó la obtención de información. Asimismo, se incorporaron a la vigilancia epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral, Unidades Monitoras en hospitales del sector privado de alta demanda en la atención y el DGE-InDRE articuló a su RNLSP a laboratorios clínicos, laboratorios de academias, de hospitales privados y otros

⁸ Secretaría de Salud (2020) “Sesión extraordinaria del Comité Nacional para la Seguridad en Salud”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud>

⁹ Secretaría de Salud (2020) “Segundo Informe de Gobierno”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/575342/2_INFORME_DE_LABORES_SSA.pdf

laboratorios del sector salud como los de la Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Petróleos de México con el firme propósito de fortalecer la cobertura diagnóstica y el monitoreo.

Adicionalmente, como parte de estas actividades el Gobierno Federal determinó tres fases, bajo las cuales se donarían acciones, e intervenciones para mitigar el impacto de COVID-19 en cada Fase. (Figura 1)

Figura 1. Fases -COVID-19 en México, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

De igual forma el Consejo de Salubridad General (CSG)¹⁰, sesionó de forma extraordinaria el 19 de marzo de 2020 y en esta sesión reconoció la epidemia de enfermedad en

¹⁰ El Consejo de Salubridad General en cumplimiento al artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se consagra el derecho a la protección de la salud, dentro del ámbito de su competencia, es un Órgano Colegiado dependiente directamente del Presidente de la República, con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país, en términos de lo dispuesto en los artículos 73, fracción XVI Base 1a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o., fracción II y 15 de la Ley General de Salud y 1º del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Consejo de Salubridad General (2020) "Normatividad". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud>

México por el virus SARS-CoV-2, COVID-19, como una enfermedad grave de atención prioritaria, y a partir de entonces el CSG se constituyó en sesión permanente.

El 30 de marzo durante la primera reunión de la sesión permanente, emitió el acuerdo por el que se declaró emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia, de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). En este sentido, en un análisis breve, casi fueron 32 días desde el primer caso confirmado en el país, el 27 de febrero de 2020¹¹, para que el titular del Ejecutivo sesionara el CSG, sin embargo, como se revisó, con la información disponible de la Secretaría de Salud, el monitoreo, el alertamiento y la preparación detonaron meses antes de que se declarará el 30 de marzo una emergencia sanitaria en nuestro país. (Segundo Informe de Gobierno, 2020)

Comunicación de riesgos

El siguiente reto es la Comunicación de Riesgos OMS (2020).¹² Nuestro país ante COVID-19 optó por implementar una comunicación de riesgos, que como acción esencial tuviera como objetivo salvar vidas (Córdova, 2019: 1) bajo la premisa en la cual la población mexicana ejerciera el derecho de saber cómo proteger su salud, teniendo la responsabilidad de tomar decisiones informadas para protegerse a sí misma, a sus seres queridos y a quienes le rodearán.

En principio, es relevante destacar que no es lo mismo Comunicación de Riesgos que Comunicación Social. El gobierno de México utilizó medios de comunicación social, comunicación masiva, y a través de la creación de

¹¹ Secretaría de Salud (2020) “23° Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/581272/Informe_COVID-19_2020.09.28.pdf

¹² Comunicación de riesgos, se refiere al intercambio en tiempo real, de información, recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza (riesgo) para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social. El objetivo final de la comunicación de riesgos es que toda persona expuesta a un riesgo sea capaz de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de la amenaza (riesgo), como el brote de una enfermedad, y tomar las medidas y acciones de protección y prevención. OMS (2020) “La comunicación de riesgo”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11400:la-comunicacion-de-riesgo-preguntas-frecuentes&Itemid=41610&lang=es

múltiples herramientas tecnológicas intentó transmitir los riesgos a la población. Podemos identificar dentro de estas estrategias de comunicación de riesgos las conferencias de prensa vespertinas, la primera sostenida el 22 de enero y la 210 al 27 de septiembre de 2020, en las cuales las autoridades federales presentaron el panorama nacional e internacional por COVID-19, estrategias para cada uno de los escenarios identificados ante la pandemia, el panorama de movilidad, proyecciones para COVID-19 y recientemente se incluyeron temáticas, adicionalmente han participado instituciones del Sector Salud, personal operativo, grupos científicos, salud mental, transfusión sanguínea, entre otros.¹³

Simultáneamente se desarrolló el sitio web coronavirus.gob.mx, en el cual se intentó concentrar información disponible en el país, dirigida a población abierta, grupos científicos, personas con discapacidad, poblaciones vulnerables y niños. Se puede identificar en el contenido del sitio material en lenguas indígenas, para salud mental, medidas económicas, lineamientos diversos, recomendaciones, artículos científicos, entre otros. Y por primera vez el gobierno federal el 13 de abril de 2020, publicó datos abiertos de COVID-19.

