UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Análisis del impacto de la pandemia por COVID-19, desde los determinantes sociales en salud en vendedores ambulantes de Iztapalapa, Colonia Consejo Agrarista Mexicano.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

Dalia Julieta De la Cruz Osorio

Director de Tesis:

Dr. Oswalth Manuel Basurto Bravo

Ciudad de México abril de 2022.

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

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.

A la Niña de 7 años que fui:

“No solo pasará la oscuridad, sino que la claridad se impondrá. Con ella, la dicha y esta sabiduría, que nació de lo oscuro para convertirse en un valioso regalo que compartir con el mundo. Hoy miramos hacia atrás y agradecemos los aprendizajes de cada episodio de nuestra vida. Recordamos con nostalgia los días grises y los abrazamos con cariño, porque nos dieron fortaleza. Por sombrío que sea, pasará. Saldremos de ésta. Hay un momento más limpio, más claro. Un momento radiante, que está cada vez más cerca. Desde acá te cuido, te procuro y te reconstruyo”.

Dedicatoria:

A mi familia:

Esté logro en mi carrera profesional lo comparto con ustedes, las personas que más amo en el mundo, mi soporte, mi compañía y mi hogar.

Agradecimientos:

A mi mamá Valeria, por creer en mí, apoyarme y quererme sobre todas las cosas. Gracias mamá, me enseñaste a ser libre.

A mi papá Julio, cuyas manos trabajaron sin descanso para que no me hiciera falta lo necesario. Gracias papá, me enseñaste a ser perseverante.

A mis hermanos, Teresa, Gabriela y Gilberto por darme su amor, apoyo y confianza. Desde siempre han sido mi inspiración. Gracias por enseñarme a enfrentarme a la vida con valentía y determinación.

A mis sobrinas, Fátima y Ana por contagiarme su alegría con sus ocurrencias.

A mi mascota, mi perro Lorax por ser mi más fiel compañero. Mi medicina contra la ansiedad.

A mis amigos, a todas las personas que han hecho y siguen haciendo camino.

Un agradecimiento especial a mi asesor de tesis el Dr. Oswalth Basurto, por compartir conmigo sus conocimientos, aconsejarme y guiarme dentro de este proceso. Por siempre mi respeto y admiración.

A mi universidad, por abrirme las puertas del conocimiento. Gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso, a mis profesores y compañeros de carrera. Gracias UACM, porque además de formarme como profesional, formaste en mi un corazón empático, justo y bondadoso.

¡Nada humano me es ajeno!

Índice.

Página:

Introducción. 4

Capítulo 1.
Antecedentes 6
1.1 Impacto de Covid-19 en México hasta el mes de octubre 2021. 10
1.2 Olas de Covid19 en México. 12
1.3 Estructura Viral de Covid-19. 14
1.4 Epidemiologia 17
1.5 Tratamiento 20

Capítulo 2.
Políticas Públicas 23
2.1 Políticas públicas a poner en marcha según el Plan Nacional de desarrollo 2019-2024. 25
2.2 Líneas de acción contra Covid19 de Gobierno Federal y Gobierno Local. 28
2.3 Programas sociales en beneficio de la población vulnerable, del Gobierno Federal y Gobierno Local 33
2.4 Políticas públicas para la práctica comercial 35
2.5 Mínimo vital, derechos humanos y derechos fundamentales 38

Capítulo 3.
Promoción de la Salud y Covid19. 41
3.1 Modelo emancipatorio de la Promoción de la Salud 45

Capítulo 4.
Metodología. 51
4.1 Población 52
4.2 Justificación de la Muestra 53
4.3 Procedimiento 54

Capítulo 5. 55
Discusión y resultados 62
5.1 Conclusión

Bibliografía. 67

Introducción:

El SARS-CoV-2 es un patógeno que causa una enfermedad contagiosa y potencialmente mortal para la población más vulnerable. Esta enfermedad ha sido comúnmente conocida como Covid-19, afecta principalmente el sistema respiratorio, pero también puede expandirse hacia otros órganos. Esta patología se extendió rápidamente por todo el mundo, convirtiéndose en una amenaza para la salud pública.

El presente trabajo de tesis ha sido desarrollado en el periodo que abarca desde el 23 de marzo del 2020 hasta el 31 de octubre 2021, tiene como principal objetivo evidenciar el impacto que ha tenido la crisis económica y sanitaria causada por la pandemia COVID-19, en las personas trabajadoras del empleo informal en la Ciudad de México. Debido a que, a inicios de la pandemia, en abril de 2020, el 64% de las personas trabajadoras no asalariadas, el 55% de las trabajadoras del hogar y el 48% de las personas comerciantes en tianguis no pudieron trabajar. Los obstáculos variaron dependiendo del grupo ocupacional: desde despidos por parte de personas empleadoras a restricciones del gobierno para laborar en el espacio público. Laborar en un empleo informal implica tener un trabajo sin los beneficios accesorios al mismo, como ahorro para el retiro, pensión o seguridad social derivada del trabajo que realizan, entre otros, (WIEGO, 2021).

La pandemia ha evidenciado las múltiples áreas de oportunidad que existen en la promoción de la salud, tales como mejorar el conocimiento general en salud para evitar la desinformación, la exigibilidad de un sistema de salud accesible y digno para todos, y la importancia de tomar como pieza clave en todos los aspectos de la vida el cumplimiento de los determinantes sociales de la salud. La promoción de la salud ayuda las personas a empoderarse a sí mismas y a los demás, defender sus derechos y hacerlos aplicables a la vida cotidiana. Además, los incita a tomar decisiones correctas y acceder a los recursos, sin dejar de lado lo relacionado con los cuidados sanitarios para prevenir la propagación del virus.

En el capítulo 1, se abordan las cuestiones teóricas y antecedentes de la pandemia por Covid19. Se realizó una recopilación de los primeros casos de esta enfermedad

en el mundo y como se propagó hasta nuestro país. Además, se incluye la explicación de la estructura viral de este patógeno y su agente epidemiológico.

En el capítulo 2, se hace mención de las políticas públicas involucradas para la toma de decisiones tanto de gobierno federal como de gobierno local en respuesta a las necesidades y exigencias de la ciudadanía. También se engloban los programas sociales y económicos, que estuvieron vigentes para ayudar a los trabajadores de este sector informal.

En el capítulo 3, se establece la relación directa de Covid19 y promoción de la salud, allí se expondrán los distintos modelos de esta disciplina y para comprender el sentido de este análisis involucraremos los determinantes sociales de la salud.

Para concluir, en el capítulo 4 se explican las bases metodológicas de corte cualitativo utilizadas para las entrevistas de 10 personas que laboran en el sector informal y fueron afectados por los periodos prolongados de confinamiento. En el capítulo 5, se efectúa el análisis de la discusión y resultados obtenidos posteriores a las entrevistas enfocadas en la percepción y experiencias propias de los participantes, antes y durante la pandemia por Covid-19. Las conclusiones están encaminadas desde la mirada de la promoción de la salud alternativa.

La salud pública en México y el mundo enfrenta un reto histórico, el Covid-19 representa un riesgo desmedido, para la población que evidencia las carencias históricas del sistema social. Los países de ingresos medios y bajos suelen reproducir las acciones de los países de ingresos altos buscando encontrar soluciones. Sin embargo, en una pandemia las propuestas y soluciones de los países de ingresos altos no necesariamente podrán transferirse a contextos con menor riqueza o infraestructura. Un ejemplo claro es el confinamiento; mientras que en los países de altos ingresos un porcentaje elevado de personas puede realizar actividades económicas con trabajo a distancia, en México el alto porcentaje de personas con empleos precarios dificulta la implementación de esta medida.

Capítulo 1.

Antecedentes:

"Cuando todo esto comenzaba, nadie sabía la gravedad, nunca nos imaginamos vivir algo así, pero nunca dejamos de trabajar, porque los hijos tienen que comer, y uno tiene que sostener los gastos del hogar, cuando falleció mi esposo de Covid no tuve tiempo ni para llorarle, porque mi familia completa enfermo, mis hijos perdieron a su padre y yo perdí a mi compañero de vida, en su memoria tengo que salir adelante, y esto es lo que vamos hacer, trabajar todos los días y nunca perder la esperanza de volvernos a encontrar".

María, 40 años.

El 31 de diciembre de 2019, autoridades de salud de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China informaron sobre la presencia de un conglomerado de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de etiología desconocida, estableciendo un vínculo con un mercado de mariscos y animales. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron la presencia de un Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) identificado como posible etiología causante de dicho síndrome. El 13 de enero de 2020, el Ministerio de Salud Pública de Tailandia reportó el primer caso confirmado por laboratorio de 2019-nCoV en un paciente de 61 años residente de Wuhan, China. El 14 de enero, Japón informa la presencia de un caso de neumonía con antecedente de viaje a Wuhan, que se confirmó por laboratorio para 2019-nCoV. El 20 de enero, Corea del Sur notifica un caso de 2019-nCoV, con antecedente de viaje a Wuhan, China. El 21 de enero, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. informan del primer caso confirmado en la región de América, el paciente cuenta con antecedente de viaje a Wuhan, China. El 24 de enero, el Ministerio de Solidaridad y Salud de Francia, confirmó tres casos en el país. Siendo los primeros reportados en la Región Europea. El 26 de febrero, el Ministerio de Salud de Brasil confirmó el primer caso de coronavirus en São Paulo, en un masculino con antecedente de viaje a la región de Lombardía, Italia, siendo el primer caso reportado en Latinoamérica. El 28 de febrero, se confirmó el primer caso en México, en un masculino de 35 años de la Ciudad de México, que contaba con antecedente de viaje a Italia, (CONAVE, 2020)

