

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Afectaciones en la salud en comerciantes
del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México,
durante la pandemia de COVID-19 en el 2020.**

Un estudio desde la determinación social

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

JESSICA CARAVEO VAZQUEZ

DIRECTORA

MTRA. NATIVIDAD ALMANZA BELTRAN

Ciudad de México, mayo de 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Dedicatorias y Agradecimientos

Dedico esta investigación a Dios por haberme dado salud y porque a pesar de los momentos difíciles que viví en mi etapa universitaria, me brindó la fuerza necesaria para superar los obstáculos y continuar persiguiendo mi meta.

A mis padres, Marisol y Victor por su amor, su paciencia, motivación y su compañía en una de las etapas más significativas de mi vida. Por el apoyo que me brindaron en los momentos difíciles de mi vida y de mi carrera, por ayudarme a superarlos y por compartir conmigo la importancia de la educación. Este logro es también suyo.

A mis hermanas Ximena y Brenda quienes han sido una fuente de fortaleza y motivación.

A Luli y Daniel gracias por su amistad. Recordare siempre los buenos momentos vividos en clases.

A mi directora la Mtra. Natividad Almanza Beltran le agradezco confiar en mí, reconozco la paciencia, motivación y el compromiso por orientarme en esta investigación.

Agradezco a mis lectores el Dr. Pablo Claudio Rojas Lara, Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez y el Dr. Adrián Palma Patricio. Por el tiempo que dedicaron a la revisión de esta investigación.

Índice

Introducción.....	1
Justificación.....	4
Planteamiento del Problema.....	6
Diseño Metodológico.....	9
Consideraciones Éticas.....	10
Capítulo 1. Concepción de la Salud.....	11
1.1. Desde los Organismos y Conferencias Internacionales.....	11
1.2 ¿Qué es la Promoción de la Salud?.....	15
1.3 Perspectiva Biomédica.....	16
1.4 Perspectiva de la Determinación Social.....	18
Capítulo 2. La Salud en México.....	20
2.1 Políticas Neoliberales; su Impacto en el Sistema de Salud.....	22
2.2 Afectaciones del COVID-19; Laborales y de Salud.....	24
2.3 Medidas Sanitarias y Programa de Vacunación	27
Capítulo 3. El Estado de México.....	30
3.1 El Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.....	33
3.2 Accesibilidad a Servicios Básicos.....	34
3.3 Educación.....	36
3.4 Servicios de Salud en Nezahualcóyotl.....	37
3.5 Características del Bordo de Xochiaca.....	38
Capítulo 4. Análisis de Resultados.....	40
4.1 Algunos Datos Encontrados en su Contexto Demográfico de los Comerciantes.....	41
4.2 Contexto de Salud de los Comerciantes	42

4.3 Afectaciones en la Salud	43
4.4 Condiciones Laborales.....	45
Conclusiones.....	50
Referencias.....	53
Anexos.....	64

Introducción

La presente investigación se llevó a cabo con comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México, el interés por la misma surge a partir de la aparición de la pandemia del COVID-19 en el plano internacional, causada por el virus SARS-CoV-2. Esta pandemia ha visibilizado las desigualdades sociales y las condiciones de precariedad que viven ciertos sectores de la población en México. Se constató, en diversos estudios, que los grupos sociales más vulnerables durante la pandemia son los que viven en pobreza, con trabajos informales, sin protección social, inadecuados servicios de salud e inseguridad alimentaria, razón por lo que ha habido mayor morbilidad y mortalidad en comparación con otros grupos en mejor condición socioeconómica. La pandemia en México se desarrolló en un contexto no sólo infeccioso que determina el proceso salud-enfermedad-atención sino social (Rosales *et al.*, 2021).

Por lo anterior, las preguntas de esta investigación pretenden indagar ¿De qué manera la pandemia COVID-19 afectó la salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en el 2020? ¿Qué tipo de afectaciones en su salud tuvieron? ¿Qué condiciones laborales enfrentaron los comerciantes?, de allí se desprende los siguientes objetivos:

Objetivo general

Identificar de qué manera la pandemia COVID-19 afectó la salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.

Identificar el tipo de seguridad y afectaciones en su salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.

Determinar las condiciones laborales de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.

Los obstáculos que se presentaron durante la investigación fue encontrar información bibliográfica confiable del área de estudio (Nezahualcóyotl, Bordo de Xochiaca). Por lo cual se acudió al Centro de Información y Documentación de Nezahualcóyotl donde se proporcionó dicha información.

Esta investigación se desarrolló bajo una metodología cualitativa que consiste en buscar cuáles son los hechos a través de las entrevistas a los comerciantes del tianguis que afectaron su salud durante la pandemia COVID-19 y qué condiciones laborales afrontaron. Este tipo de investigación pone especial interés en la forma en que las personas refieren sus problemas a través de las entrevistas semiestructuradas en determinados contextos.

La metodología cualitativa no busca cuantificar el fenómeno sino recabar, a partir de los que nos narran las personas, sus experiencias en un espacio determinado.

Es por todo lo anterior, que se hicieron entrevistas semiestructuradas, con una cédula de entrevista previamente diseñada. Complementario a esto se emplearon técnicas de investigación documental revisando artículos de revistas de divulgación científica, libros y noticias de periódicos sobre el tema en cuestión.

Se integraron cuatro capítulos. En el primer capítulo se contextualiza la concepción de la salud; en el segundo capítulo se habla de la salud en México; en el tercer capítulo se aborda la historia general del Estado de México y el área de estudio y en el último capítulo se hace un análisis de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación

Es por todo lo anterior, que es importante esta investigación para visibilizar las afectaciones a la salud que tuvieron los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca en la pandemia COVID-19, que dicha investigación pueda ser de ayuda para futuras estrategias en promoción de la salud como lo sería. Una coalición comunitaria entre los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca y el ayuntamiento de Nezahualcóyotl para que se conozcan las necesidades de estos comerciantes y puedan ser atendidas y mejorar su entorno social, promover un programa de salud conformado por un grupo multidisciplinario de personal de la salud donde se promueva la salud entre los comerciantes del Bordo de Xochiaca y mejorar su calidad de vida y promover programas de apoyo económico a los comerciantes que laboran en el sector informal en casos de una emergencia de salud pública que impida a los comerciantes laborar.

Justificación

En diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China se reportaron casos de neumonías atípicas. Se identificó que las causas de la neumonía en habitantes de la ciudad de Wuhan eran debido al virus SARS-COV2 de ARN causante de la enfermedad COVID-19¹.

Ante esta situación la Organización Mundial de la Salud declaró el 30 de enero del 2020 una emergencia de salud pública. Y el 11 de marzo de 2020 como pandemia la COVID-19 derivado que se reportaban casos de la enfermedad en diferentes países (Cortés, 2021).

El primer caso de COVID-19 reportado en México fue el 27 de febrero del 2020 en la Ciudad de México fue un caso importado por un mexicano que había viajado a Italia el cual presentó síntomas leves (Suárez et al., 2020). Posteriormente, del 24 de marzo al 20 de abril empezó la fase dos de la pandemia donde el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) incentivó la Jornada Nacional de Sana Distancia², que después fue anunciada por la Secretaría de Salud. En esta fase se reportaron 8,772 casos confirmados y 712 fallecimientos. Finalmente, del 21 de abril al 31 de mayo se consideró la tercera fase, ya que empezaron a reportarse contagios en aumento. Para esta tercera fase se tenían 90,664 casos confirmados y 9,930 fallecimientos (Santana, 2021).

Derivado de las medidas de restricción para que se contuviera la propagación de la COVID-19, afectó todo tipo de actividades consideradas como no esenciales entre ellas, y para interés de esta investigación, estaba el comercio informal, el cual fue restringido en un momento de manera parcial y después total durante el periodo de pandemia.

¹La transmisión de este virus fue de origen zoonótico pues el reservorio del SARS-COV2 está en los murciélagos y el intermediario sería el pangolín a los humanos y así las transmisiones de humanos a humanos (Cortés, 2021).

²Las medidas de prevención que se consideraron para evitar la propagación del virus fueron: lavado de manos, cubrirse la nariz al estornudar, no tocarse el rostro con las manos sucias y quedarse en casa entre otras (Santana, 2021).

Ante la pandemia se visibilizó en México el bajo crecimiento en trabajos formales, por lo que ha derivado en la implementación del sector laboral informal (Ramírez y Galán, 2022).

Canelos (citado en Ramírez y Galán, 2022) plantea que las condiciones de trabajo informal presentan precariedad laboral, ya que no cuentan con justicia laboral, protección y seguridad social. Además, son empleos que generan poca productividad y por consiguiente pocos ingresos, por lo cual conlleva a vivir situaciones de pobreza y pobreza extrema.

En este caso específico que se abordará en la presente investigación será el de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca en el Estado de México, ya que no pudieron laborar en un momento dado debido a las restricciones de las estrategias de salud pública, lo cual impidió a que se instalarán lo que conllevó afectaciones económicas y sobre todo en su salud de manera considerable (Ojeda, 2020).

Esta investigación se analiza la salud como un proceso holístico que abarca factores biológicos, psicológicos, económicos, ambientales y sociales.

Fue Johann Peter Frank (1745-1821) uno de los primeros médicos en contextualizar que la salud era algo más que sólo lo biológico, fue así que por medio de un tratado de 6 tomos donde sostuvo que la pobreza era una causa de enfermedad, así como otros factores estructurales contribuyen de forma importante en la salud de la población (Villar, 2011).

Planteamiento del Problema

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud en 1986, se decretó la Carta de Ottawa³, esta explica la importancia de las cuestiones sociales y políticas que influyen en la salud de la población. Entre los puntos que destacan son: paz, educación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad como prerequisites de la salud. Así también, se deben considerar las siguientes líneas de acción: elaboración de políticas públicas, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios, todo esto como estrategias para mejorar la salud (Duncan y Maceiras, 2001).

Estos elementos pueden ser abordados desde la medicina social latinoamericana que tuvo un impulso en los años sesenta. Esta corriente fue conformada por grupos sociales de investigadores, docentes, trabajadores y organizaciones sociales derivado de las inequidades y desigualdades sociales. Fue Juan César García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud quienes le dieron apoyo a la medicina social latinoamericana (Iriart *et al.*, 2002).

La pandemia COVID-19, ha visibilizado las desigualdades sociales y las condiciones de precariedad que viven ciertos sectores de la población en México. Se constató, en diversos estudios, que los grupos sociales más vulnerables durante la pandemia son los que viven en pobreza, con trabajos informales, sin protección social, inadecuados servicios de salud e inseguridad alimentaria, razón por lo que ha habido mayor morbilidad y mortalidad en comparación con otros grupos en mejor condición socioeconómica. La pandemia en México se desarrolló en un contexto no sólo infeccioso sino social, que determina el proceso salud-enfermedad-atención (Rosales *et al.*, 2021).

³Véase: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

El primer caso confirmado de COVID-19 en Nezahualcóyotl, fue el 4 de marzo de 2020, para mitigar la propagación del virus, se suspendieron de forma temporal las actividades de los comerciantes del tianguis los fines de semana que era cuando tenían sus actividades, lo cual llevó a graves afectaciones económicas (De la Rosa, 2020). Durante estas afectaciones económicas los comerciantes del tianguis no recibieron apoyo gubernamental (Trejo, 2021).

En un estudio realizado por Delgado et al. (2022) plantea que en los vendedores ambulantes (trabajadores informales) un 82.6 % prefiere exponerse a la enfermedad antes que dejar de laborar y hasta tienen 7 veces menos miedo de fallecer por la COVID- 19. Cabe agregar que 68.7% prefiere infectarse antes que dejar de laborar. Además, son los que menos llevaron a cabo las medidas sanitarias; esto derivado de que el quedarse en casa no es una opción, pues deben generar ingresos para cubrir sus necesidades diarias.

Estos autores detallan en su estudio que los vendedores ambulantes al llevar sus actividades laborales tenían un acercamiento con las personas menor a un metro de distancia, y que sólo el 9.6% contaba con un lavamanos, 33.9% se desinfectaba las manos, 6.1% usaba guantes, 30.4% usaba cubrebocas y 7% podía desinfectar superficies (Delgado *et al.*, 2020).

Los datos anteriores muestran como un porcentaje muy bajo de este sector (comerciantes informales) implementó medidas sanitarias adecuadas debido a su posición socioeconómica y laboral vulnerable en que se encuentran.

Por el contrario, con los trabajadores formales hay un contexto muy diferente, ya que sólo un 18.4% elige exponerse a la enfermedad para poder llevar a cabo su trabajo y sólo 14% prefiere infectarse antes que dejar de llevar a cabo sus actividades laborales. Cabe agregar, que en sus actividades laborales 77.8% contaba con un lavamanos, 76.2% se desinfectaba las manos, 23.8% usaba guantes, 46.8% usaba cubrebocas y 68% podía desinfectar superficies (Delgado *et al.*, 2022).

Estas cifras muestran la desigualdad que hay entre un trabajo informal y un trabajo formal y las condiciones de trabajo en las que se exponen y laboran. Aunado a esto, los vendedores ambulantes presentan mayormente enfermedades como diabetes, hipertensión y obesidad, lo que posibilita mayores complicaciones al contraer la enfermedad COVID 19, además de no contar con ningún tipo de seguridad social como IMSS o el ISSSTE por parte de su trabajo (Delgado *et al.*, 2022).

Esta investigación parte desde la determinación social de donde se aborda el problema, no sólo desde la perspectiva del paradigma médico hegemónico, sino considera los procesos socio-históricos, las clases sociales, las políticas de distribución de recursos, las condiciones de producción y reproducción social, así como las relaciones de poder que repercuten en la relación salud-enfermedad-atención de los individuos y colectivos.