Hecho sin precedentes en materia de acceso a la información y en una situación de pandemia.¹⁴ Así también, el gobierno de México buscó establecer canales de comunicación con la población a través del desarrollo de google Ads, chatbot, aplicaciones como App Covid-19MX, articulación con el 911 y *call centers* en las entidades federativas.¹⁵ El 16 de marzo publicó el listado de municipios de la esperanza y en seguimiento desarrolló y presentó el Semáforo de riesgo epidemiológico COVID-19, el cual partió de establecer un sistema de evaluación regionalizada de la epidemia, para derivar en esquema gradual de apertura de actividades laborales, sociales y educativas.¹⁶

¹³ Salud. (2020) "Noticias" [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/2020/09/27/conferencia-27-de-septiembre/>

¹⁴ Secretaria de salud. (2020) "Coronavirus". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/>

¹⁵ *ibid*

¹⁶ *ibid*

A modo de resumen, si bien se desarrollaron estrategias para comunicar los riesgos a la población mexicana, la comunicación de riesgos ante un evento como una pandemia exige la incorporación de salud a todas las políticas, y adoptar un enfoque intersectorial, en cual se consideren sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones del gobierno, se promuevan sinergias y se eviten efectos perjudiciales, todo con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria contemplando determinantes sociales.

De igual manera, el cambio abrupto de una vida no digital a un mundo digital intensificó desigualdades en materia de economía, educación, salud y territorio. Según Resina (2010: 157) variables como la edad, el género y la clase tienen un peso significativo a la hora de facilitar o dificultar el acceso y el mayor o menor uso de Internet y servicios digitales; México es un país con 52.4 millones de personas en situación de pobreza¹⁷, por lo que la comunicación es reto maximizado en situación de pandemia.

Por otro lado, los gobiernos deben acelerar el acceso universal a servicios digitales, y caminar hacia una financiación público-privada (Comisión Lancet COVID-19, 2020).

Consiguientemente, la comunicación de riesgos requiere la comprensión de conocimientos, prácticas, preocupaciones y creencias de ambas partes. Una comunicación de riesgos con un lenguaje especializado o técnico no permeará entre la población, por ende, la comunicación de riesgos debe ser capaz de superar las barreras tecnológicas y del lenguaje especializado, para transitar a uno de fácil asimilación y no generar polivalencia de palabras que evoquen malinterpretaciones y comunicación no efectiva, como nos dice Sartori (2013:17); además debe identificar y poder manejar desde un inicio, los rumores y la desinformación.

¹⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). "Medición de la pobreza 2008-2018". [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2018/Serie_2008-2018.jpg

Durante la presente pandemia ha sido evidente la magnitud de la Infodemia¹⁸ no sólo en México, también en el mundo.

Medidas no farmacológicas

En cierta medida, COVID-19 ha cambiado la vida del ser humano que por naturaleza es sociable, sin embargo, detener la transmisión del COVID-19, según la Comisión Lancet COVID-19 (2020), deberá darse a través de medidas no farmacológicas, mismas que incluso desde la Gripe Española en 1918 se recomendaban. Entre ellas encontramos algunas citadas en el artículo de Morse (2007): uso de mascarillas quirúrgicas, lavado de manos, cierre de escuelas, prohibición de reuniones públicas, asilamiento de enfermos o alertamiento a quedarse en casa, la mayoría de estas intervenciones se implementaron en el entorno mexicano, recordemos la Jornada Nacional de Sana distancia, acción de salubridad general que se extendió del 23 de marzo al 30 de mayo de 2020 e incluyó restricciones temporales de actividades laborales, sociales y educativas; cuyo propósito fue lograr el distanciamiento social¹⁹ a nivel nacional y, con ello, la mitigación de los contagios.

Conviene comentar el uso de mascarilla como política pública comunitaria para la mitigación de contagios por COVID-19. Recientemente, este tema derivó en polémica a partir de la postura de un grupo de científicos que reconocía la transmisión aérea del SARS-CoV-2. Esta polémica llevó a la OMS (2020) a comentar en conferencia de prensa la posibilidad de este modo de transmisión y posteriormente publicó el 09 de julio de 2020 la reseña “Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las

¹⁸ Infodemia incremento del volumen de información relacionada con un tema particular, que puede volverse exponencial en un periodo corto debido a un incidente concreto como la pandemia por COVID-19. En esta situación aparece en escena la desinformación y los rumores, junto con la manipulación de información con intenciones dudosas. En la era de la información, este fenómeno se amplifica a través de redes sociales, propagándose más lejos y más rápido, como un virus. OMS (2020) “Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/Betza/Downloads/FS-Infodemic-covid-19-SPA%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Betza/Downloads/FS-Infodemic-covid-19-SPA%20(2).pdf)

¹⁹ Córdova Villalobos, José Ángel; Valdespino, José Luis; Ponce de León, Samuel (2010). “La epidemia de Influenza AH1N1 en México”- en Mujica Oscar, López-Gatell Hugo “Simulación exploratoria de posibles escenarios de impacto potencial natural de una epidemia de Influenza A (H1N1) sobre la carga de enfermedad en México”. México, Panamericana.

precauciones en materia de prevención de infecciones” en el cual se estipula que:

“Algunos informes de brotes epidémicos relacionados con entornos ajenos a los establecimientos sanitarios, cerrados y en los que había hacinamiento, hacen pensar en la posibilidad de que se haya producido transmisión mediante aerosoles asociada a la transmisión por medio de gotículas, por ejemplo, durante los ensayos de los coros, en los restaurantes o en las clases de deportes. En esas circunstancias no se puede descartar que se haya producido transmisión mediante aerosoles de corto alcance, especialmente en entornos cerrados específicos, por ejemplo, lugares en los que haya personas infectadas, exista hacinamiento y no se disponga de ventilación suficiente durante un período prolongado. Sin embargo, los análisis detallados de esos agrupamientos de casos apuntan a que la transmisión de persona a persona en esos grupos también podría haberse producido mediante la transmisión por medio de gotículas y fómites”

Bajo esta premisa, el uso del cubrebocas, resulta imperante como estrategia que permita cortar la cadena de transmisión del SARS-CoV-2. A pesar de que no existe un consenso en el campo científico respecto al uso del cubrebocas como única política pública comunitaria, existe evidencia respecto a la utilización de éste como componente complementario del resto de estrategias para reducir la transmisión de la enfermedad, pudiendo citar a Raghavendra (2020: 62), Sommerstein (2020: 8), Posenato (2020: 2) y Chi-Chung (2020: 111) entre algunos.