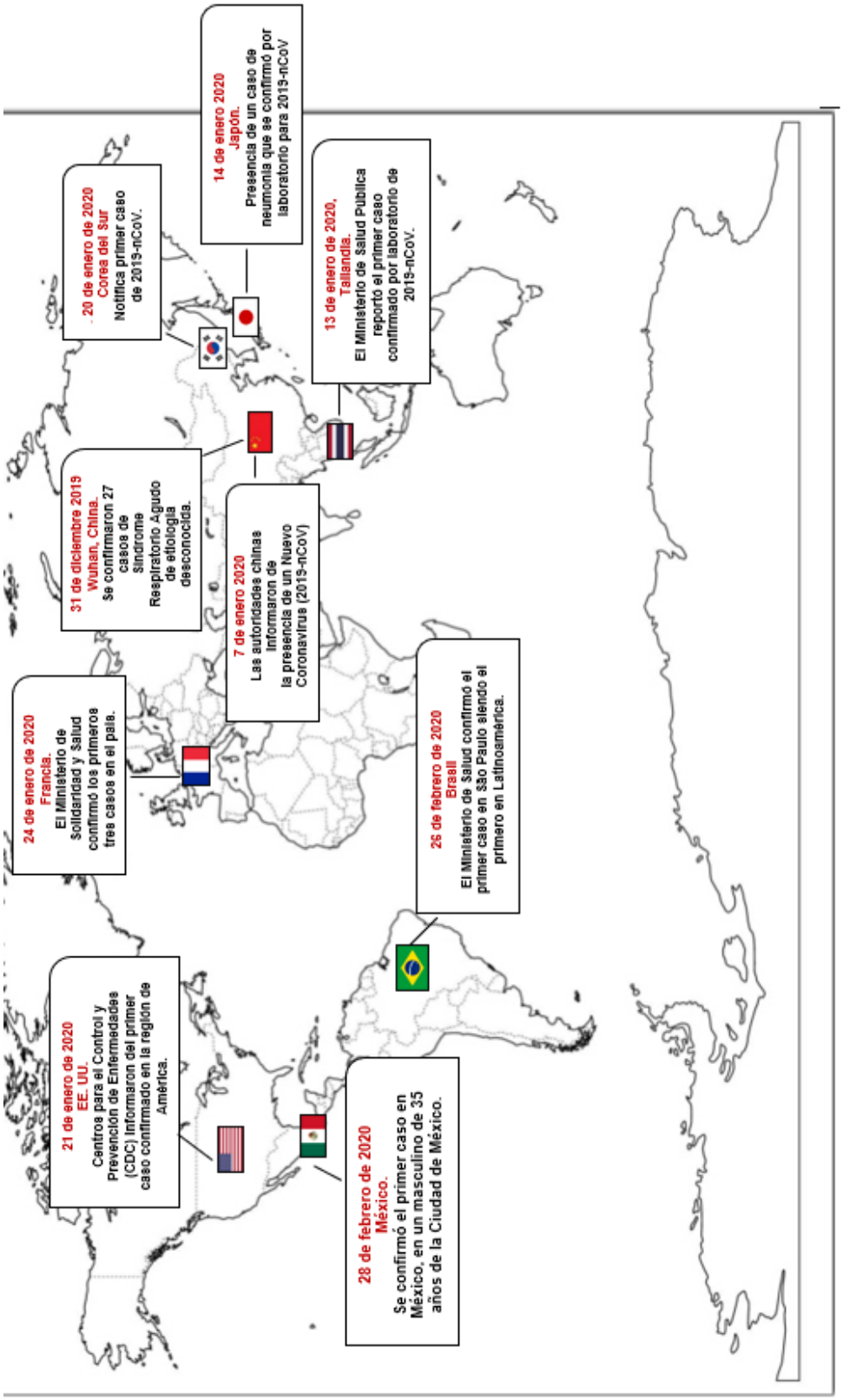


Figura1. Distribución mundial de Covid19, de acuerdo al surgimiento de casos del 31 de diciembre 2019 al 28 de febrero 2020.

A nivel internacional existen procedimientos y lineamientos acordados por los países para atender ciertos tipos de enfermedades que pueden ser una amenaza para la salud pública, es decir enfermedades que puedan ser susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. El más importante es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS. (Gobierno de México, 2020)

Debido al brote del coronavirus Covid-19, desde el 30 enero de 2020 el Comité de Emergencias del RSI determinó que éste representa una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. En consecuencia, emitió una serie de recomendaciones para la OMS y para todos los países, sugiriendo la adopción de medidas de contención como: vigilancia activa, detección temprana, aislamiento, manejo de los casos, seguimiento de contactos y prevención de la propagación del coronavirus. (OMS, 2020)

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas.

La OMS definió tres escenarios de transmisión de COVID-19:

Escenarios OMS	Fase SS
1. Países con uno o más casos, importados o detectados localmente (casos esporádicos)	*Fase 1:* Corresponde únicamente a casos importados, es decir, personas que adquirieron el virus fuera del país. En esta etapa el número de afectados es reducido y los contactos de estos se encuentran identificados.

	Medidas: Aislamiento de los pacientes diagnosticados, identificación de los contactos, supervisión de las personas contagiadas y seguimiento de las que estuvieron en contacto con ellos.
2. Países que experimentan casos agrupados en el tiempo, ubicación geográfica y/o exposición común (grupos de casos)	*Fase 2*: Contagios por transmisión local, es decir, que adquirieron el virus por una fuente dentro del país. El número de afectados rebasa los cientos de casos. *Medidas*: Se utiliza contención sanitaria focalizada en las áreas donde se registra la mayoría de los contagios.
3. Países que experimentan grandes brotes locales (transmisión comunitaria)	*Fase 3:* En esta etapa se registra una propagación extensa y miles de personas resultan afectadas por el virus. Las cadenas de propagación resultan difíciles de romper, lo cual requiere de estrategias más drásticas. Medidas: Las actividades masivas deben ser suspendidas.

Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia de COVID-19.
(Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020)

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la semana epidemiológica (SE) 42 (terminando en el día 23 de octubre de 2021), se notificaron 243.327.429 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.943.742 defunciones. El 38,2% de los casos y 46,1% de las defunciones globales fueron notificadas por la Región de las Américas.

La subregión de América del Norte continuó presentando las mayores proporciones de casos (76%) y de defunciones (72%) entre la SE 38 y la SE 42. En comparación con las 4 semanas previas (SE 34-SE 37), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones, excepto en Sudamérica, donde se observó un aumento del 5,7%. Comparando los mismos periodos, el número de defunciones notificadas aumentó en las subregiones de América del Norte (11,7%) y América Central (7,9%), mientras que disminuyó en las subregiones de América del Sur, el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (OPS/OMS, 2021).

1.1 Impacto de Covid-19 en México hasta el mes de octubre 2021.

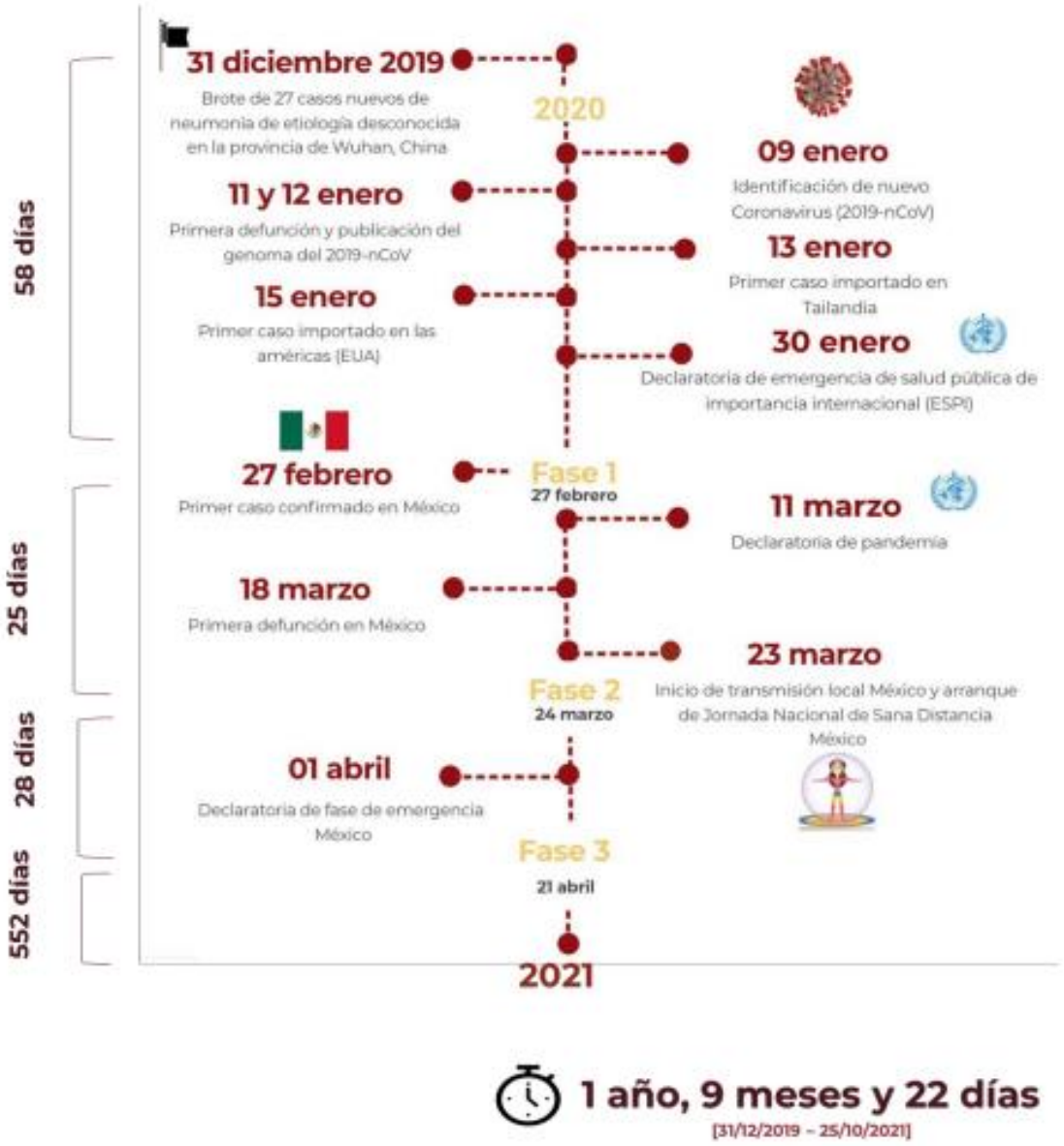


Figura 2. Línea del tiempo Covid-19 en México. 34 Informe Epidemiológico de la Situación de Covid19. Dirección de Información Epidemiológica.
(Fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680333/Informe_COVID19_2021.10.25.pdf)

El análisis nacional integra, la notificación de los casos totales acumulados, que para este corte de información ascienden a 3,784,448 los cuales incluyen casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a la semana 43 de 2021 (OPS/OMS, 2021).