Esta clase de estudios desde la promoción de la salud puede ayudar a que se reflexione que la salud y enfermedad son también hechos sociales. Es decir que, la posición social, laboral y de poder en la que se encuentren las personas impactará de manera negativa o positiva en su proceso de salud-enfermedad. Se trata de hacer visible los problemas de salud de una población que de pronto no es tomada en cuenta para los programas institucionales de salud por pertenecer a la informalidad.

Diseño Metodológico

La presente investigación se desarrolló bajo una metodología cualitativa ya que lo que se buscó investigar eran cuáles eran los hechos a través de lo que nos dice los comerciantes entrevistados del tianguis que afectaron su salud durante la pandemia COVID-19 y qué condiciones laborales afrontaron. Este tipo de investigación pone especial interés en la forma en que las personas refieren sus problemas en determinados contextos. La metodología cualitativa no busca cuantificar el fenómeno sino recabar, a partir de los que nos narran las personas, sus experiencias en un espacio determinado (Bautista, 2011).

Es por todo lo anterior, que se hicieron entrevistas semiestructuradas, con una cédula de entrevista previamente diseñada. Complementario a esto se emplearon técnicas de investigación documental y se revisaron artículos de revistas de divulgación científica, libros y noticias de periódicos sobre el tema en cuestión.

La población de estudio fueron los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. La muestra consistió de 11 comerciantes, fueron mujeres y hombres con una edad entre 26 a 75 años, las entrevistas se llevaron a cabo los domingos, ya que es el día en el que los comerciantes del tianguis se instalan. Se recopilaron algunas variables que nos dan cuenta de su perfil sociodemográfico, como la proporción de sexos, edad, lugar de residencia y el nivel de escolaridad. En el caso de su salud se indagó sobre el tipo de servicios de salud, las afecciones en su salud. De sus condiciones laborales se les preguntó sobre su contexto laboral y afectaciones laborales.

Consideraciones Éticas

En las investigaciones cualitativas se tiene un acercamiento entre la investigadora y los investigados, por lo cual son importantes ciertas consideraciones éticas como lo son el respeto a los derechos humanos, la confidencialidad y el consentimiento informado. Asimismo, los participantes se podrán retirar de la investigación cuando lo consideren necesario (Bautista, 2011).

Se les preguntó a los participantes si aceptaban ser parte de una investigación, y se les mencionó el objetivo de dicha investigación. Posteriormente, se les proporcionó una carta de consentimiento, donde queda asentado por escrito su consentimiento en la participación del estudio, garantizando la protección de sus datos personales por medio de un aviso de privacidad.

Capítulo 1. Concepción de la Salud

1.1 Desde los Organismos y Conferencias Internacionales

En el siguiente apartado se expone cómo algunos organismos internacionales hacen referencia al campo de la promoción de la salud. Asimismo, se hace una breve reconstrucción sobre los temas que han tratado las nueve conferencias internacionales sobre la promoción de la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f), plantea que la promoción de la salud consiste en crear políticas saludables a través de la participación de comunidades, organizaciones e instituciones, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud de las personas.

Por su parte, la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES, 2003), es una asociación donde contribuye un equipo multidisciplinario de profesionales e instituciones que generan estudios en áreas de promoción y educación para la salud y llevan acciones de participación comunitaria, enseñanza y políticas públicas para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La promoción de la salud es un campo de conocimiento que consiste en llevar a cabo nuevas acciones para obtener salud en las personas. Asimismo, se enfoca en varias esferas sociales donde se desenvuelven los grupos poblacionales (Casanova, 2020).

Casanova (2020), menciona también que a través de la historia se han llevado a cabo nueve conferencias internacionales sobre promoción de la salud, las cuales han tratado de enfatizar el aprendizaje en salud, la colaboración comunitaria y la prevención en diferentes niveles.

Las conferencias enfatizan que la promoción de la salud no se aborda solamente en empoderar a las personas a través de aprendizaje, actitudes y habilidades, sino también se consideran aspectos políticos, sociales, culturales y del medio ambiente que repercuten en la salud de las personas. A continuación, se presentan las distintas conferencias y sus principales contribuciones.

En la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud (1986) se realizó en Ottawa, Canadá, con el objetivo de replantearse el concepto salud pública y las problemáticas a nivel internacional de esta. En esta conferencia se concibe a la promoción de salud como una herramienta que proporciona los recursos necesarios para que las personas tengan una mejor salud, y por primera vez el centro de atención no es la enfermedad, sino la salud en positivo.

En esta conferencia se menciona la paz, educación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad como prerequisites de la salud. Así también, se deben considerar las siguientes líneas de acción: elaboración de políticas públicas, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

En cuanto a la segunda conferencia de promoción de la salud a nivel mundial en Adelaida, Australia (1998), se planteó la importancia de las políticas públicas para la salud de las personas. También se reconoció la necesidad de que las políticas económicas, sociales y de salud deberían de trabajar en conjunto.

En la tercera conferencia, llevada a cabo en Sundsvall, Suecia (1991), se mencionó la importancia de crear contextos que propicien la salud de las personas a través de acciones que favorezcan su calidad de vida. Algunos elementos de estos contextos eran el cuidado del medio ambiente físico, social y político que propicien el bienestar.

En cuanto a la cuarta conferencia celebrada en Yakarta, República de Indonesia (1997) la cual tuvo la peculiaridad de celebrarse por primera vez en un país subdesarrollado y donde se incluyó por primera vez al sector privado. Entre lo más relevante que se mencionó fue el aspecto de la necesidad de actualizar las estrategias de promoción de la salud para enfrentar los nuevos retos del siglo XXI.

Otro aspecto destacado que se mencionó fue la importancia de invertir recursos en pro de la salud, formalizar alianzas entre diferentes sectores, capacitar a comunidades y consolidar infraestructura en promoción de la salud para un desarrollo social óptimo.

En la quinta conferencia celebrada en Ciudad de México, México (2000) se menciona la importancia de la promoción de la salud en políticas y programas para mejorar la salud de las personas. Donde la participación de las sociedades y las redes de apoyo a nivel nacional e internacional es fundamental para mejorar la salud.

Respecto a la sexta conferencia celebrada en Bangkok, Tailandia (2005) se mencionó la importancia de la promoción de la salud en estrategias y compromiso en intervenciones en los determinantes de la salud en un mundo globalizado. La importancia de que haya alianzas entre la sociedad civil, gobiernos, sector privado, comunidades a nivel nacional e internacional al beneficio de la salud.

En la séptima conferencia celebrada en Nairobi, Kenia (2009) se estableció la importancia de utilizar la promoción de la salud para resolver situaciones del medio ambiente, epidemias y situaciones económicas. Así como también se ha implantado en programas de salud.

En esta misma conferencia se plantean ciertas estrategias de promoción de la salud como es la alfabetización en salud a los individuos, para que ellos mismos puedan tomar mejores decisiones en favor de su salud. La importancia de llevar a cabo alianzas en las comunidades para mejorar la salud y haya una equidad social.

En la octava conferencia celebrada en Helsinki, Finlandia (2013) se mencionó la importancia de las acciones en salud desde un enfoque gubernamental. Se destacó la importancia de los factores externos que determinan el contexto de salud. Una política de salud eficaz debe abarcar todas las áreas políticas, incluidas las políticas sociales, fiscales, ambientales, educativas y de investigación.

Finalmente, en la novena conferencia de Shanghái, China (2016) se mencionó el avance que ha habido en la promoción de la salud y equidad sanitaria y la importancia de la promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible.

Aunado a lo anterior, a lo largo de estas conferencias se fueron retomando conceptos claves de una hacia otra conferencia como la salud, promoción de salud, políticas en pro de la salud, alianzas y participación comunitarias en los distintos sectores sociales. Las similitudes que tienen estas conferencias es que se menciona la importancia de la salud y de la promoción de la salud aplicada en las políticas públicas, en ampliar espacios en pro de la salud, en las alianzas con diferentes sectores ya sea comunidades, asociaciones o instituciones en bienestar de los individuos y las comunidades para afrontar nuevos retos en salud.

Las diferencias que se presenta de una conferencia a otra son que, en la cuarta conferencia celebrada en Yakarta, República de Indonesia (1997) fue la primera que se llevó a cabo en un país subdesarrollado y se incluyó al sector privado en donde se retomó el concepto de promoción de la salud y su aplicación. En la novena conferencia Shanghái, China (2016) se menciona por primera vez la importancia de la promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible que se vincula con la promoción de la salud en mejorar las condiciones de vida, la participación comunitaria y mejorar los entornos comunitarios.

1.2 ¿Qué es la Promoción de la Salud?

En el apartado anterior, se retoman las conferencias internacionales que abordan la promoción de la salud, las similitudes y diferencias entre ellas y los aportes de estas. Para esta sección se va a profundizar en el concepto de promoción de la salud, se realizará una pequeña reconstrucción histórica del mismo, así como los exponentes más relevantes en este campo de conocimiento.

En 1945 Henry Sigerist, un historiador suizo, fue el primer en utilizar el concepto de promoción de la salud en el contexto de las instituciones. Más adelante, en 1958, los trabajos de Leavell y Clark consideran a la promoción de la salud de utilidad en el primer nivel de atención de instituciones de salud (Chapela y Cerda, 2009).

Por su parte Czeresnia (2006) menciona que 1976, Leavell y Clark contextualizan a la promoción de la salud como fundamental en el primer nivel de atención. Por su parte, la medicina social retoma la promoción de la salud desde autores como Virchow, Villermée y Chadwick, se destaca la relación entre salud y las condiciones de vida donde se desenvuelven los individuos en sus diferentes contextos, ya sea el ámbito donde viven o en el trabajo.

Para Restrepo (2001) también fue Henry Sigerist, un salubrista, el primero en usar el concepto de promoción de salud como eje fundamental de la medicina y que también lo usó para relacionarlo con la educación para la salud y para las acciones del estado por mejorar las condiciones sociales de vida de los individuos, por lo tanto, no centraba la atención de la salud en la intervención clínica sino en el mejoramiento de las condiciones de vida.

Por otra parte, la promoción de la salud se ha mencionado en distintos informes como en lo expresado en el informe de Marc Lalonde en Canadá y le han complementado otros informes donde se considera la relación de salud con cuestiones del medio ambiente y la reorientación de los servicios de salud.

En 1978 en la conferencia en Atención Primaria en Alma Ata, Rusia, se enfocó en la importancia de la atención primaria y la promoción de la salud (Chapela y Cerda, 2009).

De La Guardia y Ruvalcaba (2020) plantean que la promoción no es sólo se enfoca en trabajar las destrezas de los individuos, sino que también en modificar los contextos donde se devuelven a favor de su salud.

Rodríguez, *et al.*, (2008) mencionan que la promoción de la salud no se limita únicamente a instituciones de salud. La promoción de la salud también puede lograrse a través de medios políticos, económicos, educativos y sociales. Los enfoques de la promoción de la salud abordan tanto a las personas en lo individual como a la sociedad en su conjunto, desde un punto de vista que trata de intervenir en la comunidad de manera integral y transformadora para el desarrollo comunitario.

A partir de esta breve revisión del concepto, sus antecedentes y las actuales consideraciones se puede definir a la promoción de la salud como una herramienta para transformar las condiciones de vida y sus habilidades de los individuos en lo individual pero también en lo comunitario. A través de las diferentes esferas sociales y la intervención gubernamental.

1.3 Perspectiva Biomédica

En el siguiente apartado se tiene como objetivo revisar y exponer algunos elementos más relevantes de la perspectiva biomédica convencional para posteriormente contrastar con una propuesta alternativa que se alejan del paradigma biomédico.

La perspectiva biomédica es uno de los modos de atención y de investigación más convencional en países desarrollados y subdesarrollados y está conformada por médicos y paramédicos donde dominan saberes biológicos, bioquímicos y genéticos que se encargan de atender padecimientos biológicos y mentales, donde se excluye aspectos culturales, sociales y el saber del paciente.

La perspectiva biomédica tradicional es la única que ha logrado organizarse internacionalmente a través de la Organización Mundial de la Salud (Menéndez, 2009).

Para Ríos (2011), el modelo biomédico ha sido una construcción de conocimiento histórico que se ha generado a través del concepto salud-enfermedad. Este modelo fue impulsado desde que Da Vinci y Vesalio describieron la anatomía humana a través de representaciones gráficas. En el siglo XVII otro acontecimiento que impulsó el modelo biomédico fue la intervención del microscopio.⁴ En esta misma época René Descartes plantea tres elementos de la investigación para el proceso salud y enfermedad los cuales fueron la explicación cuantitativa, dualismo y el mecanismo.

Por su parte, Baetas (2015) define el modelo biomédico desde un enfoque donde el cuerpo es considerado biológico y su funcionamiento se basa en las leyes de la física clásica. Se considera salud cuando hay ausencia de enfermedad.

Para Carrasco y Tuillang (2014) lo biomédico se centra en los síntomas y patologías que presenta un individuo. Su campo de acción se lleva a cabo en hospitales. No se toma en cuenta su contexto social y sus relaciones interpersonales de los individuos.

A partir de las definiciones anteriores se puede definir al modelo biomédico que se centra en aspectos biológicos, anatómicos y fisiológicos. Centrándose en el individuo aislado y no tomando en cuenta el aspecto social en el que se desarrolla el individuo, sus relaciones interpersonales y sociales.

⁴Por Anthony Van Leeuwenhoek un comerciante quien fue el primero en visualizar y describir protozoos, células sanguíneas, espermatozoides y el ciclo de vida de algunos insectos.

1.4 Perspectiva de la Determinación Social

En el siguiente apartado se explicará qué es la determinación social y su surgimiento. Así como también entender la salud desde una perspectiva diferente.

El estudio de la salud desde la determinación social permite tener una visión diferente, que no obedece aspectos biológicos, anatómicos y fisiológicos solamente, sino también entender la salud-enfermedad desde un proceso social e histórico donde los aspectos estructurales, económicos, sociales y culturales van a tener un efecto en los modos en que la población tiene o no acceso a las condiciones de salud. Asimismo, los procesos sustentables, solidaria, soberanía y saludable que son nombradas como las 4 s de la salud van a intervenir en la determinación social (Kern, 2021).