Vacunas y Covid-19

Las vacunas son como la carrera espacial, el COVID-19 ha desencadenado una competencia similar para desarrollar nuevos biológicos, sin embargo, esta carrera ha develado inequidades que representarán un reto en el acceso mundial a las mismas.

Al 02 de octubre se tenían registradas 42 vacunas candidatas en evaluación clínica, y 151 vacunas candidatas en evaluación preclínica según la OMS (2020). Esta intensa búsqueda para generar una vacuna contra COVID-19, ha impulsado un cambio de paradigma en la evolución de plataformas de tecnologías de vacunas lo que

ha marcado el desarrollo y una nueva era en el proceso de la innovación. Algunas plataformas más estables que otras presentan desafíos retadores para las farmacéuticas, como aquellas menos estables que trabajan con base en RNA – ácido ribonucleico unido a un vector o virus atenuados químicamente– transportados por antígenos que codifican proteínas de la superficie, otras más estables como: inactivadas –en las cuales el agente inactivado genera inmunidad (menor duración y requiere refuerzos) y VLPs– partículas similares al virus, entre algunas. Empero, aún no tenemos vacuna contra el COVID-19.

A pesar de que existe la inquietud y la percepción colectiva de que las vacunas solucionaran la pandemia, se debe tener claro, que toda vez que un biológico demuestre seguridad, costo-efectividad, y ésta sea reconocido como “la vacuna”, se deberá atender el reto que representa la fabricación y distribución en masa. (OMS, 2020).

Se deben agregar los siguientes *ítems* en la integración de una vacuna como parte de una política pública:

Immunogenicidad. Las vacunas de diferentes fabricantes pueden tener propiedades diferentes en términos de inmunogenicidad, lo anterior, resultado de la utilización de cepas víricas, formulaciones o procesos de fabricación distintos.²⁰ Adicionalmente esto limita su intercambio.

La Sputnik V, el 11 de agosto de 2020, fue aprobada en Rusia como la “primera” vacuna con base en dos vectores de adenovirus contra el SARS-CoV-2, no obstante, su aprobación se anunció cuando la vacuna no había iniciado los ensayos de la fase III.

Los resultados de la fase I y II se publicaron posteriormente en The Lancet, sin embargo, los datos arrojados sobre la respuesta inmune según la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos, citadas en Khan (2020), concluyen que los resultados en estas fases por sí solos, no son suficientes para aprobar una vacuna, *“La respuesta inmune puede no*

²⁰ Organización Mundial de la Salud (2020) “Seguridad de las vacunas contra la gripe pandémica”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/influenza/pregnancy/Jun_2006/es/

*ser directamente proporcional al grado de protección; esto solo se puede averiguar en ensayos a gran escala”.*²¹

Seguridad de las vacunas. Como cualquier otro producto farmacológico las vacunas no están exentas de reacciones adversas, por lo cual el beneficio obtenido debe ser mayor al riesgo de presentar una reacción adversa asociada a su administración. Por ejemplo, en el desarrollo de la vacuna de AztraZeneca en colaboración con la Universidad de Oxford se han registrado dos casos de mielitis transversa durante la fase III. Eventos como estos, son parte del desarrollo de nuevas vacunas y continuarán presentándose, empero el concluir los procedimientos establecidos para su generación determinará la posibilidad de éxito.

Por otro lado, la presencia de efectos adversos genera preocupación y desconfianza en las vacunas, por lo cual la comunicación efectiva con población será catalizadora para su implementación.

Dosis y vía de administración. El número de dosis que se requieran para generar inmunidad en un individuo, es punto de quiebre a la hora de evaluar el costo beneficio de la implementación de una vacuna como política pública; se debe considerar la posibilidad, de que para generar inmunidad en un individuo se requiera más de una dosis, lo que repercutirá en términos económicos en un país. Otro reto implicará asegurar la aplicación de dosis subsecuentes y una eficaz gestión en el tiempo para cada una de éstas (gestión que va desde insumos como torundas hasta red de frío, personal capacitado, transporte, etc). Por lo cual, garantizar la producción de anticuerpos necesarios, para que un solo individuo genere inmunidad y que ésta sea de largo plazo, será determinante para su implementación como política pública.²²

²¹ Khan Talha (2020) “The Russian vaccine for COVID-19”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30402-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30402-1/fulltext)

²² Organización Mundial de la Salud (2020) “Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>

Producción a gran escala. Se requiere conocimiento especializado y capacidades de producción masiva para atender una demanda a gran escala. En consecuencia, una colaboración mundial público-privada ante el COVID-19 que permita el financiamiento de la investigación y el desarrollo de vacunas reducirá costos y evitará la generación de monopolios (patentes-licencias) que obstaculicen el acceso mundial a las mismas.²³

Utilidad de la vacuna en términos de grupos objetivo. Las vacunas, como parte de una política pública se dirigen a una población objetivo, ergo determinar claramente el objetivo de la vacunación marca la pauta para decidir a quién vacunar y a quién no. En principio ante la falta de disponibilidad de vacunas, no se podrá aplicar el principio de igualdad en el acceso al biológico, se deberá recurrir al principio de equidad, entendido según González (2020) como la justicia distributiva con relación a las necesidades, en la distribución de riesgos y beneficios de la sociedad. En este contexto la vacunación en los profesionales de la salud y grupos vulnerables será fundamental en la pandemia por COVID-19.