La siguiente grafica muestra la distribución por entidad federativa de residencia a de los casos totales acumulados al 25 de octubre 2021 (3, 748,448):

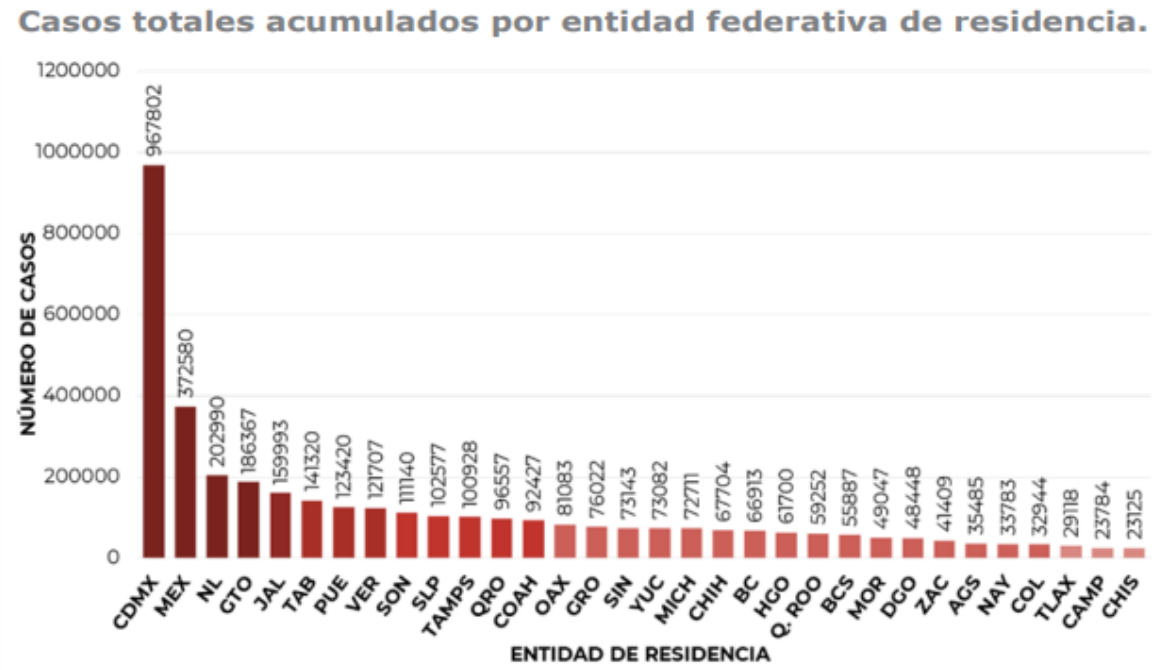


Figura 3. Casos totales acumulados por entidad federativa de residencia.
SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 25 de octubre de 2021 (corte 9:00hrs).
(Fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680333/Informe_COVID19_2021.10.25.pdf)

La grafica muestra los casos acumulados por entidad de residencia, los diez primeros estados que acumulan el mayor número de casos totales corresponden a: Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí, ubicándose como las entidades que concentran dos tercios (66%) de todos los casos acumulados de COVID-19 del país. (Secretaria de Salud, 2021)

La Ciudad de México continúa registrando la mayor parte de los casos del territorio nacional y representa por si sola más de una cuarta parte (26%) de todos los casos acumulados por entidad de residencia. Los estados que ahora registran menos casos acumulados: Tlaxcala, Campeche y Chiapas. La tasa de incidencia acumulada nacional es de 2,934.3 casos por 100,000 habitantes. Hasta el 25 octubre 2021, se han notificado un total de 11,222,399 personas en todo el país (incluye casos totales, negativos y sospechosos totales) (Secretaria de Salud, 2021).

1.2 Olas de Covid19 en México.

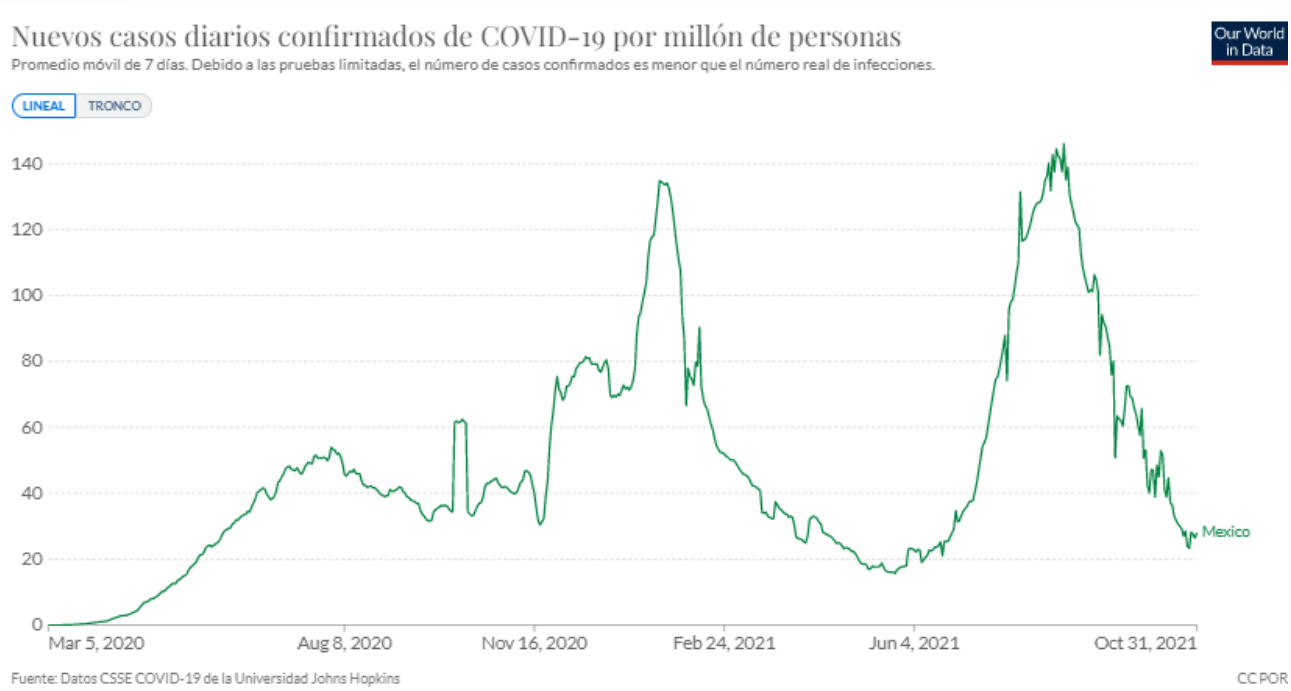


Figura 4. Nuevos Casos Confirmados diarios de Covid-19 (Por 1M)
Repositorio de datos COVID-19 del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins.
(Fuente: https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19)

La curva epidémica muestra tres picos de infección, el primero a mediados de julio de 2020, el segundo a principios y mediados de enero de 2021 y el tercero durante el mes de agosto 2021. El pronóstico de ascenso del número total de contagios se estimó de acuerdo con el modelo de vigilancia epidemiológica llamado “Centinela. Este es un método que se utiliza para recopilar datos epidemiológicos de manera

sistemática y rutinaria en un número limitado de puntos. Cuando hay transmisión comunitaria de una enfermedad contagiosa, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recomiendan usar este modelo de vigilancia. La vigilancia centinela es la manera más eficaz de recopilar datos oportunos y de buena calidad sobre las enfermedades monitoreadas. Este modelo se puso en marcha por primera vez en México en 2006, para vigilar la influenza (OPS, 2014).

El gobierno federal, emitió la declaratoria de emergencia sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19; poniendo en acción la *Jornada Nacional de Sana Distancia*, que se extendió del 23 de marzo al 30 de mayo 2020, dicha jornada incluyo una serie de restricciones temporales de las actividades laborales, sociales y educativas cuyo propósito fue lograr el distanciamiento social a nivel nacional y, con ello, la mitigación de los contagios. Al concluir la Jornada, estas restricciones se trasladaron para su aplicación, al ámbito local, a fin de ser implementadas de acuerdo con criterios generales emitidos por la Secretaría de Salud, conforme a la intensidad local de la epidemia y el consiguiente riesgo de propagación del virus SARS-CoV-2 en cada entidad federativa. (Alcalá, 2020)

El periodo de cierres a nivel nacional se determinó con base en las proyecciones epidemiológicas del gobierno federal, que fueron compartidas con el público y pronosticaron que la curva alcanzaría su punto máximo entre el 6 y el 8 de mayo (Gobierno de México, 2020). Como se puede ver en la gráfica, dicha proyección no se cumplió. El primer pico se produjo más de dos meses después, ya que los casos siguieron aumentando de manera constante hasta mediados de julio. El descenso también fue significativamente menos pronunciado de lo esperado. La proyección del gobierno federal anticipaba una fuerte caída en la curva epidémica después del pico y el final del “primer ciclo” de la pandemia para el 25 de junio cuando ya habría ocurrido el 95% de todos los casos esperados.

No hubo esta disminución. Aunque los casos notificados disminuyeron un poco durante el otoño, se detectaron más de 32 000 nuevos casos semanales, incluso en

el punto más bajo de la curva. Esta tasa de incidencia, de aproximadamente 100 casos por cada 100 000 habitantes en un lapso de 28 días, corresponde al nivel más alto de riesgo en el sistema de cuatro niveles empleado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2020). Esto significa que después del primer pico en julio, la curva epidémica de México se estabilizó durante aproximadamente tres meses en niveles muy altos de COVID-19, lo que apunta a una incapacidad sostenida para reducir la transmisión del virus. Después del periodo de estabilización durante el otoño, los casos comenzaron a aumentar nuevamente en noviembre, pero a un ritmo más rápido que durante el primer periodo de ascenso.

1.3 Estructura Viral de Covid-19.

Los virus constituyen una forma de existencia de la materia. Son los agentes infecciosos más pequeños que se conocen en la actualidad, transfieren el ácido nucleico de una célula, se multiplican y causan enfermedades a los microorganismos, las plantas, los animales y al ser humano. Sin embargo, las enfermedades provocadas por virus y bacterias se tratan diferente porque no actúan de la misma manera. Las bacterias, por ejemplo, son organismos unicelulares obtienen los nutrientes del ambiente en el que viven, al alojarse en un organismo causan padecimientos como faringitis estreptocócica, infecciones del tracto urinario y tuberculosis. Los virus son más pequeños que las bacterias. No son células completas: sólo son material genético empaquetado dentro de una cubierta proteica. Necesitan otras estructuras celulares para reproducirse, lo que significa que no pueden sobrevivir por sí solos salvo que vivan dentro de otros organismos vivos como humanos, plantas o animales. Pueden sobrevivir durante una cantidad reducida de tiempo fuera de las células vivas. No obstante, una vez que se introducen en el cuerpo de una persona, proliferan rápidamente. Causan algunas enfermedades como el resfriado común, y otras graves, como la viruela o el SIDA, provocado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Poseen una gran capacidad de mutación y adaptación (Gould E, 2020). El virus que causa la pandemia de Covid-19 se ha llamado, segundo coronavirus que causa el síndrome

agudo respiratorio o SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés. Pertenece a la familia Coronaviridae, el orden Nidovirales y el género Coronavirus. Los coronavirus, se clasifican en cuatro géneros importantes que incluyen: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus (Park M, 2020).

Son virus esféricos (de 100-160 nm de diámetro), cuyo genoma está formado por una única cadena de ARN con polaridad positiva, contiene aproximadamente 30.000 pares de bases (entre 26 y 32 kilobases); presenta una capucha metilada en el extremo 5' y una cola poliadenilada (poli-A) en el extremo 3' que le aporta un gran parecido al ARN mensajero del hospedador (Chen Y, 2020).