Morales *et al.* (2013) mencionan que el enfoque de la determinación social de la salud se deriva de la medicina social latinoamericana, que surge a finales de los años 60 y principios de los 70 del siglo XX. Este enfoque se analiza el proceso de salud y enfermedad desde un proceso complejo, donde asume la sociedad como colectivos en los cuales las relaciones de poder y la acumulación de capital son esenciales para entender los procesos de salud y enfermedad; esto diferenciado por los soportes sociales como la cultura, la clase social, el género y la etnia.

Desde la medicina social latinoamericana, la determinación social explica que la biología y lo social se configuran en un proceso integral, donde lo social y lo biológico están configurados y donde lo social va a tener una repercusión en lo biológico y viceversa. Asimismo, los aspectos geográficos, ingreso económico y de clase social va a determinar la manera de enfermar y morir de los individuos y comunidades (González, 2015).

Según Carmona (2020), la determinación social considera tres aspectos: el plano general (estructura socioeconómica y política), plano particular (clases sociales que determinan los modos de vida de los individuos) y el plano singular (aspectos de genotipo y fenotipo) que interrelacionados determinarán la salud o la enfermedad. La salud, desde este enfoque no solo es entendida como la división entre salud y enfermedad, sino que la aborda como un proceso complejo, histórico y dinámico.

Por otra parte, la epidemiología crítica toma los elementos de la determinación social para dejar de explicar la salud-enfermedad de manera mecanicista, donde la distribución de la enfermedad son simples agregados estadísticos, que ofrece una alternativa al modelo de salud pública actualmente dominante. En la determinación social fue una nueva visión de entender el origen de la salud con un enfoque de reproducción social y una relación de lo social-natural-biológico (Breilh, 2013).

Breihl, menciona que la epidemiología clásica fragmentada explica la enfermedad como efectos sobre el cuerpo humano. Mientras en la epidemiología crítica se entiende a la salud desde una manera integral desde varios procesos sociales. Donde los aspectos geográficos, culturales y simbólicos interaccionan de lo singular, particular y general y tiene un efecto en la salud de las comunidades en su conjunto (ALAMES, 2017).

La importancia de estudiar a la salud-enfermedad como un proceso determinado por las condiciones de vida, nos ayuda ampliar el conocimiento para poder tener mejores intervenciones en salud que favorezcan a los individuos de manera individual y comunitaria. Este enfoque es importante para el campo de la promoción de la salud, ya que para la misma es esencial las transformaciones de las condiciones de vida de los individuos y comunidades en sus distintos contextos sociales.

Capítulo 2. La salud en México

En este apartado se expondrá de manera general el panorama de la salud en México a partir de los inicios de los años ochenta. Así, cómo la implementación de las políticas neoliberales ha afectado al sector salud en México. Asimismo, describir las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en 2020 en la población.

Los problemas de salud en México se agudizaron con las políticas neoliberales que comenzaron a implementarse en los años 80 y 90. Esta se caracteriza porque el Estado sólo necesita brindar apoyo social en situaciones de extrema pobreza, de lo contrario situaciones sociales como: pensiones, sistemas de salud y educación deben ser financiados a través de instituciones privadas. Esto tiene repercusiones en lo económico, político, social y aumenta la pobreza y la desigualdad (Boltvinik, 2004; Menéndez, 2005).

Otro aspecto fue la descentralización del sector salud, consistió que el presupuesto y la coordinación que estaba vinculada al gobierno federal para administrar temas de salud pasaron al gobierno estatal con su propio presupuesto y se les estableció funciones de salud pública, este proceso concluyó en la década de los noventa. Además, los programas de salud se concentraron en los más pobres, agravando sus problemas de salud al ser limitados (Menéndez, 2005).

Un elemento clave del neoliberalismo es la orientación de la política social, que según Gosta Esping Andersen implica que el Estado solo proporciona asistencia social en situaciones de pobreza extrema, donde se evidencie una verdadera necesidad de apoyo. En caso contrario, la ciudadanía debe hacerse cargo de su propia asistencia social (Boltvinik, 2004).

Uno de los problemas de salud más relevantes en México, efecto de las políticas neoliberales, es el derecho a la salud. Esto ha causado deterioro del sistema de salud en México, la principal es la mercantilización de los servicios de salud; puesto que se ha tratado constantemente de privatizar los servicios de salud a la población más vulnerable.

Esto ha implicado a una precarización de los servicios de salud brindado una atención deficiente. Otra causa del deterioro del sistema de salud es la constante reducción del presupuesto para las instituciones de salud públicas que ha ocasionado falta de medicamentos y la degradación de la calidad de la atención (Menéndez, 2005).

Estas causas mencionadas en el párrafo anterior derivado de las políticas neoliberales han tenido serias consecuencias en la calidad de vida de la población, donde las malas condiciones de trabajo y de vida han presentado graves deterioros en la salud de la población vulnerable (López y Jarrillo, 2017).

Estas afectaciones, de políticas de ajuste que se venían implementando desde décadas anteriores, pero fueron más notorias en la pandemia de COVID-19 que ha tenido un mayor impacto en la salud en México debido a los altos índices de enfermedades crónicas, la desigualdad y un sistema de salud débil y fragmentado (Hernández, 2020).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de diabetes en la población mexicana aumentó de 6.2 por ciento a 10.4 por ciento entre 2012 y 2018. Para la hipertensión arterial en los mismos estudios hubo un aumento entre 2012 y 2018 del 16,6 por ciento al 26,7 por ciento. De manera similar, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad aumentó del 71,3 por ciento al 75,2 por ciento en 2012 y 2018. La diabetes, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad contribuyen al desarrollo grave de la enfermedad de COVID-19 por el virus SARS- CoV-2 (Vique y Galindo, 2021).

2.1 Políticas Neoliberales: su Impacto en el Sistema de Salud

La atención de la salud se encuentra vinculada con la economía, la política y la cultura, ésta se ha institucionalizado a través de instalaciones, servicios y equipo para brindar un servicio de atención. Sin embargo, las comunidades también han evolucionado y se han organizado para desarrollar intervenciones alternativas a través de instituciones especializadas para el manejo de la salud y la enfermedad (López y Jarrillo, 2017).

La protección de la salud a través de la seguridad social se implementa en función de las necesidades de los empleados. En 1910, tras la Revolución Mexicana, se emitió la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1917, que establece el derecho a la seguridad social y a la atención sanitaria. Posteriormente se promulgaron ciertas leyes, como la Ley de Seguridad Social de 1943 y tiempo después, en 1959, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que también menciona la protección de la salud (Ortiz, 2020).

El sistema de salud en México está conformado por los servicios privados y públicos. En los servicios privados se atiende población con capacidad financiera para pagar por servicios de salud. En el caso de los públicos se divide en dos poblaciones es asegurada que son trabajadores formales y que se atiende en las instituciones como el IMSS (fundado 1943 por el entonces presidente Manuel Ávila Camacho), ISSSTE (fundado en 1960), PEMEX, SEDENA y MARINA y la población no asegurada que son trabajadores informales (autoempleados, vendedores ambulantes y comerciantes) que se atiende en la Secretaría de Salud (SSA) fundada en 1943 y Servicios Estatales de Salud (SESA) (Gómez *et al.*, 2011; Lomelí, 2020).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) menciona que, de la población total de 126 millones 014 024 habitantes de México, 92 millones 582 mil 812 de esta población está afiliada al sector sanitario, que es el 73.5 %, y de la población que no cuenta con afiliación sanitaria es de 32 millones 999 mil 713 habitantes, lo que corresponde al 26.2 %.

El modelo neoliberal ha tenido implicaciones en el sistema de salud en México, derivado de sus políticas que tienen como característica la reducción del Estado es sus responsabilidades sociales como por ejemplo la salud y que el mercado asuma dichas responsabilidades sociales a través de la mercantilización del sistema de salud (Salazar, 2004).

El sistema de salud en México desde la década de 1980, ha tenido diversas transformaciones y reformas a partir de la entrada de las políticas neoliberales, guiadas por la lógica de la privatización en el campo social y de la salud. En esta lógica se reorganizan las propiedades del sistema de protección social y cambio de las relaciones público-privadas (López y Jarrillo, 2017), estos autores mencionan que dichas políticas reorganizan el sistema de salud.

Un ejemplo de esto fue el Seguro Popular donde se ofrecía un paquete de atención básica de salud que cubría solo padecimientos del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

Para Cortés (2017) los avances en la política neoliberal son evidentes en los contextos sociales en México y en otros países de América Latina. En el contexto de la salud en México implica la reducción de los derechos que contribuye al acceso a la seguridad social y de servicios de salud.

El derecho a la salud está protegido por instrumentos jurídicos como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM] (1917) que menciona en el artículo 4to que toda persona tiene derecho a la protección a la salud y que el Estado tiene la obligación de proteger la misma.

Una de las leyes que menciona la protección a la salud es la Ley General de Salud (1984) que en el artículo 1, nos menciona el derecho a la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así también lo menciona la Declaración Universal de los Derechos Humanos [DUDH] (1948) que en el artículo 25 describe que toda persona tiene derecho a la salud, servicios médicos y sociales que le permitan tener una calidad de vida adecuada.

En el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. El Protocolo de San Salvador (1988) en este instrumento jurídico internacional menciona en el artículo 10 que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

Como se pudo apreciar en esta sección existen una serie de mecanismos jurídicos donde México forma parte de ellos y que deberían garantizar el derecho humano a la salud, sin embargo, como se pudo ver también en esta sección desde hace muchas décadas este proceso en el país se ha ido mermando por las diferentes políticas neoliberales implementadas, con consecuencias graves para la salud de la población.

2.2 Afectaciones del COVID-19: Laborales y de Salud

El virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19⁵ que empezó su propagación en Wuhan, China ocasionando una pandemia a nivel mundial. Esta enfermedad ha ocasionado graves problemas de salud, pero también ha cambiado la dinámica social. Por ello, se implementaron ciertas medidas higiénicas y se han tenido que cerrar establecimientos (escuelas, centros de trabajo y restaurantes etc.) para limitar la interacción de las personas y de la sociedad en su conjunto con la finalidad de evitar la propagación de la enfermedad (García y Villasís, 2020).

⁵El COVID-19 es una enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2.

Por lo tanto, la pandemia ha llevado a la pérdida de empleos a causa del distanciamiento físico y medida implementada por las autoridades de salud, aspecto que no ha sido únicamente en México sino en todas partes del mundo.

Además del distanciamiento físico en los trabajos esto ha tenido implicaciones en la manera en la que se dan las interacciones sociales (Meza y Hernández, 2020).

Para Ruiz (2020), derivado de la pandemia, la COVID-19, México está en una crisis económica derivada del cierre de actividades económicas, que afectó el crecimiento económico, por lo cual condujo a un aumento del desempleo y subempleo. En México ha habido un cambio considerable de trabajadores del sector formal al sector informal, especialmente durante periodos de crisis económica. Debido a la falta de acceso a los servicios de seguridad social, la población que tiene un empleo informal es la más afectada por el COVID-19.

Estos trabajadores informales se caracterizan en un gran sector de la población mexicana, acercándose al 60%, es decir, de casi 10 empleos generados a nivel nacional, 6 de ellos están en el sector informal sin la posibilidad de acceso a un sistema de salud digno (Meza y Hernández, 2020).

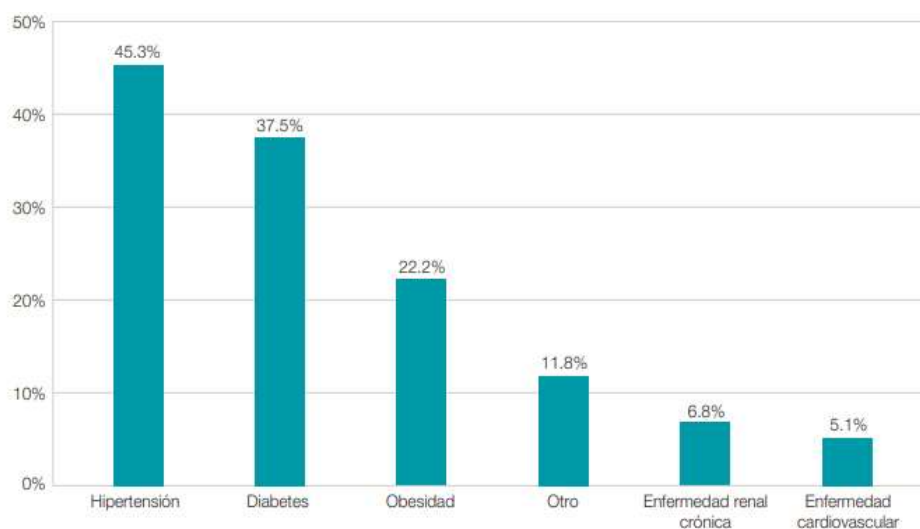
Figura 1 Población Ocupada de 25 a 64 años, según condición de trabajo informal, 2005 a 2023.



Fuente: INEGI (2023).

Las afectaciones en la salud derivado del aumento de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, cáncer y enfermedad renal crónica, tuvieron un impacto aún mayor en la salud e incluso de morir de COVID-19 en la población (Sepúlveda *et al.*, 2021).

Figura 2 Presencia de comorbilidades en pacientes con COVID-19 letal en México.



Fuente: Sepúlveda *et al* (2021).

Además, el neoliberalismo implementado en México tiene un sistema de salud vulnerable porque las personas sin seguridad social han quedado más desprotegidas porque la institución pública que los atiende no tiene recursos suficientes para brindarles una atención de calidad.

El seguro popular atendió a la población sin seguridad social hasta diciembre del 2019 y lo sustituyó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Ante esta situación de recursos insuficientes la población busca tratamiento en instituciones privadas (Pamplona, 2020).