En este orden de ideas, el impulso que han tenido las farmacéuticas a nivel global en investigación y desarrollo no tiene precedentes en términos de escala y velocidad. Dicho lo anterior, el proceso de producción de una vacuna puede durar entre 10 a 15 años, no obstante, en el escenario actual el proceso se acorta de 12 a 18 meses, ante ello cabe mencionar que la vacuna que se producirá en México/ Argentina se espera estará lista en el primer trimestre de 2021. Oxford transferirá la tecnología al laboratorio mAbxience, compañía de biotecnología especializada en la investigación, desarrollo y fabricación de anticuerpos monoclonales del grupo INSUD en Argentina, en donde se generarán anticuerpos monoclonales y posteriormente la materia prima se enviará a México, en donde se realizará *fill and finish* (envasado y acabado) en el laboratorio Liomont.

Finalmente, la equidad en el acceso de vacunas será fundamental en la respuesta mundial. Como parte de esta respuesta mundial, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi) y

²³ Ibid.

la Organización Mundial de la Salud, activaron el pilar de las vacunas COVAX (2020) del Acelerador de Acceso a Herramientas COVID-19 (ACT), hasta este momento ésta representa la única estrategia global para garantizar que las personas en todo el mundo tengan acceso a diagnósticos, tratamientos y vacunas frente a COVID-19. (The Vaccine Alliance, 2020), a condición de que cada gobierno, asegurare al interior la equidad del biológico.

Reinfecciones

Por el momento se cuenta con información limitada referente a la posibilidad de reinfecciones por SARS-CoV-2. Este agente es nuevo, por lo cual se desconoce aún si los anticuerpos generados por este virus pueden proteger a una persona de una reinfección o, si esto es posible, cuánto tiempo puede durar esta protección.

A la luz de la escasa información Tomassini (2020) expone en una serie de casos, 11 posibles casos de reinfección por SARS-CoV-2. En el estudio se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: a) Una infección inicial confirmada por PCR, b) seguido de recuperación clínica y alta con al menos un resultado negativo por PCR, y c) seguido de un resultado positivo de PCR (con o sin síntomas) al menos 28 días después del resultado anterior de PCR. De las conclusiones de esta investigación destaca la posibilidad de la reinfección por SARS-CoV-2 en forma sintomática o asintomática, no empero se enfatiza la necesidad de más estudios al respecto.²⁴ Asimismo, según los CDC (2020) los datos disponibles hasta este momento muestran que una persona que ha tenido COVID-19 y se ha recuperado puede tener niveles bajos del virus en su cuerpo hasta tres meses después del diagnóstico, es decir, si una persona se ha recuperado y vuelve a realizarse la prueba de detección dentro de los 3 meses posteriores a la infección inicial, es posible que arroje un resultado positivo, aunque no propague el COVID-19.²⁵

²⁴ Tomassini Sara (2020) "Setting the criteria for SARS-CoV-2 reinfection – six possible cases". En: *The Journal Infeccion*, publicación anticipada. [Internet] 12 agosto 2020 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7422822/?report=classic>

²⁵ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) "Enfermedad del coronavirus". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/end-home-isolation.html>

Ante esta premisa son relevantes los aspectos que integran los ECDC (2020) en el documento “Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-CoV-2: considerations for public health response”²⁶:

Falso positivo: aunque la probabilidad es pequeña, se debe considerar y descartar la posibilidad de un falso positivo en la prueba de RT-PCR de SARS-CoV-2.²⁷

Temporalidad: el período de tiempo transcurrido desde el primer episodio puede ser información de apoyo junto con los análisis serológicos, cuando se considera una posible reinfección. Un lapso más largo se relacionaría con la disminución de la inmunidad y los niveles más bajos de identificación viral.²⁸

Identificación viral: los resultados de la RT-PCR pueden permanecer persistentemente positivos debido a la detección de fragmentos de ARN viral, incluso si el virus viable no estuviera presente en el paciente/muestra.²⁹

Análisis de secuencia/filogenético: la secuenciación del genoma completo del virus puede ayudar a evaluar si el segundo episodio es causado por una variante de virus diferente en comparación con el primero.³⁰

A manera de resumen, no existe aún un consenso mundial para determinar los criterios de reinfección, y los pocos casos reportados de posible reinfección, plantean nuevos desafíos en cuanto a determinar si se trata de reinfecciones o reactivaciones y/o falsos negativos.³¹

²⁶ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Europa (2020) “Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-CoV-2: considerations for public health response”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2>

²⁷ Ibid

²⁸ Ibid

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

³¹ Fundación IO (2020) “Inmunología clínica del COVID-19, ¿Qué sabemos hasta ahora?”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://fundacionio.com/2020/03/21/inmunologia-clinica-del-covid19-que-sabemos-hasta-ahora-por-el-dr-fernando-farinas/>

Actualmente se desconoce la duración de los anticuerpos³² y se han encontrado muy pocos estudios con resultados más allá de los 35 días posteriores a la aparición de los síntomas. Por lo tanto, no existe certeza acerca de la utilidad de pruebas de anticuerpos para los estudios de seroprevalencia con fines de gestión de la salud pública.