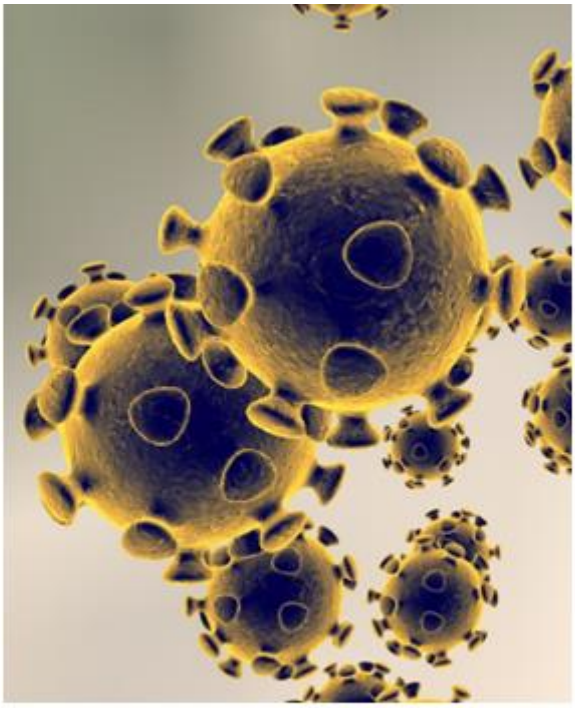


Figura 5. Morfología de los coronavirus. Los viriones se reconocen por una pequeña "corona" que presentan a su alrededor y que justifica su nombre. (Fuente: Chen et al. 2020, http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol11/pdf/APHVol11-1-2020-10.pdf)

Los coronavirus inician su replicación con la entrada de los viriones (forma infecciosa del virus) cuando pierden su envoltura y depositan su ARN viral en el citoplasma de la célula eucariota, el ARNm del hospedador le permite adherirse directamente a los ribosomas para su traducción. Allí, se emplea como plantilla para traducirse directamente en la poliproteína 1a/1ab, en la cual están unidas todas las proteínas que formarán el complejo de replicación-transcripción en vesículas de doble membrana. A partir de dicho complejo, se sintetizan diversos ARN subgenómicos codificantes para los polipéptidos y proteínas (estructurales y no estructurales) que determinan la biología del virus y la simetría helicoidal de su nucleocápside (Lu R, 2020).

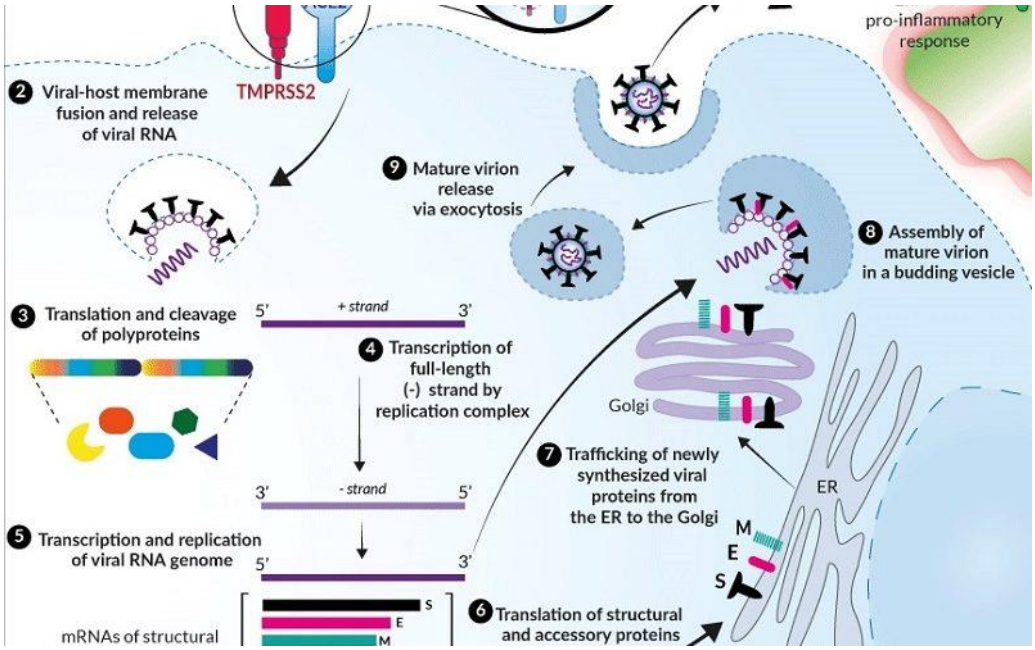


Figura 6. El ciclo de infección del SARS-CoV-2. (Fuente: https://www.ibiantech.com/ciclo-de-infeccion-del-sars-cov-2/)

La enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) es un receptor celular expresado en los pulmones, las arterias, el corazón, los riñones y el intestino. ACE2 se une a la proteína viral (S) y constituye el receptor de entrada celular para SARS-CoV-2 en su huésped humano. Más específicamente, la proteína S se divide en dos subunidades, S1 y S2, por una proteasa extracelular. Mientras S1 se une a ACE2, S2 se escinde aún más y es activada por la TMPRSS2 (proteasa transmembrana de serina 2 asociada a la superficie del huésped). Juntas, estas acciones dan como resultado una fusión de la membrana viral del huésped y su genoma de ARN se libera en el citoplasma de la célula huésped. Entonces la maquinaria de traducción del huésped es secuestrada para la traducción de las poliproteínas y las proteasas virales esenciales. Las poliproteínas (pp1a y pp1ab) se dividen en 16 proteínas efectoras no estructurales mediante 3CLpro y PLpro, lo que les permite formar el complejo de replicación junto con la ARN polimerasa dependiente de ARN, que sintetiza una plantilla de cadena de ARN negativa de longitud completa. Esta se utiliza para replicar el genoma completo de ARN y generar las plantillas individuales de mARN subgenómico necesarias para la traducción de las proteínas estructurales y accesorias virales. Las nuevas proteínas estructurales y accesorias recién

sintetizadas son transferida desde el retículo endoplasmático al aparato de Golgi, donde se ensamblan los nuevos viriones. Finalmente, los viriones maduros de SARS-CoV-2 se exocitan y se liberan de la célula huésped al ambiente para repetir el ciclo de infección (Chen Y, 2020).

1.4 Epidemiologia.

Los SARS-CoV tienen el potencial necesario para causar transmisión comunitaria, es decir propagarse de persona a persona de manera descontrolada si no se tienen las medidas de prevención adecuadas. Esta situación puede dar lugar a una morbilidad y mortalidad graves (Schwartz DA, 2020). Existen varios mecanismos de transmisión, por ejemplo:

- Se transmite a través del contacto directo o indirecto de las membranas mucosas (ojos, nariz o boca) con gotitas o fómites respiratorios infecciosos. Los riesgos de transmisión aumentan con el período y la proximidad con personas infectadas (Chen Y, 2020).
- Transmisión por aerosoles que son partículas < 5 µm que quedan suspendidas en el medio ambiente siendo infectivas por al menos tres horas, con una mayor concentración en las fases iniciales de la enfermedad y durante la realización de procedimientos que generen aerosoles como intubación endotraqueal, broncoscopia y resucitación cardiopulmonar (Patel K, 2020). Modelos experimentales han demostrado que, en una conversación de 10 minutos, una persona infectada puede producir hasta 6,000 partículas de aerosoles (Van Doremalen N, 2020).
- Transmisión por superficies infectadas por las gotas o aerosoles producidos por un individuo infectado permanece viable por tiempo variable en función de las características del material. Con base en experimentos realizados en virus similares tales como SARS-CoV, MERS-CoV y otros coronavirus, se ha determinado un tiempo promedio de viabilidad para SARS-CoV-2 en aluminio (de dos a ocho horas), cobre (cuatro horas), guantes quirúrgicos (ocho horas), plástico (72-96 horas), cartón (24-96 horas), acero inoxidable (48-72

horas), papel (cuatro a cinco días), vidrio y madera (cuatro días) (Van Doremalen N, 2020).

La población más vulnerable es principalmente, la compuesta por personas de edad avanzada con enfermedades crónicas y patologías previas (enfermedad pulmonar crónica o asma moderada, afecciones cardíacas graves, obesidad severa, diabetes, insuficiencia renal o enfermedad hepática y mujeres embarazadas) (Smith JA, 2020). La evolución sintomatológica de esta enfermedad en el paciente va a depender del estado de salud en el que se encuentre, las comorbilidades son factores de riesgo que agravan el estado de salud del paciente que se contagia de Covid-19.

Este padecimiento causa enfermedades respiratorias y gastrointestinales, la enfermedad se caracteriza por signos y síntomas médicos distintos que incluyen fiebre alta, escalofríos, tos, falta de aire o dificultad para respirar, anosmia (pérdida del sentido del olfato) y ageusia (pérdida del sentido del gusto). Las personas infectadas también pueden presentar otros síntomas como diarrea, mialgia, fatiga, expectoración y hemoptisis (expulsión de sangre con la tos procedente de la vía respiratoria) (Smith JA, 2020). Los infantes pueden presentar el síndrome inflamatorio multisistémico el cual causa inflamación (irritación, dolor e hinchazón) en todo el cuerpo.

Se trata de una enfermedad que se extiende con mayor velocidad que otras infecciones, incluso más que la gripe común. Cuando el número de personas infectadas por cada enfermo –lo que se conoce como tasa de reproducción (RO)– es superior a uno, la enfermedad tiende a extenderse con mayor celeridad. La tasa de reproducción del Covid-19 es de las más altas en comparación con otras enfermedades de su tipo: se estima que infecta en 2.68 personas por cada individuo contagiado, mientras que la tasa de la gripe común es de 1.28; solo es superada por la tasa del SARS que alcanza una cifra de 3.0 personas por individuo contagiado (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020).

Para determinar el nivel de vulnerabilidad de una población, se deben tomar en cuenta distintos aspectos como la situación social o económica. Entiéndase como

la accesibilidad a atención medica de “calidad”, la necesidad de atención médica especializada continua, la dificultad para tomar medidas de prevención, como lavarse las manos con frecuencia, uso de cubrebocas y distanciamiento social, barreras económicas relacionadas con un empleo inestable o condiciones de trabajo poco flexibles.