La pobreza y la imposibilidad de aislarse en casa han contribuido a las desigualdades sociales en la propagación del virus SARS –CoV- 2 entre la población. Esto es preocupante el COVID-19 ha causado daños en la salud de la población, ya que no fue tratado, diagnosticado y manejado adecuadamente debido a la pobreza y problemas sociales. (Sepúlveda *et al.*, 2021).

Sumado a lo anterior, los comerciantes hacer trabajadores informales sin seguridad social son parte de una población vulnerable porque la institución pública que los atienden no cuentan con recursos suficientes para brindarles buenos servicios de atención.

2.3 Medidas Sanitarias y Programas de Vacunación

México implementó medidas sanitarias para evitar la propagación de COVID 19 debido al brote ocurrido. El programa Sana Distancia fue creado por la Secretaría de Salud el 23 de marzo de 2020, luego de que el gobierno federal detuviera las clases presenciales. El 30 de marzo del mismo año marca el fin de las actividades no esenciales (Sepúlveda et al., 2021).

Para mantener informada a la población de las medidas sanitarias a seguir se implementaron conferencias e informes diarios. La campaña establecida de Susana distancia y el Escuadrón de la Salud COVID-19 fue un referente para mantener una sana distancia y evitar la propagación del virus. Así, también se estableció un semáforo epidemiológico para indicar la categoría de riesgo de cada estado donde cada color tenía un significado (Sepúlveda *et al.*, 2021).

Nivel rojo, quédate en casa.

Nivel naranja, evita salir.

Nivel amarillo, tomar medidas de higiene al salir.

Nivel verde, la nueva normalidad.

Figura 3 *Susana Distancia y el Escuadrón de la Salud COVID-19.*



Fuente: Sepúlveda *et al.* (2021).

Además de las medidas de aislamiento también existieron medidas individuales de autocuidado que se implementaron para disminuir la propagación del virus SARS-CoV-2 como la sana distancia, uso de cubrebocas, uso de gel antibacterial y evitar salir a lugares concurridos. Aunque se establecieron las medidas sanitarias. La población no contó con apoyos económicos para mantenerse en confinamiento. Ni tampoco inspecciones para garantizar la salud de los trabajadores (Sepúlveda *et al.*, 2021).

La vacunación es uno de los avances más significativos en la ciencia. Estas ayudan a prevenir que las personas desarrollen enfermedades infecciosas y a disminuir que también mueran las personas. Así pues, se han desarrollado diferentes vacunas para combatir la pandemia COVID-19 por el virus SARS-CoV-2. México se convirtió en la primera nación en ofrecer cinco vacunas para combatir la pandemia COVID-19. Entre las que se encuentra Pfizer, Astra, SputnikV, Cansino y Sinovac (Galindo *et al.*, 2011; Gobierno de México, 2021).

La aplicación de las vacunas se hizo de manera escalonada. Se empezó la vacunación primero con la población prioritaria.

Figura 4 Etapas de la estrategia de vacunación por grupos poblacionales priorizados.



Fuente: Gobierno de México (2021).

Para administrar la vacuna a la población, se solicitaba un comprobante de vacunación.

Figura 5 Comprobante de vacunación contra el virus SARS-CoV-2.

The image shows two forms related to COVID-19 vaccination, both from the 'BRIGADA Correccaminos'.

Form 1: EXPEDIENTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2
 This form is used to record vaccination details. It includes fields for:

- Fecha de la vacunación (Date of vaccination)
- Marca de vacuna (Vaccine brand)
- Lote (Batch)
- Dosis (Dose): PRIMERA (First) or SEGUNDA (Second)
- Personal information: NOMBRE (Name), APELLIDO 1 and 2 (Surnames), SEXO (Sex), EDAD (Age)
- CURP (Clave única de registro de población)
- Teléfono ó celular 1 and 2
- Correo Electrónico
- Address: Calle, N. Exterior, N. Interior, Colonia, C.P., Municipio, Estado
- PADECIMIENTOS (Medical conditions): Diabetes, Hipertensión, Otra (opcional)

Form 2: COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV2 PERSONA INTERESADA
 This is a certificate of vaccination. It includes fields for:

- Fecha de la vacunación
- Marca de vacuna
- Lote
- Dosis: PRIMERA or SEGUNDA
- Personal information: NOMBRE, APELLIDO 1 and 2, SEXO, EDAD
- CURP
- FOLIO DE REGISTRO MIVACUNA (OPCIONAL) AM-...

 Below the fields, there is a section titled 'INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE TU VACUNA' which provides instructions on what to do after vaccination, such as reporting any adverse events to the health authorities.

Fuente: Gobierno de México (2021).

Capítulo 3. El Estado de México

En esta sección se abordará las características del área de estudio. Se comenzará, de manera breve, por las características del Estado de México; su población económicamente activa y no activa económicamente y los servicios de salud disponibles. Después se abordará la historia del municipio de Nezahualcóyotl; los servicios públicos que ofrece (agua, drenaje, servicios sanitarios, electricidad, almacenamiento de agua y cisterna), sus actividades económicas y su población económicamente activa y no activa. Así, también las características educativas y de salud, para finalmente, hablar de las características del Bordo de Xochiaca, espacio donde está centrada esta investigación.

La creación del Estado de México se creó bajo dos regímenes políticos: las intendencias de México y la Diputación provincial de la Nueva España. El territorio del Estado de México ha tenido muchos cambios geográficos a lo largo del tiempo. Hay, actualmente, 125 municipios en su territorio (Jarquín *et al.*, 2011).

La fundación del Estado de México, fue el 2 de marzo de 1824, Toluca de Lerdo es su capital. Cuenta con una población total de 16 millones 922 mil 418 habitantes, de la cual 8 millones 741 mil 123 habitantes son mujeres, mientras que 8 millones 251 mil 295 son hombres (INEGI ,2020).

Figura 6 *Estado de México*

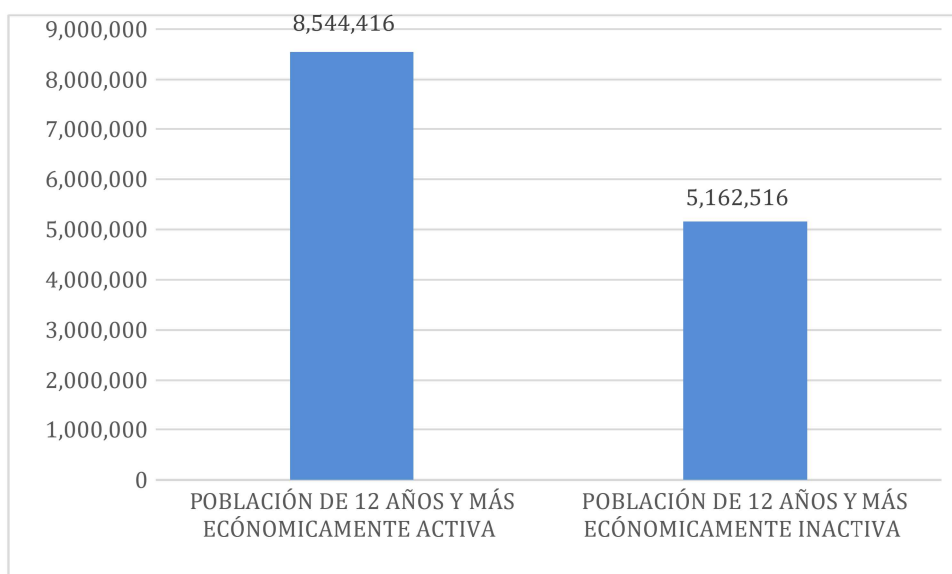


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

La población total del Estado de México de más de 12 años económicamente activa, es de 8 millones 544 mil 416 habitantes. La población femenina de 12 años y más, económicamente activa, es de 3 millones 549 mil 802. Mientras que la población masculina de 12 años y más, económicamente activa, es de 4 millones 994 mil 614 (INEGI, 2020).

La población total de 12 años y más, que no son económicamente activas es de 5 millones 162 mil 516 personas. La población femenina de 12 años y más, no económicamente activa es de 3 millones 571 mil 005. Mientras la población masculina es de 1 millón 591 mil 511 (INEGI, 2020).

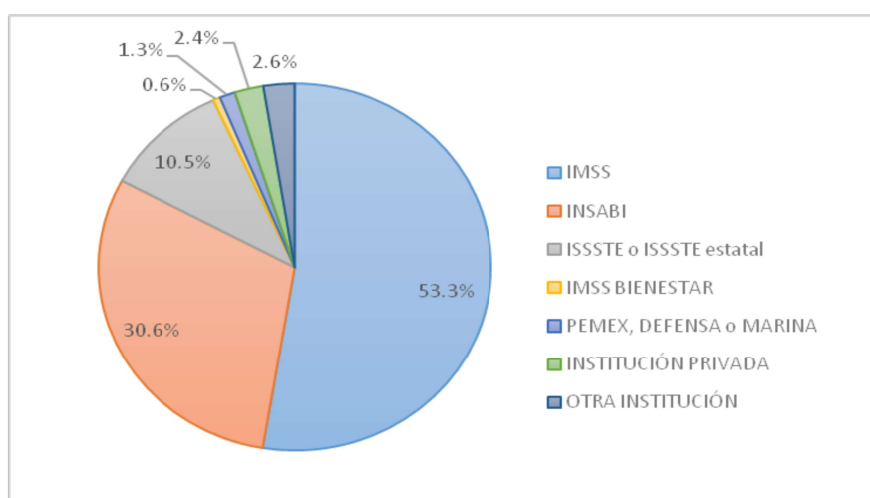
Figura 7 Se muestra la población económicamente activa e inactiva en general del Estado de México.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

En el Estado de México 66.3% de los habitantes se encuentran asociados a un servicio de salud tanto público como privado. Mientras 33.4% de habitantes no se encuentran vinculados a un servicio de salud (INEGI, 2020).

Figura 8 Servicios de salud del Estado de México.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

3.1 El Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México

Según refiere Elizarraraz (2022-2024), este municipio fue poblado en los años de 1940 por habitantes de distintos estados de la república, así como de algunas alcaldías de la zona oriente de la Ciudad de México.

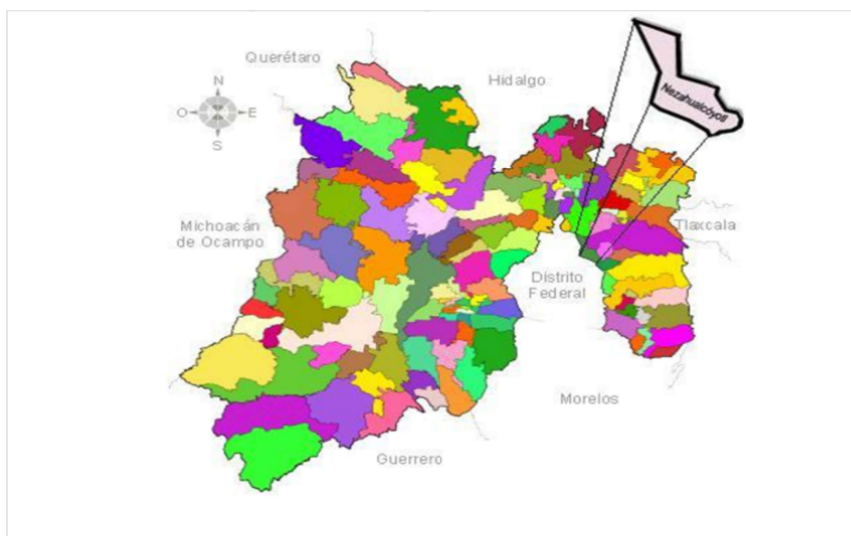
Nezahualcóyotl es el segundo municipio con mayor número de habitantes del Estado de México, sólo superado por Ecatepec. Cuenta con una población total de 1 millón 077 mil 208 habitantes de la cual 557 mil 286 son mujeres y 519 mil 922 son hombres (H., Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 2019; INEGI, 2020).

La propuesta de establecer un nuevo municipio en el Estado de México fue planteada por el Dr. Gustavo Baz Prada (1894-1987), quien abogó por la creación de Nezahualcóyotl. Originalmente estaba conformado por el Ex Vaso de Texcoco y luego pasó a formar parte del municipio de Chimalhuacán Atenco. Esta iniciativa obtuvo legislación, dando lugar al establecimiento de este nuevo municipio el 23 de abril de 1963 (Aréchiga, 2011).

Las primeras personas que comenzaron a poblar lo que es hoy el municipio de Nezahualcóyotl, eran de bajos recursos económicos. Las primeras ventas de los terrenos se realizaron en condiciones desfavorables (sin servicios de agua y electricidad). Las mensualidades aproximadamente de los terrenos eran de 10 y 15 pesos y la compra de un terreno de contado era de 650 pesos. Las primeras casas fueron construidas con tabiques sobrepuestos, con láminas amarradas con un lazo, con piso de tierra y sin suministro adecuado de electricidad y agua (Aréchiga, 2011).

Las problemáticas que enfrenta la población de Nezahualcóyotl son la pobreza, la seguridad, la salud y la alimentación (Data México, 2020).