Se necesitan más estudios para determinar si el desarrollo de anticuerpos neutralizantes del SARS-CoV-2 es indicativo de protección contra la reinfección.

Finalmente, la posibilidad de reinfección implica que las personas que se han infectado una vez no pueden ser consideradas definitivamente inmunes, por lo que esto representaría un reto mayor para los gobiernos y sus sistemas de salud en materia de políticas públicas. El entendimiento de la duración de la inmunidad, la transmisibilidad y la probabilidad e implicaciones de la reinfección darán luz en la toma de decisiones.

Morbilidad y mortalidad

El análisis e integración de datos en una situación de pandemia, representa un desafío para todos los países y para sus sistemas de salud. Ante ello la OMS (2019) reconoce que en pandemias y brotes se presentan efectos diferenciales en mujeres y hombres. Desde el riesgo de exposición y la sensibilidad biológica a la infección, hasta las consecuencias de las medidas implementadas, adicionalmente es probable que las experiencias de las personas varíen en sus características biológicas y de género en su interacción con los determinantes sociales. Por ello, es cardinal que las políticas en salud tengan un enfoque de género en todos sus aspectos, como nos dice la OMS (2019).

Los países y el nuestro deben asegurarse de que las políticas y las medidas de salud pública para frenar la epidemia tengan en cuenta el género y la forma en que este interactúa con otras esferas de desigualdad. Nos dice la OMS (2019), que la disponibilidad de datos desglosados

³² Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) "Enfermedad del coronavirus". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/community-level-seroprevalence-surveys.html>

por sexo y edad es limitada, lo que dificulta el análisis comparativo de las repercusiones de COVID-19 entre países en función del género y la elaboración de respuestas adecuadas, dado que los datos disponibles son sesgados.³³

Otro reto en materia de salud es referente a la carga de enfermedades prevalentes en la población mexicana ante la pandemia de COVID-19. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), en el 2012 se tenían 6.4 millones de personas de 20 años y más, con diagnóstico previo de diabetes y para el 2018, 8.6 millones. Es decir; la prevalencia de diabetes de 9.2% en 2012 se incrementó para 2018 con 10.3%. Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres, las mujeres presentaron un incremento de 1.7 puntos dado que en 2012 la prevalencia en mujeres fue de 9.7% y en 2018 de 11.4%.

Estos datos son relevantes toda vez que se revise el análisis presentado por la secretaria de salud respecto a mortalidad y comorbilidades por COVID-19.³⁴ En el análisis presentado en la conferencia vespertina del 23 de julio se tenían registradas 41,908 defunciones por COVID-19, de las cuales se analizó al 100%; de éstas y un 73% presentaba al menos una comorbilidad y el 27% no registraba comorbilidad alguna. Del 73% que registraba una comorbilidad, el 67% registraba Diabetes, Hipertensión, Obesidad o Enfermedad Cardiovascular.

Es decir, en 2018 de la población mexicana mayor de 20 años aproximadamente 8.6 millones se encontraban enfermos de diabetes, ante ello es relevante considerar que las políticas públicas para atender COVID-19 en México se enfrentaron desde un inicio a una enfermedad que afectaba a grupos poblacionales vulnerables como adultos mayores (CDC, 2020) con alguna comorbilidad. Adicionalmente en México la población joven se encontraba enferma años atrás y que en lugar de mostrar un desaceleramiento en diabetes para la medición de 2018 en la ENSANUT (2018),

³³ OMS (2020) “El Género y la COVID-19”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332242/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³⁴ Salud (2018) “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

incrementó su prevalencia en ambos sexos.^{35,36}. Al 27 de septiembre se tenían registradas 76,430 defunciones por COVID-19, de las cuales 44.79% padecían Hipertensión, 38.28% Diabetes y 24.46% tenían obesidad. (Salud-Noticias, 2020)

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha transformado al mundo y la vida de cada uno de los seres humanos que lo habita, empero COVID-19 es un reto más, mismo que formará parte de los hitos en la historia de la humanidad, y que al igual que el descubrimiento del fuego, de la rueda, del genoma humano; toda vez que el ser humano logré descifrar su naturaleza, podrá generar información que le permita crear conocimiento para adaptar su entorno y sobrevivir.

La forma en la que los Estados enfrenten al COVID-19 causado por el SARS-CoV-2, los recursos que utilice, las instituciones, las políticas y acciones que desarrolle para hacerle frente denotaran su mayor o menor impacto.³⁷

Es evidente e indiscutible, que el rol que desempeñe el Estado será el garante de la seguridad de los ciudadanos, de su salud, su patrimonio y su bienestar.

La salud en todas las políticas, al igual que la comunicación de riesgos, es una estrategia colaborativa que busca la incorporación del enfoque de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política. Asimismo, intenta desarrollar la capacidad de los profesionales de políticas de salud para reconocer y apoyar los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza de la problemática pública interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental. (OMS, 2020)

³⁵ Secretaría de salud (2020) "COVID-19 México". Dashboard-CONACYT. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.