1.5 Tratamiento

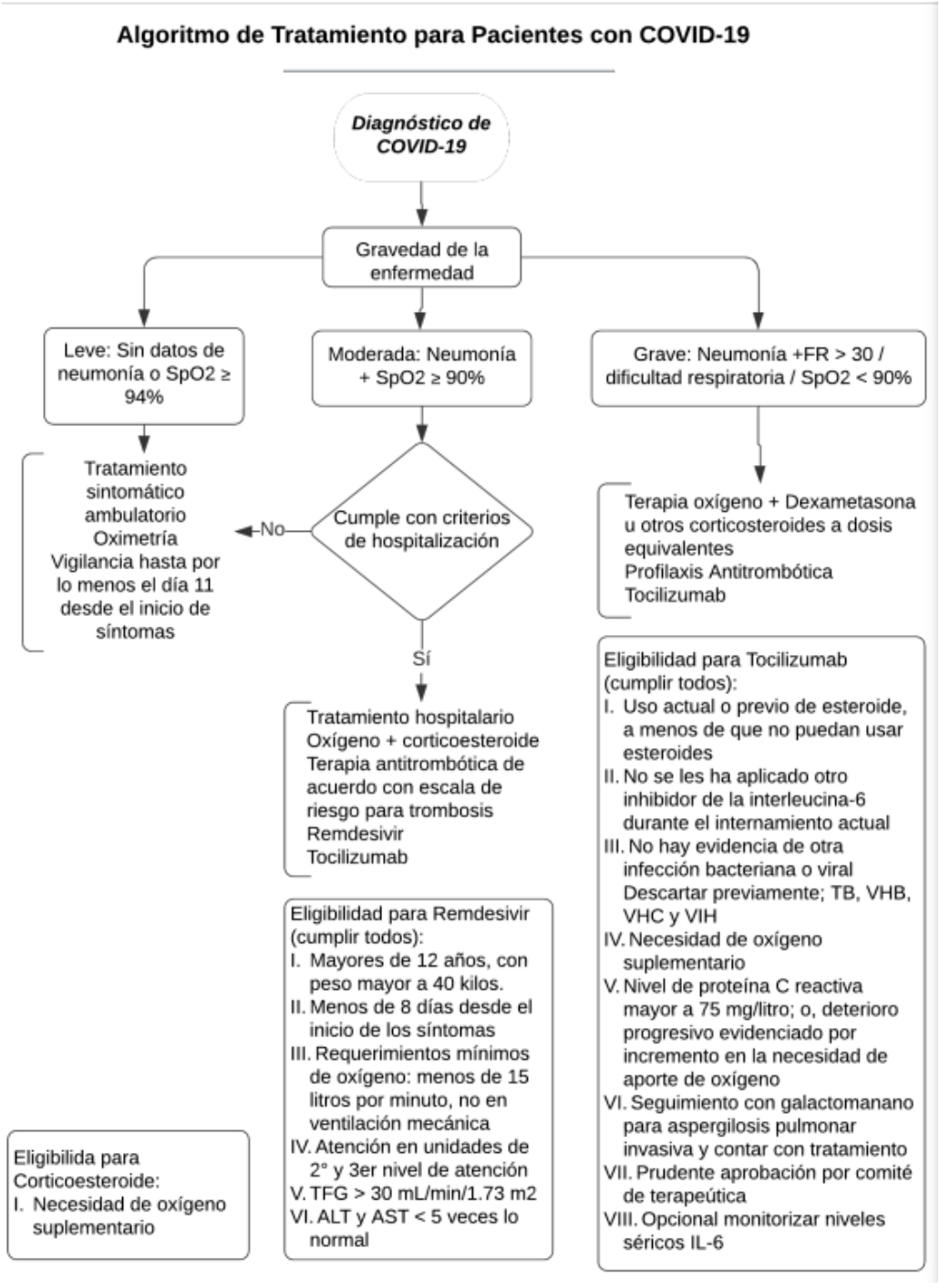


Figura 7. Algoritmo de tratamiento para pacientes diagnosticados con Covid-19.
Guía Clínica para el tratamiento de la Covid-19 en México.
(Fuente: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf)

Medicamentos que se pueden utilizar para el tratamiento de la Covid-19:

Gravedad	Características	Medicamentos y criterios de elegibilidad de los pacientes
Leve	Sin evidencia de neumonía o hipoxia, SpO2 ≥ 94% al aire ambiente.	Tratamiento sintomático.
Moderada	Signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) sin signos de neumonía grave, incluida una SpO_2 ≥ 90% al aire ambiente.	**Heparina no fraccionada/enoxaparina (AIII):** Evaluar riesgo de trombosis para indicar el medicamento como tromboprofilaxis. **Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes (AI):** Administrar exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario para mantener SpO SpO_2 ≥ 94%. Aumenta 20% la mortalidad en aquellos con SpO_2 ≥ 94%, quienes no requieren oxígeno. **Remdesivir (BIIa):** En pacientes hospitalizados mayores de 12 años y peso mayor a 40 kilos, con requerimiento menor a 15 litros por minuto de oxígeno. No en ventilación mecánica. Menos de 8 días desde el inicio de síntomas. **Tocilizumab (BIIa):** En pacientes con uso actual o previo de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva.
Grave	Signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) más 1 de los siguientes: - Frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones por minuto. - Dificultad respiratoria grave. - SpO2 < 90% al aire ambiente	**Heparina no fraccionada/enoxaparina (AIII):** Evaluar riesgo de trombosis para indicar el medicamento como tromboprofilaxis. **Dexametasona u otros corticosteroides con dosis equivalentes (AI)**: Administrar exclusivamente en pacientes que requieren oxígeno suplementario. Aumenta la mortalidad en los que no requieren oxígeno. **Tocilizumab (BIIa):** En pacientes con uso actual o previo de 10 días de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 durante el internamiento actual, y cuando no haya evidencia de otra infección bacteriana o viral (aparte de SARS-CoV-2), con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva.

Figura 8. Tratamiento recomendado para tratar Covid-19.
Guía Clínica para el tratamiento de la Covid-19 en México.
(Fuente: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf)

Los antibióticos que comúnmente son utilizados para tratar enfermedades ocasionadas por bacterias no deben ser utilizados para el tratamiento de infecciones virales. Debido a que las bacterias son organismos vivos que existen como células independientes, los antibióticos destruyen estos microorganismos impidiendo que crezcan y se reproduzcan. Los virus por el contrario no están vivos, los virus crecen y se reproducen solo después de haber invadido células vivas.

Algunos de los medicamentos que no están autorizados para el tratamiento de Covid-19, son los siguientes: Azitromicina (Antibiótico macrólido), Ciclosporina (Inmunosupresor), Dióxido de cloro, Factor de transferencia, Hidroxicloroquina (Antimalárico), Lopinavir/ Ritonavir (Inhibidor de proteasa) y Oseltamivir (Inhibidor de la neuraminidasa del virus de la influenza humana).

En este contexto es de suma importancia conocer los antecedentes de la pandemia por Covid19, por este motivo en este primer capítulo he descrito todo lo relacionado con su historia, al ser una enfermedad nueva, esta información se ha ido actualizando con el paso de los meses. Como Promotores de la Salud, para que podamos dimensionar la longitud del problema de salud pública necesitamos conocer su origen, y la manera en que está impactando en nuestra sociedad.

El virus de Covid19 causa una enfermedad respiratoria, en un inicio se creía que se transmitía por estar en contacto con una persona contagiada, o incluso por tocar alguna superficie contaminada. Detectaron que ciertos grupos de la población como adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con alguna enfermedad crónica degenerativa tenían mayor riesgo de presentar síntomas graves y requerir atención hospitalaria. Es por eso que las autoridades de la Secretaría de Salud Federal, recomendaron el lavado de manos constante, uso de gel antibacterial, el uso de cubrebocas en lugares públicos y la sana distancia de 1.5 metros. Adicional a estas recomendaciones determinaron un periodo de aislamiento para frenar la cadena de contagios y evitar la saturación de hospitales. Se había pensado que este periodo de aislamiento solo duraría un par de semanas, pero se extendió por meses causando daños en distintos sectores de la población, incluyendo a las personas que se dedican al sector informal, he aquí el origen del problema que describiremos en los próximos capítulos.

Capítulo 2.

Políticas Públicas.

"Antes de contagiarnos, yo veía en la televisión que los hospitales estaban llenos de gente, pero yo creía que solo querían darnos miedo. Cuando se pusieron graves mis padres, estuve de un lado a otro buscándoles hospital y cuando encontré uno donde los pudieron atender, los tuvieron en una sala de espera un día completo, con la careta de oxígeno, luego nos avisaron que los tenían de intubar y los iban a trasladar a otro Modulo Covid, porque en ese ya estaban llenos"

Gabriel 54 años.

Las políticas públicas conforman la intervención del estado en respuesta a una situación problemática presente en la sociedad. Se entiende por políticas públicas un conjunto de instrumentos a través de los cuales el Estado, luego de identificar una necesidad (económica, política, ambiental, social, cultural, entre otras), implementa un conjunto de medidas reparadoras, construidas con la participación de los grupos afectados por los diversos problemas (Alzate, 2010).

Las políticas públicas se componen de una acción orientada a un objetivo público, un grupo de orientaciones a desarrollar por un colectivo, que a su vez debe disponer de instrumentos, mecanismos y definiciones institucionales para su implementación. También pueden añadirse un conjunto de decisiones interrelacionadas que requieren instrumentos, definiciones institucionales, organizaciones y recursos para ser implementadas. Estas mismas son expresadas a través de leyes, decretos, actos administrativos y similares e implementadas a través de los organismos públicos vinculados al aparato administrativo del Estado. Así, el rol de las agencias públicas es gestionar las políticas públicas. A su vez los organismos públicos deben subordinarse a un conjunto de normas que los rigen y que conforman el contexto institucional en que esos organismos se inscriben (Olavarría, 2007).

Una política de salud señala las acciones para resolver los problemas sociales y debe apoyarse en los elementos derivados de los procesos de investigación y de participación de organizaciones locales. Anteriormente, la salud se había asociado a la dimensión biológica, pero no podemos dejar de reconocer las limitaciones de

esta consideración y el mayor alcance de su objeto de estudio, revestido de características políticas y sociales incuestionables, que rebasan lo meramente natural y se amplían con la garantía de los derechos humanos (Hunt, 2006). Claramente los determinantes de la salud son sociales, económicos y culturales, sin embargo, no podemos dejar de lado la idea de que los determinantes de salud están mediados por la política (A. Franco, C. Álvarez-Dardet, M.T. Ruiz, 2004).

Las personas esperan que el gobierno instaure una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente son las que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social (OMS , 2008).

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal (OMS, 2000).

Dentro del segundo grupo se encuentran, las políticas de salud pública eficaces las cuales incluyen los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades relacionadas con la promoción de la salud. Finalmente, las políticas públicas contemplan también la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes. Esto último es de suma importancia política porque cualquier fallo en ese sentido menoscaba profundamente la confianza de la población en las autoridades sanitarias (OMS , 2008).