Figura 9 *Municipio de Nezahualcóyotl. Localización en el Estado de México*

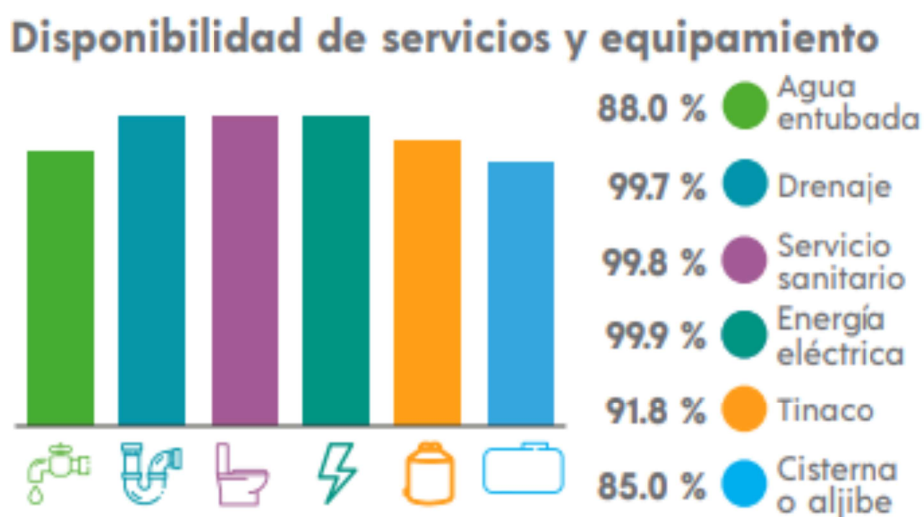


Fuente: H, Ayuntamiento de Nezahualcóyotl (2019).

3.2 Accesibilidad a Servicios Básicos

En esta sección se expondrán los servicios disponibles (agua, drenaje y electricidad etc.) que hay dentro de Nezahualcóyotl. Así también las actividades económicas y la población económicamente activa y no económicamente activa dentro del municipio.

Figura 10 *Disponibilidad de servicios y equipamiento*



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

Según INEGI en el censo del 2020 en Nezahualcóyotl 88.0% de las personas cuentan con agua potable en sus hogares. Sin embargo, derivado de la reparación de ciertas tuberías la escasez de agua se hace presente en el municipio y en sus colonias entre las que se encuentra la Colonia el Sol (Ramón, 2024).

R.M. Hernández (comunicación personal, 31 de marzo del 2024) menciona que desde hace dos años en la Colonia el Sol siempre ha faltado el agua. Luego se debe surtir de pipas y estas son costosas pues cobran \$150 por metro cúbico y se debe abastecer de estas pipas cada dos días.

Respecto a las actividades económicas de Nezahualcóyotl, éstas se componen del sector secundario⁶ y el sector terciario⁷ que este último es el que va en aumento dentro del municipio. La economía de Nezahualcóyotl se basa en los mercados, el comercio (venta de dulces, muebles, azulejos, etc.) y plazas comerciales que son una de las principales fuentes de ingresos económicos. Asimismo, una actividad importante es la microindustria de vestido que se desarrolla en el municipio (Guerrero, 2011; Quintero y López, 2009).

Respecto a la población en edad de laborar, los datos revelan que la población total de 12 años y más económicamente activa, es de 561 mil 269. La población femenina de 12 años y más económicamente activa es de 241 mil 741. Mientras la población masculina de 12 años y más económicamente activa es de 319 mil 528 (INEGI, 2020).

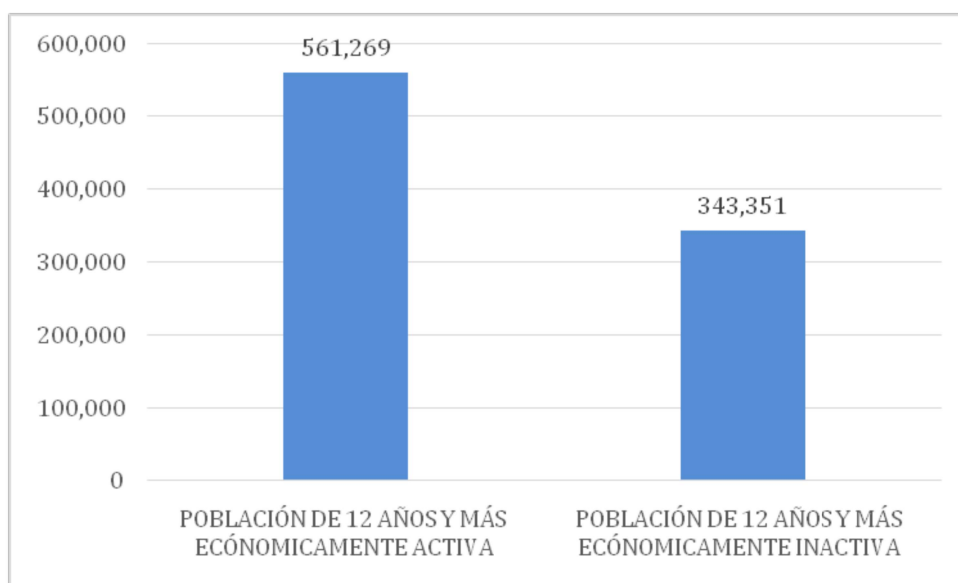
La población total de 12 años y más, que no son económicamente activos es 343 mil 351 personas. La población femenina de 12 años y más, no económicamente activa, es de 230 mil 311. Mientras la población masculina es de 113 mil 040 (INEGI, 2020).

Ahora bien, cuatro de diez personas en edad productiva que habitan Nezahualcóyotl se encuentran laborando. Lo que nos muestra la falta de oportunidades laborales (Quintero y López, 2009).

⁶El sector secundario está conformado por la industria y manufactura.

⁷El sector terciario está conformado por el comercio, el transporte, los hoteles y los restaurantes.

Figura 11 *Se muestra la población económicamente activa e inactiva en general de Nezahualcóyotl*



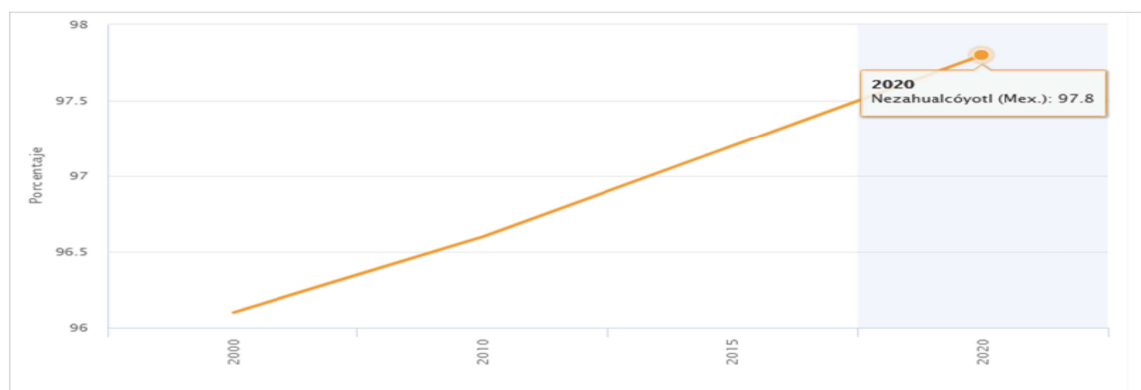
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

3.3 Educación

Nezahualcóyotl ofrece educación a través de las distintas instituciones educativas tanto públicas como privadas. Tanto en el nivel preescolar como en el nivel avanzado. Once bibliotecas están incluidas en su infraestructura. El listado de instituciones educativas incluye 117 preescolares, 329 escuelas primarias, 108 escuelas secundarias y 43 instituciones de nivel superior (Guerrero, 2011).

La población de 15 años y más que son alfabetas fue de 97.8% en el 2020 este porcentaje ha aumentado pues en el 2000 era de 96.1 % (INEGI, 2020).

Figura 12 *Porcentaje de personas de 15 años y más alfabetas (Porcentaje), 2020*



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

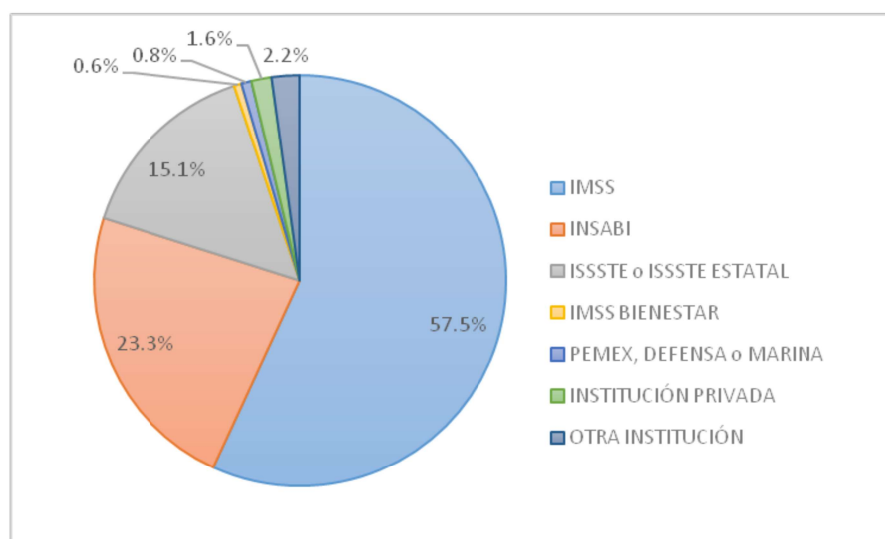
3.4 Servicios de Salud en Nezahualcóyotl

En Nezahualcóyotl, 64% de personas se encuentran vinculadas a un servicio de salud tanto público como privado. Mientras 35.3% personas no cuentan con ningún prestador de servicio de salud (INEGI, 2020).

Algunas de las instituciones que ofrecen servicios de salud en Nezahualcóyotl son: tanto públicas como instituciones privadas. Entre las más destacables de las instituciones públicas son:

Hospital General “Gustavo Baz Prada”, 23 centros de salud estatales, una clínica del ISSEMYM, cuatro unidades de medicina familiar del IMSS, dos clínicas del ISSSTE, cuatro clínicas de la UNAM, Cruz Roja La Perla, un centro de integración juvenil, un albergue para drogadictos anónimos, una casa de la tercera edad, un albergue temporal infantil y el Centro Municipal de Atención a las Adicciones (CMAA). (Salvador y Morales, 2009, p. 76)

Figura 13 Servicio de salud de Nezahualcóyotl.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Datos tomados del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

3.5 Características del Bordo de Xochiaca

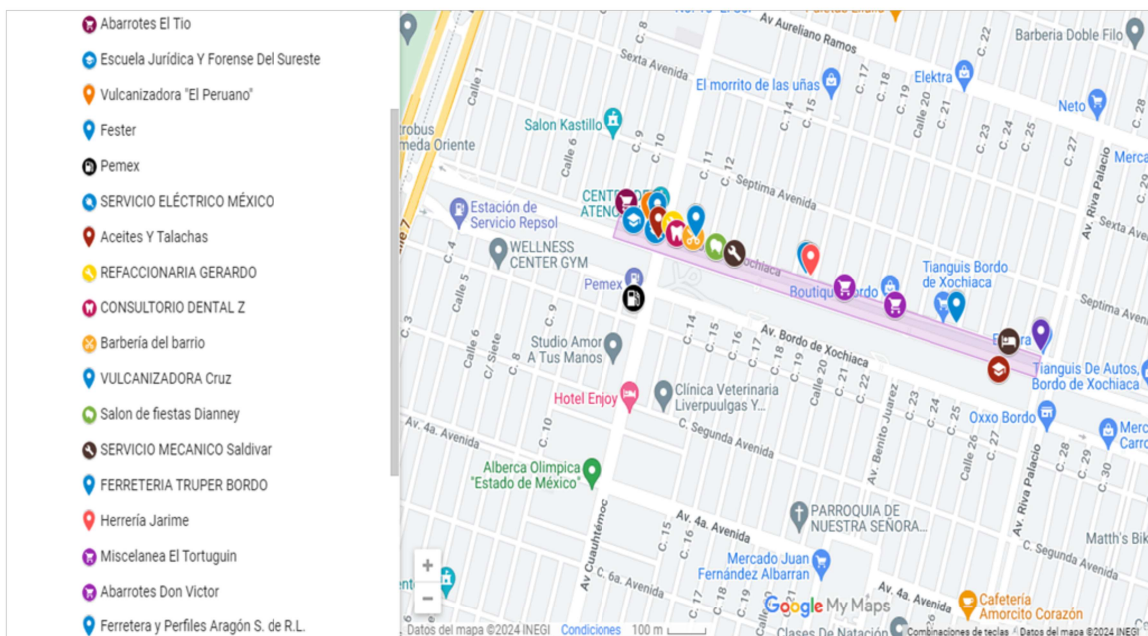
El área de estudio está ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl, en la Colonia el Sol específicamente en el Bordo de Xochiaca. En 1945 se fundó la colonia. La colonia, como muchas otras del municipio que inicialmente formaron parte del municipio, careció de servicios esenciales como electricidad, agua, drenaje y servicios básicos durante sus primeros años. Hasta 1951, se proporcionaban ciertos servicios esenciales como agua y electricidad (Rena, 2017).

R.M. Hernández (comunicación personal, 31 de marzo del 2024) menciona que en la Colonia el Sol en sus inicios había mucho terreno baldío y mucho salitre, este último sigue existiendo.

La longitud del Bordo de Xochiaca es de 2265.5 metros, y pasa por toda la Colonia el Sol. Ambas vías de la avenida se encuentran separadas con un camellón de 10 metros de ancho que sirve como punto de distribución de concesionarios comerciales y de comercio de venta de autos usados. Hay varias escuelas y negocios (vulcanizadora, refacciones y abarrotes etc.) situados cerca de esta área de estudio (Rena, 2017).

J. L. Dueñas (comunicación personal, 7 de julio del 2024) comenta que las principales actividades que se llevan a cabo en la Colonia el Sol y el Bordo de Xochiaca son el comercio en los tianguis, venta de agua purificada para repartir casa por casa, mototaxistas y los que se van a la Ciudad de México a trabajar de intendencia. Los problemas que considera que enfrenta la población de esta colonia son: la pobreza, inseguridad, falta de empleo y la drogadicción. Menciona también que el servicio que hace falta es el agua ya que se tiene que solicitar servicio de pipas.

Figura 14 Ubicación geográfica del área de estudio. Avenida Bordo Xochiaca.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Google Maps.