³⁶ Secretaría de salud. (2020) "COVID-19 México". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/2020/07/23/conferencia-23-de-julio/>

³⁷ Cárdenas Sánchez Enrique (2020) "México en la pandemia: atrapado en la disyuntiva salud vs economía". En: Economía UNAM. Número 17 (51): 282. México

La percepción pública y del gobierno, puede diferenciarse de la percepción científica de riesgo, porque no se basa solamente en datos objetivos; más bien los marcos de referencia para la percepción pública de riesgo suelen fundamentarse en criterios subjetivos o en fuentes no científicas y no siempre fiables, tales como decisiones políticas con base en creencias dominantes de grupos sociales de poder y en información proporcionada por medios de comunicación no verificada, que en medida significativa condicionan la percepción real sobre el riesgo, incluso más que la evaluación científica.³⁸

A pesar de que México inició actividades de preparación desde el primer día en el cual se identificó un agente desconocido causante casos de neumonía las cifras de casos confirmados y defunciones es devastadora.

Los retos presentados en el presente trabajo son pocos en comparación con los que se develarán en los siguientes meses y años. Incluso quedan muchos retos en el tintero, por ejemplo: acceso y distribución de Equipos de Protección Personal (EPP), impacto de COVID-19 en poblaciones vulnerables, impacto económico de la Jornada Nacional de Sana Distancia, grado de variabilidad que hace que la presentación clínica de COVID-19 no pueda ser considerada como un indicador sensible, comportamiento simultáneo durante la temporada de influenza, reconversión hospitalaria, investigaciones científicas de tratamientos, impacto de la automedicación, daños y secuelas en la población por automedicación, resistencia a los antimicrobianos, impacto en la salud mental de la población, violencia intrafamiliar y en población infantil, embarazos no deseados, suicidios, percepción y asimilación de las nuevas formas de trabajo (*¿home office?*), capacidad resolutoria del primer nivel de atención para continuar con la atención de otras enfermedades como las crónicas, eficacia y eficiencia de la vigilancia centinela como sistema de vigilancia epidemiológica, formación de recursos humanos en universidades, carencia de personal especializado en epidemiología y salud pública, programas de control de infecciones, pruebas antigénicas, estudios de seroprevalencia, etc.

³⁸ Gómez Castro, Liliana (2017) "La comunicación de riesgo en salud: aspectos teóricos y metodológicos para el control de emergencias públicas sanitarias". MEDISAN, número 12 (21):3

Los temas en el tintero son heterogéneos, por lo anterior, la toma de decisiones y la coordinación sectorial e intersectorial en los diferentes órdenes de gobierno guiadas por la evidencia científica, en un marco de transparencia y rendición de cuentas es fundamental.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) el ejercicio de la gobernanza exige que las políticas públicas tengan un esquema relacional en el cual participen diferentes actores del sector privado, con roles diferenciados, por ejemplo, las organizaciones de la sociedad civil, que, siguiendo la lógica de las políticas públicas deberán participar durante todo el ciclo de diseño, implementación y evaluación, finalmente el comportamiento de los ciudadanos es clave para confrontar una epidemia. Por ello es fundamental, la certidumbre, la adecuada coordinación, la transparencia, la comunicación proactiva, la implicación y la participación de todos los actores como engranes en las políticas públicas que ayuden a nuestro país en la guerra contra el COVID-19.

La naturaleza de los problemas públicos deber ser motivo de formulación y reformulación, tomando en cuenta que son evocados por acciones humanas o naturales, lo cual significa que se originan por diversas fuerzas y factores.

“El arte de gobernar involucrando las políticas públicas consiste en dirigir, coordinar e incentivar la vida comunitaria atendiendo a los consensos y a la capacidad heurística – aprendizaje de errores, experiencia acumulada y solución creativa de problemas– que los convierten en elementos críticos en la solución de problemas”. (Uvalle: 2011)

Bibliografía

- Albala Brevis, Cecilia; Vio del Río, Fernando; Yáñez G., Mabel (1997) “Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países”. En: *Revista Médica Chile*, número 125:719–727. Chile.
- Cárdenas Sánchez, Enrique (2020) “México en la pandemia: atrapado en la disyuntiva salud vs economía”. En: *Economía UNAM*. Número 17 (51): 282. México

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) “Enfermedad del coronavirus”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/end-home-isolation.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Europa (2020) “Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-CoV-2: considerations for public health response”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) “Enfermedad del coronavirus”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/end-home-isolation.html>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Europa (2020) “Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-CoV-2: considerations for public health response”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-reinfection-sars-cov-2>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2019) “Las personas con ciertas afecciones”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

Chi-Chung (2020) “The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2”. En: Elsevier, Número 81 pp 107-114

Consejo de Salubridad General (2020) “Normatividad”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020) “Gobernanza participativa en los mecanismos de seguimiento de la Agenda 2030”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://comunidades.cepal.org/ilpes/es/grupos/discusion/gobernanza-participativa-en-los-mecanismos-de-seguimiento-de-la-agenda-2030>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018) “Medición de la pobreza 2008-2018”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2018/Serie_2008-2018.jpg
- Córdova Villalobos, J; Macias, Alejandro; López Gatell, Hugo (2019) “La pandemia de 2009 en México y lecciones sobre políticas nacionales de prevención contra la influenza estacional y pandémica”. En: Karger Kompass Neumología. Número 1: 7-14, México
- Córdova Villalobos, José Ángel; Valdespino, José Luis; Ponce de León, Samuel (2010) “La epidemia de Influenza AH1N1 en México”- en Mujica Oscar, López-Gatell Hugo “Simulación exploratoria de posibles escenarios de impacto potencial natural de una epidemia de Influenza A (H1N1) sobre la carga de enfermedad en México”. México, Panamericana.
- DOF (2003) “Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a220903.html>
- Gómez Castro, Liliana (2017) “La comunicación de riesgo en salud: aspectos teóricos y metodológicos para el control de emergencias públicas sanitarias”. En: MEDISAN, número 12 (21):3
- González, Jesús (2020) “The vaccine against Covid-19 and institutional trust”. En Elsevier, Journal Pre proof, pp 1:15
- National Institutes of Health U.S. (2007) “Understanding emerging and re-emerging infectious disease”. EUA. NIH Biological Sciences Curriculum Study.