El tercer conjunto de políticas de primera importancia se conoce como “la salud en todas las políticas” y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario. Los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla, y trascender las fronteras nacionales (OMS, 2000).

2.1 Políticas públicas a poner en marcha según el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Los determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas, son dependientes de la acción política, en este sentido, la ideología, el poder y lo político influyen sobre la salud de las personas.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece ciertas políticas públicas a implementarse que están encaminadas a mitigar la desigualdad y pobreza que venimos acarreando desde décadas atrás y que con la pandemia indiscutiblemente se agravarán; están orientadas a reactivar al sector más vulnerable ante esta crisis y ante cualquier otra situación futura, ya sea sanitaria, económica o política.

Dentro de los apartados de esta Plan Nacional de Desarrollo establece ciertas políticas públicas a implementarse que están encaminadas a mitigar la desigualdad y pobreza 2019-2024, localizamos los relacionados con salud y economía:

> ***“Salud para toda la población”***
>
> *La administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción. Millones de personas no tienen acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema o bien enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura. Como en otros terrenos, el desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los*

lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal. Es casi normativo el que los pacientes de los hospitales del Estado tengan que llevar sus propios materiales de curación y que se vean obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, tanto por la saturación de los quirófanos como por descomposturas o faltantes de equipo. Otros ni siquiera logran acceso a terapias y tratamientos porque no están afiliados a ninguna institución de seguridad social o bien porque la cobertura del Seguro Popular es insuficiente. En suma, el derecho a la salud le es denegado parcial o totalmente al sector más desprotegido de la población mexicana.

Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI)

El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.

Este objetivo se logrará mediante la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que dará servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE. La atención se brindará en atención a los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

- El combate a la corrupción será permanente en todo el sector salud.

- Se dignificarán los hospitales públicos de las diversas dependencias federales.

- Se priorizará la prevención de enfermedades mediante campañas de concientización e inserción en programas escolares de temas de nutrición, hábitos saludables y salud sexual y reproductiva.

- Se emprenderá una campaña informativa nacional sobre las adicciones.

- Se impulsarán las prácticas deportivas en todas sus modalidades.

Economía

-Detonar el crecimiento

Desde principios de los años ochenta del siglo pasado el crecimiento económico de México ha estado por debajo de los requerimientos de su población, a pesar de que los gobernantes neoliberales definieron el impulso al crecimiento como una prioridad por sobre las necesidades de la población; además, ha crecido en forma dispareja por regiones y por sectores sociales: mientras que las entidades del Norte exhiben tasas de crecimiento moderadas pero aceptables, las del Sur han padecido un decrecimiento real. Y mientras que los grandes consorcios y potentados han visto multiplicadas sus fortunas, decenas de millones han cruzado las líneas de la pobreza y de la pobreza extrema. Ante la brutal concentración de riqueza generada por sus políticas, los gobernantes neoliberales afirmaban que lo importante era que esa riqueza se generara en la élite de la pirámide social y que ya iría goteando hacia abajo para acabar beneficiando a todos. La afirmación resultó falsa. Un puñado de empresas y de magnates acapararon el exiguo crecimiento económico y la riqueza jamás llegó a los sectores mayoritarios de la población. Puede afirmarse que más bien ocurrió lo contrario: la riqueza fluyó de abajo hacia arriba, de modo que empobreció más a los pobres y enriqueció por partida doble a los ricos.

Impulsar la reactivación económica, el mercado interno y el empleo

Una de las tareas centrales del actual gobierno federal es impulsar la reactivación económica y lograr que la economía vuelva a crecer a tasas

aceptables. Para ello se requiere, en primer lugar, del fortalecimiento del mercado interno, lo que se conseguirá con una política de recuperación salarial y una estrategia de creación masiva de empleos productivos, permanentes y bien remunerados. Hoy en día más de la mitad de la población económicamente activa permanece en el sector informal, la mayor parte con ingresos por debajo de la línea de pobreza y sin prestaciones laborales. Esa situación resulta inaceptable desde cualquier perspectiva ética y perniciosa para cualquier perspectiva económica: para los propios informales, que viven en un entorno que les niega derechos básicos, para los productores, que no pueden colocar sus productos por falta de consumidores, y para el fisco, que no puede considerarlos causantes.

El sector público fomentará la creación de empleos mediante programas sectoriales, proyectos regionales y obras de infraestructura, pero también facilitando el acceso al crédito a las pequeñas y medianas empresas (que constituyen el 93 por ciento y que generan la mayor parte de los empleos) y reduciendo y simplificando los requisitos para la creación de empresas nuevas.

El gobierno federal impulsará las modalidades de comercio justo y economía social y solidaria.

(Secretaria de Gobernacion (SEGOB), 2019)

2.2 Líneas de acción contra Covid19 de Gobierno Federal y Gobierno Local.

Gobierno Federal:

En momentos críticos, las decisiones de líderes políticos y altos funcionarios del gobierno tienen el potencial de influir fuertemente en los resultados. El buen juicio y el despliegue de procedimientos adecuados para la gestión de emergencias son fundamentales para minimizar los daños. Además, sólo los líderes nacionales están en condiciones de establecer objetivos comunes y coordinar acciones institucionales y sociales a gran escala, del tipo que se necesitan en una pandemia.

Una de las responsabilidades clave de los líderes políticos ante el impacto de una crisis es facilitar la movilización y alineación de las acciones de los diferentes actores. (Chris Ansell, 2014)

México ha sido unos de los países más afectados por la pandemia del COVID-19, el periodo de cierres de actividades consideradas como no esenciales a nivel nacional se determinó con base en las proyecciones epidemiológicas del gobierno federal, en un principio se había pronosticado que la curva alcanzaría su punto máximo entre el 6 y el 8 de mayo del 2020, pero los casos siguieron en aumento hasta mediados del mes de Julio 2020. Dicho pronostico se obtuvo con ayuda de la *vigilancia centinela*.

Para garantizar que cualquier ciudadano que enfermara de Covid-19 recibiera atención medica aun cuando no tuviera seguridad social y mejorar la atención de derechohabientes de instituciones públicas de seguridad, el Gobierno de México firmó un convenio de colaboración con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales, mismo que se extendió hasta el 23 de junio del 2020. De esta manera se consolido un único Sistema Nacional de Salud para ampliar la capacidad de respuesta de México a partir de una alianza público-privada (Gobierno de México, 2020).

Posteriormente la Secretaría de Salud Federal estableció el 14 de mayo de 2020, una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, para ello se implementó un modelo de Semáforo de riesgo epidemiológico para transitar hacia una nueva normalidad, este es un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19. Esta estrategia dio inicio el 1 de junio de 2020, uno de los objetivos principales es que la reapertura de actividades se realizara de manera gradual, ordenada y cauta (Alcalá, 2020).

Desde una perspectiva más general el semáforo epidemiológico por regiones es un sistema de estimación de riesgos que permite entender y comunicar el riesgo epidémico poblacional a nivel local o regional de manera sencilla, así como orientar

las acciones que se pueden implementar localmente de acuerdo con la intensidad de la epidemia. El semáforo representa tres aspectos del acontecer epidémico: La transmisión entre personas y propagación territorial, capacidad de respuesta, y las consecuencias de la epidemia sobre la salud y la vida (Alcalá, 2020).



Medidas de salud pública y del trabajo	Limpieza constante de espacios, uso de cubrebocas, señalética al interior de los negocios para indicar flujos y medidas de distanciamiento, lavado frecuente de manos y uso de gel antibacterial			
Laborales (esenciales y no esenciales)	Actividades esenciales que no cerraron + las que se adicionan: construcción, minería, fabricación de equipo de transporte, venta de bicicletas y producción de cerveza así como sus cadenas de producción	Horarios y días de trabajo escalonados, esquema 4x10; Restaurantes y hoteles (30% de aforo), servicios religiosos (30%), cines y teatros (50%), micro/pequeños negocios (menos de 30 empleados), eventos deportivos sin público previa prueba de atletas	Horarios y días de trabajo escalonados, esquema 4x10; Restaurantes y hoteles (60%), servicios religiosos (60%), cines y teatros (60%), retorno escalonado de corporativos, tiendas departamentales (60%)	"Nueva normalidad" con mantenimiento de medidas de distanciamiento e higiene para contención Apertura de bares, gimnasios, centros nocturnos, antros
Gobierno	Retorno de instituciones de Justicia y Legislativo por medio de videoconferencias	Digitalización intensiva + Atención con citas en ventanilla de trámites vinculados a actividades económicas operando	Regreso de oficinas de gob + Digitalización + Atención en ventanilla de trámites vinculados a sectores	Regreso de oficinas + Digitalización + Atención en ventanilla de trámites vinculados a sectores
Educación	Continúa educación básica, media superior y superior a distancia	Continúa educación básica, media superior y superior distancia	Continúa educación básica, media superior y superior a distancia	Regreso cuando las autoridades educativas y sanitarias lo determinen
Espacio público (abierto y cerrado) y transporte	Parques al 30% de su capacidad de aforo	Parques al 30 % de su capacidad de aforo Fin del hoy no circula temporal Expansión de Ciclovías	Parques y explanadas al 60 % de su capacidad de aforo, Expansión de ciclovías	"Nueva normalidad" con mantenimiento de medidas de distanciamiento e higiene para contención
Personas vulnerables	Permanecen en aislamiento	Permanecen en aislamiento	Salidas necesarias + prioridad para ellas en negocios y transporte	Cuidados de higiene + sana distancia para contención
Seguimiento epidemiológico	SMS + reportes de contagios en sectores abiertos + monitoreo para semáforo	SMS + reportes de contagios en sectores abiertos + monitoreo para semáforo	SMS + reportes de contagios en sectores abiertos + monitoreo para semáforo	Mantenimiento y monitoreo de indicadores y nuevos brotes

Figura 9. Semáforo Epidemiológico de la Ciudad de México por sectores.
(Fuente: https://covid19.cdmx.gob.mx/nuevanormalidad)

Actividades consideradas como esenciales al 1 de junio 2020:

1. Rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud
2. Sector farmacéutico, tanto en su producción como en su distribución.
3. Manufactura de insumos, equipamiento médico y tecnologías para la atención de la salud
4. Disposición adecuada de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI)
5. Limpieza y desinfección de las unidades médicas en los diferentes niveles de atención