A partir de este capítulo se pudo contextualizar en general la creación del Estado de México. Datos generales de la población. Así, también se abordó la historia de la creación del municipio de Nezahualcóyotl y datos generales de la población. Por último, se contextualizó de manera breve las características de la Colonia El Sol que es donde se encuentra el Bordo de Xochiaca.

Capítulo 4. Análisis de Resultados

En este capítulo se busca dar respuesta, a partir de las indagaciones en campo, a los objetivos que se plantearon al inicio de esta investigación: Identificar de qué manera la pandemia COVID-19 afectó la salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020, Describir las características sociodemográficas de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020 e Identificar el tipo de seguridad y afectaciones en su salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020 y Determinar las condiciones laborales de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.

Al iniciar con esta investigación se abordó la salud como un concepto multifactorial donde ésta no puede ser reducida aspectos biológicos, sino deben considerarse también aspectos sociales, los cuales también son relevantes en la vida de las personas. Como se pudo constatar en las entrevistas donde los comerciantes no solo tuvieron afectaciones en su salud física y psicológica, sino también en aspectos sociales como los laborales, económicos, y en las interacciones sociales. Se realizó once entrevistas a las y los comerciantes del Bordo de Xochiaca. Se encontró, en primer lugar, que la antigüedad laboral de los comerciantes va desde un año hasta cuarenta años de actividad en ese lugar. Se recopilaron algunos datos que nos dan cuenta de su perfil sociodemográfico, por ejemplo, su edad, lugar de residencia, su nivel de escolaridad.

Así, a través de las entrevistas, también se hizo indagaciones sobre los servicios de salud con los que cuentan los comerciantes, afectaciones en su salud y condiciones laborales.

4.1 Algunos Datos Encontrados en su Contexto Demográfico de los Comerciantes

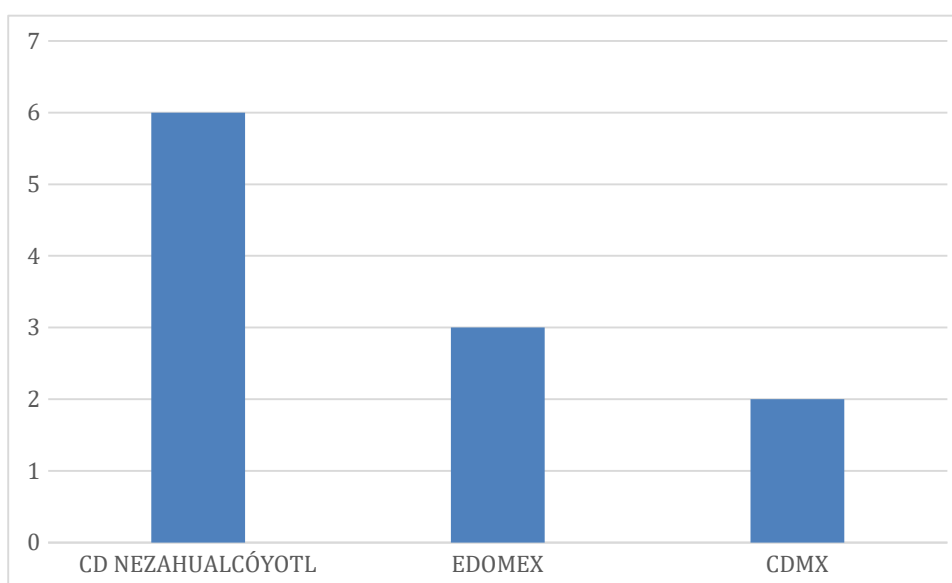
La edad de las y los entrevistados está entre los 26 y los 75 años, la mayoría de los comerciantes radica en Nezahualcóyotl (55 %), el 27 % radican en otra parte del Estado de México y el 18 % son de la ciudad de México (ver figura 15).

Tabla 1 Variabilidad de la muestra de los comerciantes del Bordo de Xochiaca

	MASCULINO	FEMENINO
Media	54	53.5
DS	16.96	16.02
CV	31.40	29.95
ES	7.6	6.5
E	14.9	12.8
Intervalo de confianza 95 %	39; 69	41; 66

Nota: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas a los comerciantes del Bordo de Xochiaca (2024). DS, desviación estándar; CV, coeficiente de variación; ES, error estándar; e, error de estimación.

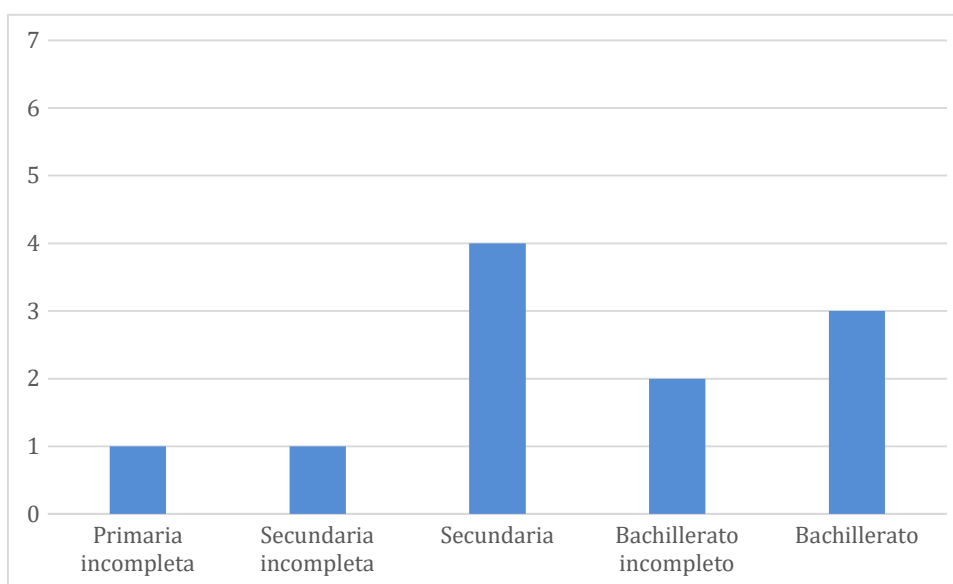
Figura 15 Residencia de los comerciantes del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

Se puede apreciar que los comerciantes no cuentan con educación universitaria. El 9 % de ellos tiene primaria incompleta, 9 % secundaria incompleta, 37 % secundaria concluida, 18% tuvieron bachillerato trunco y 27 % bachillerato concluido. Por lo cual se pueden ver limitadas sus opciones de empleo lo que deriva que se emplean en el sector informal (figura 16).

Figura 16 Nivel educativo de los comerciantes del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

4.2 Contexto de Salud de los Comerciantes

Con respecto al rubro de con qué tipo de servicios de salud cuentan las y los comerciantes, se corroboró que los comerciantes atendieron su salud a través de diferentes instituciones. Seis de los entrevistados acudieron al sector privado (consultorios anexos a farmacias, doctores que acudían a domicilio, sanatorios o clínicas) cuando enfermaron de COVID-19, ya que no contaban con algún tipo de seguridad social, según refieren.

Uno contaba con servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud. Se corroboró que otros entrevistados tenían seguridad social derivado de que están afiliados por parte de un familiar. Tres tienen seguridad social en el IMSS y uno en el ISSSTE este último a pesar de tener seguridad social optó por atenderse en el sector privado.

Se constató que la mayoría de estos entrevistados no tienen seguridad social, lo que implica afectaciones a su salud y económicas. Esto derivado de las condiciones de precariedad en las que laboran. Canelos (citado por Ramírez y Galán, 2022) plantea que las condiciones de trabajo informal presentan precariedad laboral, ya que no cuentan con justicia laboral.

Tabla 2 *Proporción de los comerciantes del Bordo de Xochiaca, Estado de México en 2020, por institución de salud donde se atienden.*

Centro de atención de salud	FR (%)	FRA (%)
IMSS	27	27
ISSSTE	9	36
SSA	9	45
Sector privado	55	100

Nota: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas a los comerciantes del Bordo de Xochiaca (2024).

El neoliberalismo y sus reformas han generado afectaciones al sistema de salud, a la alimentación digna, trabajo y salud en México. Estas reformas neoliberales fueron aplicadas con rigor a partir del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), (Marmolejo y Galicia, 2021).

4.3 Afectaciones en la Salud

Un aspecto importante es el que señala Sepúlveda et al. (2021), que entre las medidas de aislamiento físico también existieron medidas individuales de autocuidado que se implementaron para disminuir la propagación del virus, como la sana distancia, uso de cubrebocas, uso de gel antibacterial y evitar salir a lugares concurridos.

Se pudo constatar por medio de las entrevistas que las medidas de higiene personales que siguieron los comerciantes fueron las que les dieron en los medios de comunicación (televisión), familiares, los delegados del tianguis y el mismo municipio.

Por lo cual Mario uno de los entrevistados refiere lo siguiente de cómo se enteró de la pandemia y las medidas preventivas que siguió: “Por los medios de comunicación y los dirigentes del tianguis” Las medidas preventivas que implemento fueron: “Deje de fumar, use cubrebocas y gel antibacterial”. Al respecto Gerardo refiere: “Me entere por los medios de comunicación. Las medidas que seguí fue conservar limpio el espacio donde vivo”

De acuerdo con lo anterior, los comerciantes siguieron estilos saludables en favor de su autocuidado y así evitar enfermarse de COVID-19.

La pobreza y la imposibilidad de aislarse en casa han contribuido a las desigualdades sociales en la propagación del virus SARS –CoV- 2 entre la población (Sepúlveda *et al.*, 2021).

De acuerdo a las y los entrevistados los comerciantes que padecieron COVID-19 sus síntomas y dificultades que presentaron fueron: Rosa menciona

Sí, pienso que si me dio covid. Porque tenía síntomas, me dolía mucho el cuerpo, los ojos llorosos y se me quitó el hambre. Pero nunca me hice la prueba de covid. No acudí al centro de salud por miedo. Sólo tomé muchos líquidos y estuve encerrada una semana en mi casa. En ese mismo sentido Lucia comenta: Cuento con ISSSTE por parte de mi esposo. Pero cuando enfermé de COVID-19 me atendí en un particular, el médico me recetó inyecciones y cuatro medicamentos. Usé también remedios caseros con hierbas para hacer vaporizaciones. De los problemas que enfrente era ir a atenderme con un doctor particular.

Aunado a lo antes mencionado por los comerciantes, la pandemia repercutió en sus emociones y en que no se fueran atender a las instituciones de salud por miedo. Así, también se puede constatar que a pesar de que había comerciantes que contaban con seguridad social. Decidieron atender su salud por los medios privados. Probablemente derivado a que les genere mayor confianza terapéutica.

El COVID- 19 ha causado daños en la salud de la población, ya que no fue tratado, diagnosticado y manejado adecuadamente debido a la pobreza y problemas sociales. (Sepúlveda et al., 2021).

Mario refiere

Mi mamá y cuñada enfermaron. Tocaron el hospital. Recibieron tratamiento y se recuperaron. Pero batallaron para que las atendieran. Al ver que no las aceptaban en los hospitales privados. Acudieron al seguro que fue donde las recibieron en un hospital del IMSS.

Por su parte Gerardo expresa: “Hermanos y primos enfermaron. Un primo lejano de parte de mi papá murió. Pero no le hicieron velorio”. Otra entrevistada, Rosa María comenta: “Mi sobrina y hermana enfermaron, pero fueron atendidas en un hospital particular ya que no tenían ni seguro ni nada. Pero de familiares falleció un sobrino por parte de la familia de mi esposo”.

De acuerdo a lo anterior, a pesar de que algunos de los familiares de los comerciantes contaban con el financiamiento para pagar sus gastos médicos en instituciones privadas. Hubo casos en que esta atención les fue negada. Vulnerando su derecho a la salud y a la vida.

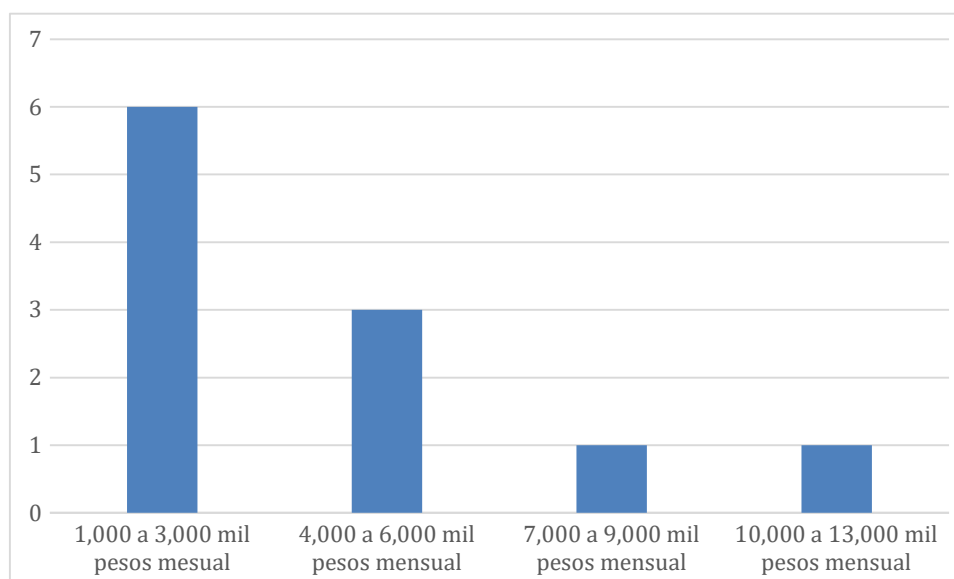
4.4 Condiciones Laborales

La antigüedad laboral de los comerciantes va desde un año hasta cuarenta años de actividad en ese lugar. Las y los comerciantes que se entrevistó venden diferentes productos entre los que se encuentran artículos de segunda mano, ropa interior nueva, regalos, peluches, artículos para mascotas, colchones, literas, trastes, insecticidas, fundas y protectores de celular. Por medio de estos productos que venden los comerciantes perciben diferentes ingresos.