- Khan Talha (2020) "The Russian vaccine for COVID-19". [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30402-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30402-1/fulltext)
- Kuri Morales, Ángel (2015) "Enfermedades emergentes y reemergentes". En: Gaceta Médica México, número 151: 674:80, México
- Morse Stephen (2007) "Gripe pandémica: estudio de las lecciones de la historia" En: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Número 7 (2) pp. 143-164, España
- Posenato García (2020) "Use of facemasks to limit COVID-19 transmission". En: Epidemiol. Serv. Saude, Número 29 (2) pp1-4
- Organización Mundial de la Salud (2020) "La Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd58-6-s-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud (2020) "El Género y la COVID-19". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332242/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2020) "La comunicación de riesgo". [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11400:la-comunicacion-de-riesgo-preguntas-frecuentes&Itemid=41610&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (2020) "Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19". [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/Betza/Downloads/FS-Infodemic-covid-19-SPA%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Betza/Downloads/FS-Infodemic-covid-19-SPA%20(2).pdf)

- Organización Mundial de la Salud (2019) “Salud en todas las políticas” [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>
- Organización Mundial de la Salud (2020) “Proyecto de panorama de las vacunas candidatas COVID-19”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- Organización Mundial de la Salud (2020) “Intensificar la producción de vacunas”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/5/20-020520/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2020) “Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19”. [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>
- Secretaría de Salud (2020) “Coronavirus”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/>
- Raghavendra (2020) “Comprehensive review of mask utility and challenges during the COVID-19 pandemic”. En: *Le Infezioni in Medicina*, Número 1 (28) pp 57-63
- Resina de la Fuente, Jorge (2010). “Ciberpolítica, redes sociales y nuevas movilizaciones en España: el impacto digital en los procesos de deliberación y participación ciudadana”. En: *Mediaciones Sociales*, Número 7 (2) pp. 143-164, España
- Salud. “Noticias” (2020). [Internet] Recuperado 23 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/2020/09/27/conferencia-27-de-septiembre/>

Sartori, Giovanni (2013) “La Política” Lógica y método en las ciencias sociales. México. Fondo de Cultura Económica.

Secretaría de Salud (2020) “22°Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19”. Dirección General de Epidemiología [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579272/Informe_COVID-19_2020.09.21.pdf

----- (2020) “Acciones de preparación y respuesta ante el nuevo coronavirus -2019-nCoV-para la protección de la Salud en México”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/015-acciones-de-preparacion-y-respuesta-ante-nuevo-coronavirus-2019-ncov-para-la-proteccion-de-la-salud-en-mexico?idiom=es>

----- (2020) “Sesión extraordinaria del Comité Nacional para la Seguridad en Salud” [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud>

----- (2020) “Segundo Informe de Gobierno”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/575342/2_INFORME_DE_LABORES_SSA.pdf

----- (2020) “Informe Epidemiológico de la situación de COVID-19”. Dirección General de Epidemiología. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/577796/Informe_COVID-19_2020.04.28.pdf

-----, Instituto Nacional de Salud Pública, INEGI (2018) “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

- (2020) “COVID-19 México”. Dashboard-CONACYT. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- (2020) “COVID-19 México”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/2020/07/23/conferencia-23-de-julio/>
- (2020) “Coronavirus”. [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/>
- Sommerstein (2020) “Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the rational use of masks, and protection of healthcare workers form COVID-19”. En: Antimicrobial Resistance and infection Contol, Número 9 pp1-8
- The Vaccine Aliance (2020) “COVAX” [Internet] Recuperado 21 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- Uvalle Berrones, Ricardo (2011) “Las ciencias sociales y las políticas públicas en el fortalecimiento del arte de gobernar”. En Convergencia. Revista de Ciencias Sociales. Número 55: 37-68
- Tomassini, Sara (2020) “Setting the criteria for SARS-CoV-2 reinfection – six possible cases”. En: The Journal Infeccion, publicación anticipada. [Internet] 12 agosto 2020 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7422822/?report=classic>

INDICACIONES PARA LOS COLABORADORES

1. Exclusividad

Los artículos enviados a la **Revista de Administración Pública** (RAP) deberán ser inéditos y no haber sido sometidos simultáneamente para publicación en otro medio.

2. Naturaleza y temática de los trabajos

Deberán ser de carácter eminentemente académico o relacionarse con uno o varios temas considerados de interés para las administraciones públicas de México y otros países.