6. Las involucradas en la seguridad pública y la protección ciudadana, defensa de la integridad y la soberanía nacionales; la procuración e impartición de justicia
7. Actividad legislativa en los niveles federal y estatal
8. Financiera
9. Recaudación tributaria
10. Distribución y venta de energéticos, gasolineras y gas.
11. Generación y distribución de agua potable.
12. Industria de alimentos y bebidas no alcohólicas, mercados de alimentos.
13. Supermercados, tiendas de autoservicio, abarrotes y venta de alimentos preparados.
14. Servicios de transporte de pasajeros y de carga
15. Producción agrícola
16. Producción pesquera
17. Producción pecuaria
18. Agroindustria
19. Industria química
20. Productos de limpieza
21. Ferreterías
22. Servicios de mensajería
23. Guardias en labores de seguridad privada
24. Guarderías y estancias infantiles
25. Asilos y estancias para personas adultas mayores
26. Refugios y centros de atención a mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos
27. Telecomunicaciones y medios de información
28. Servicios privados de emergencia
29. Servicios funerarios y de inhumación
30. Servicios de almacenamiento y cadena de frío de insumos esenciales
31. Logística (aeropuertos, puertos y ferrocarriles)

32. Las relacionadas directamente con la operación de los programas sociales del gobierno
33. Las necesarias para la conservación, mantenimiento y reparación de la infraestructura critica que asegura la producción y distribución de servicios indispensables; a saber: agua potable, energía eléctrica, gas, petróleo, gasolina, turbosina, saneamiento básico, transporte público, infraestructura hospitalaria y médica, entre otros
34. Empresas de producción de acero, cemento y vidrio
35. Servicios de tecnología de la información que garanticen la continuidad de los sistemas informáticos de los sectores público, privado y social
36. Empresas y plataformas de comercio electrónico
37. Minas de carbón
38. Las empresas distribuidoras de carbón mantendrán sus actividades de transporte y logística
39. Industria de la construcción
40. Minería
41. Fabricación de equipo de transporte

Gobierno Local:

La jefa de gobierno Claudia Sheinbaum Pardo, en conjunto con los 16 alcaldes de la Ciudad de México, puso en marcha una serie de condiciones para aminorar la cadena de contagios. Entre las más importantes están:

- Fase l: Servicio gratuito de información oficial y tamizaje de riesgos y síntomas vía mensaje de texto (SMS 51515) para detectar posibles casos de Covid19.
- Reducción de la movilidad con el cierre de establecimientos (plazas comerciales, centros nocturnos, estéticas, gimnasios, cines, teatros, etc.) además de las empresas consideradas como no esenciales (industria textil, maderera, tabacalera y de construcción).
- Suspensión de tramites a consecuencia del cierre de la mayoría de dependencias gubernamentales.

- Los últimos días del mes de marzo 2020, patrullas de la secretaria de Seguridad Ciudadana (SSC) iniciaron la difusión de un audio durante sus recorridos para conminar a la población a mantener el aislamiento en sus hogares.
- Fase II: Sistema SMS, identificación de necesidad de hospitalización y traslado de emergencia; así como personas que requerían entrega a domicilio de kit médico.
- Suspensión de venta de bebidas alcohólicas en los establecimientos de bajo impacto durante el mes de abril 2020.
- Aplicación de multas a establecimientos no indispensables que seguían operando en el mes de abril 2020.
- Rastreo de contactos, de personas infectadas por Covid19.
- Suspensión temporal de actividades de los módulos, espacios y locales comerciales ubicados al interior de las estaciones de la Red del Sistema de Transporte Colectivo Metro.
- Suspensión de Mercados Públicos y Tianguis.
- Suspensión de actividades en obras públicas y privadas
- Uso obligatorio de cubrebocas en el Sistema de Transporte Colectivo Metro.
- Cierre del 20% de las estaciones de metro, que tienen menor afluencia para aumentar velocidad en trenes.
- Adecuación al Programa “Hoy no circula”, para reducir la movilidad.
- Señalización de zonas de alto contagio, “Colonias Prioritarias”.
- Uso de código QR, en establecimientos públicos y privados, que poco a poco se irían incorporando a la nueva normalidad, como una manera de frenar las cadenas de contagios y rastrear posibles casos de Covid19.

2.3 Programas sociales en beneficio de la población vulnerable, del:

Gobierno Federal:

- Apoyos financieros a microempresas y trabajadores independientes.

    - Créditos para apoyar a micronegocios familiares y trabajadores por cuenta propia ante las afectaciones ocasionadas por el COVID-19
- Tandas para el bienestar
    - Microcréditos dirigidos a pequeños negocios familiares.
- Apoyo económico a familiares de personas fallecidas por Covid19, “Deudos Covid19”.

Gobierno Local:

- Comedores populares continuaron activos durante la contingencia.
- Visitas médicas y medicamentos gratuitos a 6 mil personas adultas mayores que no tienen alguna red de apoyo social.
- Acción institucional para el apoyo de negocios familiares afectados por la pandemia Covid19
- Programa de entrega de apoyo médico, alimentario y monetario a quienes son identificados en el sistema SMS como sospechosos sintomáticos graves y deben permanecer en casa en zonas de menores ingresos.
- Apoyos económicos a trabajadoras sexuales.
- Médicos realizan videollamadas para detectar casos de Covid19.
- Programa “Mercado, comunidad, abasto y alimentación (Mercomuna)” en apoyo a la población más vulnerable y negocios de barrio.
- Programa "No estás sola" para atención de violencia de género y violencia familiar durante la contingencia.
- Ampliación del Programa de Seguro de Desempleo con cobertura de dos meses para atención de beneficiarios durante la contingencia. Se otorgan $1,500 mensuales por persona.
- Sanitización constante de espacios públicos.
- Bono en combustible de entre 4 mil y 6 mil pesos para conductores de Transporte Público Concesionado
- Centros de aislamiento voluntario para atender Covid19.
- Instalación de 34 quioscos de la salud, para realizar pruebas PCR de Covid19 y brindar asesoría médica. (Gobierno de la Ciudad de México, 2020)

2.4 Políticas públicas para la práctica comercial:

Las diferentes crisis económicas que México ha enfrentado en el pasado han puesto en evidencia que, a pesar de ser un país de ingreso medio, los altos niveles de pobreza y desigualdad acentúan la vulnerabilidad social frente a choques económicos adversos, afectando casi invariablemente a la población históricamente en desventaja. Los hogares mexicanos dependen fuertemente de sus ingresos laborales (el ingreso por trabajo subordinado e independiente representa más de 50 por ciento del ingreso corriente total de los hogares en cada uno de los deciles de ingreso) y cuatro de cada diez personas en México se encuentran en situación de pobreza (41.9 por ciento de la población) (llen Blackman, 2020).



Fotografía 1. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

En 2020, México enfrenta esta crisis pandémica en condiciones de vulnerabilidad. Entre otros factores, destacan la alta prevalencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares, la precariedad laboral, problemas de acceso al agua y de hacinamiento que impiden la adopción generalizada de medidas preventivas y múltiples brechas de acceso a derechos sociales: salud, alimentación, educación, vivienda y seguridad social. Los primeros efectos se sintieron en los puestos de

trabajo formal inscritos ante el IMSS que tuvieron una caída de 0.6% equivalentes a 130 mil empleos. El saldo neto hasta el mes de junio 2020 es una pérdida de 7 mil empleos y en lo que va del sexenio, el saldo sigue siendo positivo en 480 mil. (OISAD, 2020)

Para verificar el grado de efectividad del confinamiento se propuso un modelo econométrico con los datos de la reducción de la movilidad por entidad proporcionados por Google (Community Mobility Reports) y la tasa de contagios. Se encontró que el mayor nivel de significancia lo presentó la reducción de la movilidad en los centros de trabajo, de esta forma, los estados que redujeron sus actividades laborales por encima del 60% presentaron las tasas más bajas de contagio.

El control de la pandemia y la reducción de la movilidad presentan una relación parecida a una U invertida, a medida que los estados disminuyen su movilidad los contagios siguen creciendo, pasando el umbral del 60% los contagios empiezan a disminuir, sin embargo, no todos los estados están logrando alcanzar este nivel y una de las principales causas es la estructura económica de mercados informales (OISAD, 2020).

Los cambios de política económica, que en algunos casos fueron virajes en toda regla, se sincronizaron con la adopción de las estrategias recomendadas por la OMS, con rezagos de por medio en algunas políticas nacionales. El índice de respuesta gubernamental para la prevención, contención y control del Covid19 en el primer semestre de 2020 ilustra el escalonamiento de la adopción de las medidas más comunes que se pusieron en práctica (Provencio, 2020).

1. Asignaciones presupuestales adicionales para fortalecer los sistemas de salud: contratación de personal adicional; adquisiciones de medicamentos, equipos e insumos; realización de pruebas; seguimiento o rastreo de contagios; operativos de control y vigilancia; habilitación o construcción de nuevas instalaciones e infraestructura adicional; despliegue de sistemas de monitoreo.
2. Acciones especiales de apoyo al ingreso de las personas que por disposición oficial debieron permanecer confinadas, un salario básico para ciertos grupos

y con diversos requisitos; transferencias directas, ayudas en especie y otros medios para apoyar a los hogares en el periodo de distanciamiento social.

3. Intervenciones para la protección de la población y de los trabajadores durante el periodo de suspensión obligatoria de actividades productivas y en la reapertura o salida escalonada del confinamiento, con una gama de acciones específicas tanto en el sector formal como en el informal y para autoempleados o independientes; restricciones o prohibiciones al despido laboral; fondos gubernamentales para el pago complementario de sueldos en empresas.
4. Sacrificios fiscales en beneficio de personas, hogares y empresas por la posposición del pago de impuestos o de cuotas a la seguridad social; reducción o postergación de cobros por servicios públicos; disminución de tarifas u otros pagos por trámites públicos en los diferentes órdenes o niveles de gobierno.
5. Programas de soporte directo a las empresas durante el periodo de suspensión de actividades en los sectores clasificados como no esenciales, por medio de diferentes vías: subsidios directos; créditos en condiciones especiales; renegociaciones de vencimientos de créditos para recuperar o mantener la liquidez y diferentes mecanismos más, bajo ciertas condiciones como mantener empleos, postergar dividendos e impedir la apropiación de activos en las condiciones de inestabilidad derivada de la pandemia.
6. Política monetaria y financiera para asegurar liquidez en el sistema de pagos: relajamiento de la postura monetaria; estímulos monetarios reducción de las tasas de interés de referencia; impulso a préstamos de la banca a las empresas y hogares; medidas regulatorias favorables a la intermediación financiera y para mantener los flujos crediticios; la dispersión de los fondos de apoyo a las empresas; sostener la estabilidad de precios y del mercado cambiario; prevención de la inestabilidad de los mercados financieros.

Ante estos escenarios, es necesario diseñar una estrategia para afrontar los efectos que esta emergencia detonará para los grupos más vulnerables en las dimensiones

de bienestar económico y ejercicio de derechos sociales. Al mismo tiempo, esta situación obliga a una reflexión seria para impulsar medidas de mediano y largo plazo que son imprescindibles para construir un sistema de protección social con enfoque de derechos que sea resiliente a los eventos críticos. (llen Blackman, 2020).