Por otro lado, al conocer sus ingresos mensuales se puede apreciar que más del 50% de los comerciantes perciben ingresos de \$1000 a \$3000 pesos mensuales, lo que implica colocarse incluso debajo de los ingresos señalados en el salario mínimo, si consideramos que el costo de la canasta básica en el 2020 era de \$1,643.15. Sólo uno de los once entrevistados percibe un ingreso de diez mil a trece mil pesos mensuales.

Los ingresos que perciben los comerciantes no alcanzan ni el sueldo mínimo. En este sentido, Mario señala: “Como mil pesos vendo más o menos mensualmente. Depende de los que compre para revender va a variar lo que gane” (entrevista, 25 de febrero, 2024), de la misma manera otra comerciante llamada Rosa coincide “No tengo un ingreso fijo. Pero gano como unos cuatro mil pesos. Desde la pandemia ya ha bajado mucho la venta. También desde que pusieron la plaza” (entrevista, 14 de abril, 2024). El mismo panorama expresa Lucia: “Mil pesos mensuales porque está muy triste las ventas. A veces ni mil pesos. Desde la pandemia” (entrevista, 14 de abril, 2024).

Figura 17 *Ingreso mensual de los comerciantes del tianguis Bordo de Xochiaca*



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas.

Como nos podemos dar cuenta los ingresos que perciben los comerciantes también afectó su estado de ánimo. Por otra parte, los centros comerciales afectan a los comerciantes en sus ventas, no solo a la pandemia.

Algunos de los comerciantes refieren lo siguiente en cuanto a cómo se trasladaban de su casa al tianguis y las medidas sanitarias que implementaron en su trabajo para protegerse de la pandemia. Al respecto Mario “Me subieron la gasolina. No tuve problemas para transportarme. Cuando estuve trabajando estábamos distantes entre compañeros. Llegué a notar a los compañeros con miedo. Bajó la venta ya que no venían las personas a comprar”. En ese mismo sentido, Rosa María también menciona:

Me traigo mis cosas en el diablo o en el triciclo. No, nos acercábamos entre compañeros y con la gente que venía a comprar casi no convivimos. Le dábamos gel antibacterial a la gente que venían a comprar y los puestos estaban separados. (entrevista, 17 de marzo, 2024)

Con base a sus respuestas, los comerciantes utilizaron diferentes medios para trasladarse de su casa al tianguis. Así, también pude ver un cambio en las emociones de los comerciantes lo que conlleva un cambio en su sociabilidad entre ellos.

El virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19 que empezó su propagación en Wuhan, China ocasionando una pandemia a nivel mundial. Esta enfermedad ha ocasionado graves problemas de salud, pero también ha cambiado la dinámica social (García y Villasís, 2020).

Al respecto las y los comerciantes refieren que hubo cambios y un aumento en los cobros de la plaza⁸ en el tianguis y cambios en su dinámica de venta. Por lo cual Mario comenta: “Me cobraron el doble de la plaza. Me cambiaron los días de venta de jueves a viernes y nos dieron en la torre”. Al respecto Gerardo menciona “Me subieron los cobros de la plaza en el tianguis. Durante la pandemia hubo muchos cambios. Me cambiaron los días de venta entre semana” (entrevista, 25 de febrero, 2024). Por último, Rosa María menciona: “Me cobraban \$25 pesos de plaza y con la pandemia \$40 pesos. Me reubicaron en el mismo tianguis”.

⁸Plaza significa derecho de piso. Para poder vender.

De acuerdo con lo anterior a pesar de ser trabajadores informales y no contar con un ingreso que alcance el sueldo mínimo en la mayoría de los comerciantes. Les subieron los cobros de la plaza para poder vender. Vulnerando más sus ingresos para subsistir en sus necesidades básicas. Además, hubo un cambio en su rutina que había en los días de venta, cambiando la dinámica laboral.

México implementó medidas sanitarias para evitar la propagación de COVID 19 debido al brote ocurrido (Sepúlveda et al., 2021). Derivado de las medidas sanitarias disminuyeron las ventas y cambió la forma de vender de los comerciantes. Mario comenta lo siguiente:

“Disminuyó la venta 100%. No pude informarles a mis clientes que me cambiaron los días de venta. Los delegados nos decían que si no veníamos a vender nos quitaban el lugar. Se pusieron puestos sanitizantes en el tianguis”

Por su parte Rosa comenta: La gente no salía. No compraban cosas usadas, querían cosas nuevas. Bajó mucho la venta. Deje de vender porque no tenía nada nuevo que vender. Hasta que tuve cosas nuevas volví a trabajar. Compré unos cubrebocas para poder venderlos. También blusitas nuevas para venderlas.

De acuerdo a lo anterior hubo un antes y un después en la pandemia en los comerciantes derivado a que disminuyeron sus ventas. Así, como cambió su forma de vender con sus clientes para poder protegerse de la pandemia. Además, que tenía que vender artículos nuevos y contar con los ingresos para poder comprar mercancía nueva y poder venderla. Como si el vender artículos nuevos fuera evitar que se contagiaran los clientes del tianguis del COVID-19.

Durante estas afectaciones económicas los comerciantes del tianguis no recibieron apoyo gubernamental (Trejo, 2021). En este sentido Lucía menciona: “No, no busqué información. Tampoco nos dieron ningún apoyo” Juan Luis comenta lo siguiente: “Me siguieron dando mi pensión y el apoyo de la despensa por parte del municipio y eso por ser persona de la tercera edad”.

De acuerdo a lo expuesto los comerciantes que llegaron a contar con un apoyo gubernamental fueron meramente por ser personas de la tercera edad. Por otra parte, durante la pandemia más de la mitad de los entrevistados no contó con ningún apoyo gubernamental, vulnerando más su situación de precariedad de ingresos y estando más desprotegidos socialmente.

Conclusiones

En este trabajo, se describieron algunos datos sociodemográficos como son la edad de los comerciantes que varió de 26 a 75 años. La mayoría de los comerciantes que trabajan en el tianguis son de Nezahualcóyotl, en menor proporción provienen de otros municipios del Estado de México y de la Ciudad de México. El nivel escolar de estas personas tiene primaria en menor proporción, la mayoría de ellos tienen nivel medio y medio superior. En cuanto a los servicios de salud donde se atendía un poco más de la mitad de ellos asistieron al sector privado y en menor proporción al sector público. La información que recibieron para los cuidados para protegerse del COVID-19 la recibían por los medios de comunicación, familiares, los delegados del tianguis y por el municipio.

Los ingresos que recibía durante la pandemia bajaron, la mayoría recibían menos de \$3000, casi una tercera parte de ellos percibieron entre 4 y 6 mil pesos mensuales y en menor proporción alcanzaron ingresos entre 7 a 13 mil pesos mensuales. En la pandemia sus egresos se vieron incrementados por el gasto de gasolina, cambio de días de venta y la reubicación de sus puestos.

Se identificó que la pandemia COVID-19 afectó la salud de los comerciantes de manera no sólo física, sino también psicológica y social. Es evidente entonces que la salud no puede ser pensada únicamente desde un cuerpo enfermo, sino que involucra otros niveles.

Se pudo constatar por medio de las entrevistas, que cuando llegaron a enfermar físicamente les afectó también emocionalmente, ya que por el miedo no acudían algunos comerciantes a las instituciones de salud correspondientes. Pero también en lo social, ya que había comerciantes que no contaban con seguridad social y los que contaban con seguridad social (afiliados por parte de un familiar) preferían acudir a instituciones privadas.

Este es un elemento muy importante porque entonces en el país no hay un sistema de atención a la salud universal y el trabajo no asalariado se encuentra desprotegido de la seguridad social.

Se determinó que en lo social se vieron afectados económicamente, ya que sus ingresos disminuyeron derivado de la pandemia. El aumento de gasolina y de pasaje para los que se transportaban en servicios públicos y el aumento de los cobros de la plaza, también los afectó económicamente.

Más de la mitad de los comerciantes entrevistados no contó con ningún apoyo gubernamental a excepción de las personas de la tercera edad que siguieron recibiendo su pensión y su apoyo de dispensa por parte del municipio. Estas situaciones visibilizan las desigualdades sociales, y económicas en las que vive este sector de la población.

Así también se determinó que las condiciones laborales que tienen los comerciantes como trabajadores informales son precarias, ya que no cuentan con ninguna prestación social, ni seguridad social tampoco ingresos seguros. Por otro lado, sus condiciones laborales de los comerciantes durante la pandemia de COVID-19 en el 2020 cambiaron, pues derivado de la pandemia suspendieron actividades laborales durante un tiempo para después retomar esas actividades laborales. Tuvieron que modificar sus días de venta de fines de semana a entre semana. Hubo un comerciante que vendía artículos de segunda mano y pasó a vender artículos nuevos lo que los conllevó a afectaciones económicas para comprar mercancía nueva. Por otra parte, otros siguieron vendiendo los mismos productos. Así también cambió su interacción laboral, con sus clientes. Para vender tenían que usar gel antibacterial, cubrebocas y tener una sana distancia con sus clientes. Así también en el tianguis se pusieron algunos puestos sanitizantes para los clientes.

Se identificó a lo largo de esta investigación que las afectaciones en la salud que tuvieron los comerciantes no solo fueron físicas sino también psicológicas y sociales como se mencionó anteriormente.

Esta investigación es importante en el campo de la promoción de la salud porque visibiliza las afectaciones a la salud de la población que trabaja en el sector informal. Así también se aborda la salud como un concepto multifactorial donde no solo la salud se ve afectada desde lo físico sino también desde lo psicológico, y lo social. Lo que pudiera ayudar para futuras estrategias en promoción de la salud como lo sería: Una coalición comunitaria entre los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca y el ayuntamiento de Nezahualcóyotl para que se conozcan las necesidades de estos comerciantes y puedan ser atendidas y mejorar su entorno social, promover un programa de salud conformado por un grupo multidisciplinario de personal de salud donde se promueva la salud entre los comerciantes del Bordo de Xochiaca y mejorar su calidad de vida y promover programas de apoyo económico a los comerciantes que laboran en el sector informal en casos de una emergencia de salud pública que impida a los comerciantes laborar.

Referencias

- ALAMES. (2017, 26 de junio). *Determinación social de la salud, Jaime Breilh* [Video]. YouTube.
- Aréchiga, G. (2011). Las colonias del ex-vaso de Texcoco, los motivos de separación de Chimalhuacán Atenco y la creación del municipio de Nezahualcóyotl. En R. Guerrero. (Ed.). *Nezahualcóyotl. Construcción de una Gran Ciudad* (pp.161-173). Alterarte Ediciones.
- Baetas, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
- Bautista, N. P. (2011) *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. El Manual Moderno.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl.1), 13-27.
http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Boltvinik, J. (2004). Políticas focalizadas de combate a la pobreza en México. El Progreso/Oportunidades. *La pobreza en México y el mundo. Realidades y desafíos*, 315-347.
- Carmona, L. D. (2020). La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Revista Ciencias De La Salud*, 18, 1-17.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
- Carrasco, J. y Tuillang, Y. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108.
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>
- Casanova, M. C. (2020). Desafío a la COVID-19, Conferencias de Promoción de Salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24 (6), 768-773.

- Chapela, M. C. y Cerda, A. (2009). Promoción de la Salud. En M. C. Chapela Mendoza y A. Mosqueda. (Eds.). *DE LA CLÍNICA A LO SOCIAL LUCES Y SOMBRAS A 35 AÑOS*. (pp.125-153). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- Código. El blog de la CANIFARMA. (2021). Población afiliada por Institución de Salud 2020. [Imagen]. <https://codigof.mx/en-mexico-33-millones-de-personas-sin-acceso-a-servicios-publicos-o-privados-de-salud-inegi/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const]. Art. 4. 5 de febrero de 1917 (México).
- Cortés, N. (2017). Universalización neoliberal del Sistema de Salud en el México del siglo XXI. Agenda política, retos y núcleos de resistencia. *Salud Problema*, (21), 73-97.
- Cortés, M. E. (2021). La pandemia de COVID-19: importancia de estar alerta ante las zoonosis *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21 (1), 151-156. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3451>
- Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1997, del 21 al 25 de julio). Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI [Conferencia]. Yakarta, República de Indonesia. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia y C. Machado. (Eds.). *Promoción de la Salud. Concepto, reflexiones, tendencias* (pp. 47-63). Lugar Editorial.
- Data México. (2020). *Indicadores de pobreza y carencias sociales*. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/>

De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación para la salud. *Revista de resultados negativos y no positivos*, 5 (1), 81-90.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081

De la Rosa, J.H. (2020). *Informe del gobierno 2020*.

file:///D:/Lecturas/2DO.%20INFORME%202020%20JUAN%20HUGO%20DE%20LA%20ROSA%20GARCIA.pdf

Delgado-Enciso, I., Romero-Michel, J. C., Delgado-Enciso, J., Sánchez-Meza, K., Hodgers-Fernandez, T. J., González-González, E., & Rodríguez-Sánchez, I. P. (2022). Análisis de la perspectiva de los vendedores ambulantes sobre el posible contagio de COVID-19. *Biología Y Sociedad*, 5 (10), 10–14. <https://doi.org/10.29105/bys5.10-69>

Duncan K. y Maceiras L. (2001). Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. *Salud Pública Educ Salud*, 1(1), 19-22.

Elizarraraz, J. A.(s/f). *Municipio de Nezahualcóyotl*. H, Ayuntamiento de Nezahualcóyotl.

<https://www.neza.gob.mx/#gsc.tab=0>

Galindo Santana, B. M., Arroyo Rojas, L., y Concepción Díaz, D. (2011). Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(1), 149-158.

García-Bolaños, C. y Villasís-Keever, M. A. (2020). COVID-19: marca un antes y después en México, ¿punto y aparte?, ¿punto y seguido? *Revista mexicana de pediatría*, 87(2), 43-45.

Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.