3. Características de los trabajos

- Se entregarán, para su dictamen y publicación, en idioma español, totalmente concluidos. Una vez iniciado el proceso de dictaminación no se admitirán cambios.
- Deberán tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 25, sin considerar cuadros, gráficas y lista de referencias bibliográficas utilizadas. En casos excepcionales, y a juicio de la RAP, se aceptarán trabajos con una extensión diferente.
- Deberán enviarse o entregarse en formato electrónico en Word de Microsoft Office en letra tipo Arial tamaño 12 con interlineado de 1.5 y márgenes superior-inferior 2.5 cms., derecho-izquierdo 3 cms.
- Deberán contar con una estructura mínima de título, introducción, desarrollo, conclusiones y bibliografía, con las siguientes especificaciones mínimas:

- a) El título del trabajo deberá ser breve y tener una clara relación con el contenido desarrollado.
- b) Las siglas empleadas deberán tener su equivalencia completa al usarse por primera vez en el texto.
- c) Las notas deberán aparecer numeradas al pie de página Las referencias bibliográficas en el texto, y la bibliografía que deberá aparecer al final del artículo utilizarán los siguientes formatos:

- **Libro impreso.**

- En texto: (Easton, 2006: 48)
Como lo expone Easton (2006: 48)
- En Bibliografía:
Easton, David (2006), *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

- **Libro electrónico.**

- En texto: (Guardián, 2010: 76)
Como lo expone Guardián (2006: 48)
- En Bibliografía:
Sandoval Almazán, Rodrigo (2010), *Larga marcha del Gobierno Abierto: Teoría, medición y futuro*, México, Instituto Nacional de Administración Pública.
Disponible en: http://www.inap.mx/portal/images/pdf/book/larga_marcha.pdf.
Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2016.

- **Capítulo de libro.**

- En texto: (Cejudo, 2015: 107)
Como lo expone Cejudo (2015: 107)
- En Bibliografía:
Cejudo Montes, Guillermo (2015), "Gobierno Abierto en México ¿etiqueta, principio o

práctica”, en: Pereznieto Bojórquez, José Antonio e Issa Luna Pla (Coords.), *Gobierno Abierto y el valor social de la Información Pública*, México, Instituto Tabasqueño de Transparencia y Acceso a la Información Pública/Universidad Nacional Autónoma de México.

- **Libro de dos autores:**

- En texto: (Ramírez y Dassen, 2014: 100)
Ramírez y Dassen (2014: 100) afirman...
- En Bibliografía:
Ramírez Alujas, Álvaro y Nicolás Dassen (2014), *Vientos de Cambio. El avance de las políticas de gobierno abierto en América Latina y el Caribe*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.

- **Artículo de revista:**

- En texto: (Sandoval, 2015: 207)
Como lo expone Sandoval (2025: 207)
- En Bibliografía:
Sandoval Almazán, Rodrigo (2015), “Gobierno abierto y transparencia: construyendo un marco conceptual”, en: *Revista Convergencia*, número 68, mayo-agosto, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México.

d) La bibliografía final se ordenará alfabéticamente, siguiendo al formato anterior. Si la fuente original no menciona alguno de los datos, deberá hacerse explícito usando las expresiones “sin pie de imprenta”, “sin fecha” entre corchetes.

e) Los cuadros, gráficas, figuras y diagramas deben indicar la fuente completa correspondiente y se incluirán en un archivo en cualquier programa de Microsoft Office.

4. Dictaminación

Las colaboraciones se sujetarán a un proceso de dictamen imparcial y por pares (*Peer System*) con carácter anónimo.

5. Resumen

En archivo separado se entregará un resumen del artículo –en español e inglés– con una extensión máxima de 150 palabras. También se indicarán un mínimo de 3 y un máximo de 5 palabras clave/*Keywords* que describan el contenido del trabajo.

6. Corrección y edición

La RAP se reserva el derecho de incorporar los cambios editoriales y las correcciones de estilo y de formato que considere pertinentes, de acuerdo con los criterios y normas editoriales generalmente aceptadas.

7. Difusión

El autor concede a la RAP el permiso automático y amplio para que el material que haya sido publicado en sus páginas se difunda en antologías, medios fotográficos o cualquier medio impreso o electrónico conocido o por conocerse.

8. Formas de entrega de los trabajos propuestos a publicación

- Los autores deberán enviar sus trabajos al correo electrónico contacto@inap.org.mx o a la dirección postal:

Revista de Administración Pública
Instituto Nacional de Administración Pública A.C.
Escuela Nacional de Profesionalización Gubernamental
Carretera Federal México-Toluca No. 2151 (Km. 14.5)
Col. Palo Alto, C.P. 05110 Cuajimalpa,
Ciudad de México, México

9. Identificación

- En el archivo del trabajo se indicarán la fecha de elaboración, el título, y nombre del autor

- En archivo por separado serán incluidos los siguientes datos:

- a. Nombre completo del autor, datos de contacto: domicilio, teléfono y correo electrónico.

- b. Breve currículum académico y profesional del autor o autores, indicando para cada uno el máximo nivel de estudios alcanzado (incluyendo la disciplina e institución) y, de ser el caso, los que haya en curso. Indicar la actividad actual y centro de trabajo. Mencionar líneas actuales de investigación y la bibliografía completa de las últimas 3 o 4 publicaciones, en su caso.

Se terminó de imprimir en
Noviembre de 2020, en los talleres de
Altergraf, en Antonio García Cubas #118,
Col. Obrera, Del. Cuauhtémoc, CDMX
altergraf.ventas@hotmail.com

La edición consta de 500 ejemplares

Distribución a cargo del INAP