Gobierno de México. (2021). *Política Nacional de Vacunación Contra el Virus SARS-CoV 2, para la Prevención de la Covid-19 en México*.

https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf

Gobierno de México. (2021).Etapas de la estrategia de vacunación por grupos poblacionales prioritizados.[Imagen].https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/04/28Abr2021_13h00_PNVx_COVID_19.pdf

Gobierno de México. (2021).Ejemplo de expediente y comprobante de vacunación contra el virus SARS-CoV-2. [Imagen].

https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/04/28Abr2021_13h00_PNVx_COVID_19.pdf

Guerrero, R. (2011). Nezhualcáyotl actual y a futuro. En R. Guerrero. (Ed.). *Nezhualcáyotl. Construcción de una Gran Ciudad* (pp.161-173). Alterarte Ediciones.

H, Ayuntamiento de Nezhualcáyotl. (2019). *Plan de Desarrollo Municipal Nezhualcáyotl2019-2021*.<https://neza.gob.mx/Planeacion/archivos/2019Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202019-2021.pdf>

H, Ayuntamiento de Nezhualcáyotl. (2019).*Municipio de Nezhualcáyotl. Localización en el Estado de México*. [Mapa].

<https://neza.gob.mx/Planeacion/archivos/2019Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%202019-2021.pdf>

Hernández, H. (2020).COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. Notas de población, 111.

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46557/2000528_LDN111_05_Hernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hugo Kern. (2021, 5 de agosto). *determinación social salud* [Video]. YouTube.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población del Estado de México*. <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población de más de 12 años económicamente activa femenina y masculina del Estado de México*. <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población de más de 12 años no económicamente activa femenina y masculina del Estado de México.* <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI] Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población afiliada a servicios de salud. Población sin afiliación a servicios de salud del Estado de México.* <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población de Nezhualcóyotl.* <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población de más de 12 años económicamente activa e inactiva femenina y masculina de Nezhualcóyotl.* <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía.[INEGI] Censo de Población y Vivienda. (2020). *Población afiliada a servicios de salud. Población sin afiliación a servicios de salud de Nezhualcóyotl.* <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2023). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos Nacionales.*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI].Censo de Población y Vivienda. (2020). *Panorama Sociodemográfico de México 2020.*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197889.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020).*Estado de México* [Mapa].
<https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Disponibilidad de servicios y equipamiento en Nezahualcóyotl. [Imagen].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productosprod_servcontenidosespanolbvinegiproductos/nueva_estruc/702825197889.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía.(2020). Porcentaje de personas de 15 años y más alfabetade Nezahualcóyotl (Porcentaje) ,2020. [Imagen].

<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=070000150058#tabMCcollapse-Indicadores>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI]. (2023).Población Ocupada de 25 a 64 años, según condición de trabajo informal, 2005 a 2023. [Imagen].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. E. (2002).Medicina social latinoamérica: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 12(2), 128-136.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/8748>

Jarquín, M.L., Miño, M. y Cadena,C. (2011). *Estado de México. Historia breve*. Fondo de cultura económica.

La Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES): misión, metas y objetivos. (2003). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(2), 131-133.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021213>

Ley General de Salud. (1984, 7 de febrero). Diario Oficial de la Federación. No 27.

https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=363&p_lang=es

López, O., y Jarillo, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416.

Lomelí Vanegas, L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista de la CEPAL*, 132, 195-208.

- Marmolejo, J. y Galicia, R. (2021). Radicalizar el derecho social a la salud en respuesta a la determinación social para COVID-19 en México. En C. Pereira, M. Boy, R. Rosales, J. Marmolejo y C. Muñoz. (Eds.). *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la salud colectiva* (pp.89-110). Teseo.
- Meza, D., y Hernández, J. (2020). La Crisis ocasionada por la COVID-19 y sus efectos en el empleo y la pobreza en México. *Revista Internacional De Salarios Dignos*, 2(3), 23-38. <https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/OISAD/article/view/2813>
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. *Salud colectiva*, 1(2), 195-223. http://www.scielo.org.ar/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S185182652005000200005&lng=es&tlng=es.
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C. y Cocha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista Salud Pública*, 15(6), 797-803.
- Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2016, del 21 al 24 de noviembre). La promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible [Conferencia]. Salud para todos y todos para la salud, Shanghai. China.
- Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2013, del 10 al 14 de junio). La Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas [Conferencia]. Helsinki, Finlandia. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Ojeda, C. (2020, Octubre 30) Comerciantes se manifiestan en Nezahualcóyotl. *Mexiquense*. <https://radioyvmexiquense.mx/index.php/2020/10/30/comerciantes-se-manifiestan-en-nezahualcoyotl/>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f). *Promoción de la Salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

ONU: Asamblea General, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 Diciembre 1948, 217 A (III), disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> [Accesado el 10 Octubre 2021]

Ortiz, R. (2020). La seguridad social en México y el mundo. En M. D. Rivera, J. L. Soberanes. (Eds.). *Temas y tópicos jurídicos a propósito de Sarafín Ortiz Ortiz*. (pp. 471-485). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Pamplona, F. (2020). La pandemia de Covid-19 en México y la otra epidemia. *Espiral Estudios Sobre Estado Y Sociedad*, 27(78-79). <https://doi.org/10.32870/eees.v28i78-79.7208>

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. [Protocolo de San Salvador]. Art.10. 17 de noviembre de 1988 (San Salvador).

Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1986, 21 de noviembre). “Salud para Todos en el año 2000” [Conferencia]. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (2000, 5 de junio). Promoción de la salud: hacia una mayor equidad [Conferencia]. Ciudad de México, México. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Quintero, M. L. y López, L. R. (2009). Desarrollo Económico y Actividades Productivas. En M. L. Quintero. (Ed.). *Nezahualcóyotl y sus voces* (pp.51-67). Universidad Autónoma del Estado de México.

RAFAEL GONZALEZ. (2015, 24 de noviembre). *Determinación Social de la Salud*, Rafael González [Video]. YouTube.

- Ramírez Cedillo, E. & Galán Romero, K. (2022). El empleo informal: la otra pandemia que no ha sido atendida. *Antropología. Revista Interdisciplinaria Del INAH*, (9).
<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologia/article/view/17587>
- Ramón, R. (2024, marzo 12). Dejan sin agua potable a 140 mil habitantes de Neza por fugas. *La Jornada*.<https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/03/12/estados/dejan-sin-agua-potable-a-140-mil-habitantes-de-neza-por-fugas-6491>
- Rena, J. A. (2017). Una breve mirada a la colonia El Sol, 1949 (Nezahualcóyotl, Estado de México). *URBS. Revista de estudios urbanos y ciencias sociales*, 7 (2), 81-92.<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6289724>
- Restrepo, M. (2001). Promoción de la salud, cómo construir vida saludable. Colombia, Editorial Médica Panamericana. Pp. 15-55
- Ríos Osorio, L. A. (2011). Una reflexión acerca del Modelo de Investigación Biomédica. *Salud Uninorte*, 27(2), 289-297.
- Rodríguez, A. M., Rodríguez, E. M., & Lourido, B. P. (2008). Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia*, 30 (5), 238-243.
- Rosales, R. A., Pereira, C., Valongueiro, S., Boy, M., Muñoz, C. y Marmolejo, J. (2021). Impactos del COVID-19 en América Latina: políticas sanitarias disímiles, resultados dispares. La situación de Argentina, Brasil, Chile y México. En C. Pereira, M. Boy, R. Rosales, J. Marmolejo y C. Muñoz. (Eds.). *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la salud colectiva* (pp.29-59). Teseo.
- Ruiz, H. (2020). El empleo en México durante el COVID-19. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, (11), 1-25.
- Salazar, F. (2004). Globalización y política neoliberal en México. *El Cotidiano*, 20(126).

- Samaniego, N. (2008). El crecimiento explosivo de la economía informal. *Economía UNAM*, 5 (13),30-41.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665952X2008000100002&lng=es&tlng=es.
- Salvador, J. y Morales, M. L. (2009).Infraestructura Social: El Sistema de Salud. En M.L.Quintero. (Ed.). *Nezahualcóyotl y sus voces* (p.76). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Santana Juárez, M. V. (2021). COVID-19 en México: Análisis de su comportamiento espacio – temporal a partir de los Condicionantes Socio espaciales de la Salud. *Persona Y Sociedad*, 35(1), 15,40.<https://doi.org/10.53689/pys.v35i1.335>
- Sepúlveda, J., Sánchez, M., González, E., Sepúlveda, J., Abascal, L., Fieldhouse, J., Del Rio, C. y Gallalee, S.(2021). *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*. Institute for Global Health Sciences.
- Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1988). Políticas Públicas para la Salud [Conferencia]. Adelaida, Australia. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2009, del 26 al 30 de octubre). La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud [Conferencia]. Nairobi, Kenia. <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
- Sepúlveda et al. (2021). Presencia de comorbilidades en pacientes con COVID-19 letal en México. [Imagen].https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wpcontent/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Sepúlveda et al. (2021). Susana Distancia y el Escuadrón de la Salud COVID-19. [Imagen].https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wpcontent/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (2005, 11 de agosto). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado [Conferencia]. Bangkok, Tailandia.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oro Ruiz, S. y Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256520301442?via%3Dihub>

Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1991, del 9 al 15 de junio). Entornos Propios para la Salud [Conferencia]. Sundsvall, Suecia.

<https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Trejo, L. (2021, julio 14). Incertidumbre entre comerciantes ante tercera ola de covid en Neza. *La Jornada Estado de México*. [https://source.lajornadaestadodemexico.com/incertidumbre-entre-](https://source.lajornadaestadodemexico.com/incertidumbre-entre-comerciantes-ante-tercera-ola-de-covid-en-neza-2/)

[comerciantes-ante-tercera-ola-de-covid-en-neza-2/](https://source.lajornadaestadodemexico.com/incertidumbre-entre-comerciantes-ante-tercera-ola-de-covid-en-neza-2/)

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud. Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-41.

http://www.scielo.org/pescielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011&ln=es&lng=en

Vique, J. L. y Galindo, O. (2021). México con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y factores de riesgo que favorecen desarrollar COVID-19. *Nutrición Clínica y Diética Hospitalaria*, 41(1), 55-60.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le invita a participar en una investigación que tiene como objetivo: De qué manera la pandemia COVID-19 afectó la salud de los comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México en el 2020. La investigación, es parte del proceso académico de la estudiante Jessica CaraveoVazquez. La duración de la investigación es por un año y su colaboración consiste en acceder a entrevistas individuales en lugares previamente acordados por usted. En estas actividades pueden presentarse recuerdos o experiencias desagradables. No obstante, se trata de mantener en todo momento un clima de respeto, empatía y confidencialidad.

Usted tiene el **derecho a negarse a participar en la investigación o determinar en qué momento decide retirarse**, su participación es voluntaria y de ninguna manera está condicionada en la atención prestada por alguna de las instituciones o programas de salud.

Precisiones de su participación:

1. La información obtenida será **anónima y confidencial**.
2. Los participantes son comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México.
3. La información recabada tiene únicamente fines académicos, no lucrativos, para la elaboración de la tesis de licenciatura: Afectaciones en la salud en comerciantes del tianguis del Bordo de Xochiaca, Estado de México, durante la pandemia de COVID-19 en el 2020. Un estudio desde la determinación social.
4. Cualquier duda o preocupación puede plantearla de manera libre a la directora de tesis al correo electrónico: natividad.almanza@uacm.edu.mx
5. Los resultados de la investigación serán puestos a disposición de los participantes.
Conocido el objetivo de la investigación, duración de la investigación, características de la misma, procedimientos y aclaradas todas las dudas, puede proceder a firmar su consentimiento para participar en la investigación. **Otorgo mi consentimiento.**

Nombre y firma de la participante

Nombre y firma de la responsable de la investigación

GUÍA DE ENTREVISTA

Datos Generales

Nombre o Seudónimo:

Género: Femenino Masculino Otro

Edad:

Lugar de residencia:

Escolaridad: No sabe leer ni escribir () Primaria incompleta () Primaria ()

Secundaria incompleta () Secundaria () Bachillerato incompleto ()

Bachillerato () Licenciatura incompleta () Licenciatura ()

¿Cuenta con algún servicio de salud?

Sí No ¿Cuál?

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el tianguis del Bordo de Xochiaca?

¿Qué vende?

¿Cuál es aproximadamente su ingreso mensual?

Aspectos de Salud

¿Cómo se enteró de la pandemia COVID-19?

¿Creyó usted que era real la pandemia?

Sí No ¿Por qué?

¿Se le brindó información acerca de las medidas básicas de higiene?

De ser así ¿quién lo hizo y si éstas fueron claras?

¿Cuáles fueron las medidas básicas de cuidado establecidas por el gobierno

que usted siguió?

¿Usted padeció la enfermedad COVID-19?

Sí No

¿Dónde atendió su padecimiento por la enfermedad COVID-19?

¿Cuáles fueron los principales problemas que usted enfrentó para atenderse de la enfermedad?

¿Cuántos familiares cercanos a usted se enfermaron de COVID-19?

¿Cuántos familiares cercanos a usted murieron de COVID-19?

Aspectos Laborales y Económicos

¿Cómo percibió su entorno laboral durante la pandemia?

¿Siguió vendiendo en el mismo tianguis, tuvo que ser reubicado o dejó de vender?

¿Cómo afectó a sus ventas este hecho?

¿Cambió su forma de vender durante la pandemia?

Sí No ¿Cómo?

¿Si suspendió actividades contó con algún ingreso extra, cuál y de dónde provenía ese ingreso?

Para enfrentar el problema del COVID-19 ¿hubo algún tipo de organización entre las personas que tienen aquí sus puestos?

¿Cuáles fueron los principales problemas que enfrentó en su trabajo durante la pandemia?

¿Qué tipo de cambios considera que tuvo su vida a partir de la pandemia?

¿Contó con algún apoyo gubernamental durante la pandemia?