Entre estas medidas destacan la implementación de nuevas estrategias para proteger a la población más vulnerable, consolidando la protección social a través de una pensión universal mínima de retiro e invalidez financiada con impuestos generales. También se encuentra la adopción de medidas de largo plazo que garanticen la seguridad ante riesgos, como el seguro de desempleo contributivo, la renta básica ciudadana o un piso mínimo solidario. Si la situación se enfrenta de manera proactiva, como una oportunidad para la innovación en protección social, es posible enfrentar esta crisis con mejores capacidades para la implementación de la política de desarrollo social.

2.5 Mínimo vital, derechos humanos y derechos fundamentales:

El ser humano al momento de nacer adquiere derechos naturales que son derechos humanos que las personas tenemos por el hecho de serlo, que tienen un carácter previo a la aparición del Estado y que se sitúan por encima del gobierno y del poder. Ahora bien, tenemos que los derechos humanos no es sinónimo de derechos fundamentales. Los derechos fundamentales son los que se encuentran consagrados en la Constitución, son parte del derecho positivo en tanto los derechos humanos son reconocidos de manera universal (Rey, 2006).

El artículo 1º. Constitucional indica que toda persona gozará de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales; además establece que toda autoridad en el ámbito de sus competencias tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917). De lo anterior podríamos decir que existen derechos humanos que a su vez serían derechos fundamentales o constitucionales, por el contrario, no todos los derechos humanos serían derechos fundamentales,

ya que en el texto constitucional índica que todos los derechos humanos que se encuentran en la Constitución.

El mínimo vital se refiere al derecho de todos los individuos que forman una comunidad a contar con una cantidad mínima para hacer frente a sus necesidades más básicas (como la alimentación y el vestido). En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no se encuentra la definición propia de mínimo vital. La protección al mínimo vital se desprende de la interpretación sistemática de los artículos constitucionales 1º. 3º. 4º. 25, 26, 27, 28, 31, en su fracción IV y 123. De acuerdo con la tesis "Derecho al Mínimo Vital en el Orden Constitucional Mexicano" (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2007) establece que un presupuesto del Estado Democrático de Derecho es el que requiere que los individuos tengan como punto de partida condiciones tales que les permitan desarrollar un plan de vida autónomo, así mismo establece el mínimo vital como la determinación de un mínimo de subsistencia digna y autónoma protegido constitucionalmente. Además, la propia tesis señala que el objeto del derecho al mínimo vital abarca todas las medidas positivas o negativas imprescindibles para evitar que la persona se vea inconstitucionalmente reducida en su valor intrínseco como ser humano por no contar con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna.

La tesis "Mínimo vital: conforme al derecho constitucional mexicano y al internacional de los derechos humanos, se encuentra dirigido a salvaguardar los derechos fundamentales de las personas físicas y no de las jurídicas" (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011), establece que el derecho al mínimo vital se fundamenta en la dignidad humana, la solidaridad, la libertad, la igualdad material y el Estado social, además establece que para gozar plenamente de su libertad las personas necesitan un mínimo de seguridad económica y de la satisfacción de sus necesidades básicas.

La pandemia por Covid19, nos obligó a reconocer la urgente necesidad en materia de salud pública de diseñar y ofrecer respuestas a gran escala inmediatas y eficientes. En este sentido, percibir la salud como fenómeno no solo depende de

factores biológicos, si no también involucra factores socioculturales y económicos, que afectan de manera individual y colectiva, estos factores deben ser evaluados por el sector político para ofrecer alternativas, proyectos o programas sociales en beneficio de la sociedad. Desde esta perspectiva, se sugiere una revisión de las políticas públicas en salud que se están desarrollando, tomando en cuenta las funciones esenciales de la salud pública, para tratar de superar la visión reduccionista biologicista, que le confiere prioridad a la atención clínica de una determinada patología, sobre la base de una supuesta igualdad de condiciones de vida en la población. La salud se debe considerar como un derecho social fundamental para la vida y un recurso para el desarrollo social, el mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida, la promoción de la salud debe ser valorada como estrategia política de atención a la población.

La promoción de la salud ve al individuo como ente activo y no como destinatario de atención, es nuestro deber como promotores de salud hacernos participes de la creación de políticas públicas que beneficien a la población no solo por periodos de tiempo cortos sino más bien que estos beneficios sean aplicables a la vida cotidiana de manera permanente, al individuo se le debe dotar de herramientas para que construya lo que necesita y no determinar desde fuera lo que se cree que necesita.

Como seres humanos debemos conocer nuestros derechos y saber exigirlos de manera justa en el momento en que sea necesario, todos los trabajadores de distintos sectores saben que tienen derechos pero probablemente no tienen conocimiento de en qué momento son aplicables, como ocurre con el sector informal, al no estar regulados por alguna autoridad creen que carecen de derechos como el “Mínimo Vital” contenido en la Constitución Política y se hunden en el temor de no saber cómo actuar ante una situación vulnerable.

En el siguiente capítulo haremos mención de la Promoción de la Salud a través del modelo emancipatorio que en este momento está jugando uno de los papeles más importantes para dar respuesta a esta situación de crisis social y económica.

Capítulo 3.

Promoción de la Salud y Covid-19

"Nos dijeron que teníamos que usar cubrebocas, y lavarnos las manos. Pero aquí no hay en donde lavarse las manos, nosotros nos acostumbramos a comer así. La información nos alarmaba, había personas que aseguraban que los médicos estaban matando gente en los hospitales, pero es más bien el gobierno. La enfermedad está en el aire y por eso nos piden que nos cubramos nariz y boca".
Tomas, 63 años.

En los años setenta el concepto de promoción de la salud, surgió y se desarrolló en países como Canadá, Estados Unidos y Europa Occidental. Desplegaron una influencia decisiva la Declaración de Alma Ata (1978), el informe Lalonde (1974) y el informe "Un pueblo saludable" (1979), documentos cuyo detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países reveló tan solo algunos de los problemas ocasionados por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas. Se considero sumamente necesario reforzar el nivel básico de atención, en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública. (Cerqueira, 2000)

En 1986 con la Carta de Ottawa se originó un cambio de dirección fundamental en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destacó la importancia de la promoción de la salud con ayuda de diversos encuentros y documentos encaminándole a ocupar un lugar en primer plano junto con la atención primaria, entre las estrategias de salud pública de nuestra época. Desde entonces la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus sistemas locales de salud y fomentar la participación de la comunidad en las actividades de atención primaria. (Ottawa, 1986)

Actualmente la promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. (OMS, s.f.)

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son (Tobón, 2003):

1. *El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.*
2. *La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.*
3. *Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez.*

Así mismo a Marc Lalonde, ministro canadiense de salud en 1974 (Restrepo, 2005), manifestó que la promoción de la salud juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, originadas a partir del marco conceptual y la estructura del campo de la salud, se dividen en cuatro componentes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud; estos fueron identificados de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad y se les denominó determinantes de la salud:

- Biología humana: están incluidos aquí todos los aspectos de salud física y mental que se desarrollan en el cuerpo humano. Comprende la herencia genética, el proceso de maduración y el envejecimiento de la persona.

- Medio ambiente: engloba todos los fenómenos relacionados con la salud, que son externos al cuerpo humano, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control.
- Estilos de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud.
- Organización de los servicios de la atención en salud: consiste en la cantidad, calidad, ordenamiento, naturaleza, y relaciones de la gente, y los recursos en la provisión de los servicios de salud (Lalonde, 1996).

Los determinantes de la salud se han situado en dos vertientes: 1) estructural en la no existencia de un sistema de salud único, en la falta de unidades, servicios y recursos asistenciales, en las inequidades y desigualdades para acceder a la atención médica. 2) intermedios en los que están las condiciones de vida, la pobreza, el hambre, el desempleo, lo que conlleva a un estilo de vida deplorable. La crisis sanitaria ha puesto en manifiesto, una vez más, cómo las condiciones de vida de las personas determinan su salud y cómo las desigualdades sociales se traducen también en resultados desiguales en salud. De esta forma, la pandemia ha amplificado las inequidades preexistentes, haciendo necesario un nuevo énfasis en la lucha contra las desigualdades sociales (Delgado, 2020).



Fotografía 2. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

3.1 Modelo Emancipatorio de la Promoción de la Salud

El concepto de salud que este modelo propone parte del enfoque que dio la Conferencia de Ottawa: “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. Según esto la salud no es la meta como plantea la OMS, es la fuente de riqueza de la vida (Mendoza, 2018).

Citando a la Dra. María del Carmen Chapela Mendoza:

> *El ser humano tiene dos dimensiones fundamentales: una dimensión biológica conformada por una estructura física, con una anatomía particular que le permite tener determinadas capacidades con las que construye un mundo simbólico cargado de subjetividad y toma decisiones con respecto a su vivir en el mundo. Es entonces que el cuerpo se humaniza, nombra las cosas y construye experiencia que puede usar para entender el presente e imaginar futuros posibles.*
>
> *Dado que la dimensión simbólica no es posible sin un cerebro apto (como parte del cuerpo) y un cuerpo sin subjetividad no puede tener conciencia de sí y por lo tanto de su existencia, las dimensiones materiales y subjetiva del ser humano se hacen una sola cosa en el cuerpo. En el cuerpo encarna el ser. Esta encarnación es solamente posible como resultado de la existencia en el mundo social, constituido por redes de relaciones de poder, posibles por la capacidad social de producir significado, lenguaje, cultura, tecnología, organización social e historia y acumular poder para dominar y resistir ante la dominación.*

La salud es la capacidad humana corporeizada de construir futuros viables y actuar en función de ellos. Las capacidades con las que todas las personas nacemos están en el cuerpo y dependen de sus funciones biológicas, pero también de los símbolos y significados adquiridos durante la vida. Hablar de salud ya no depende sólo del buen funcionamiento del cuerpo biológico, se trata más bien de qué tanto pueden las personas ejercer sus capacidades humanas y sobre todo de cómo juegan en los juegos del poder, en función

de avanzar de acuerdo con sus aspiraciones, sus sueños, sus proyectos y lo que imaginaron como deseos de futuros. Así como el cuerpo es una unidad material y subjetiva, también incorpora el mundo social, sin el cual no es posible.

- **Modelo de Nola J. Pender:**

  Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) realizó un aporte importante en el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Identificó que los factores cognitivos-perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción (Browning G, Cheu VB, Delgrande A, Ice U, Lynch S, Lottis K, 2009).

  El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los más predominantes en la promoción de la salud; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La salud es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente (Reyes, 2007).

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud (Sebastiani RW, 2009).

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura:

- *La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben* (Reyes, 2007)*, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.*
- *La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.* (Pender, 2000)
- *La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura* (Sebastiani RW, 2009) *en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.*

Además, el Modelo de Promoción de la Salud de Pender tiene aplicabilidad en la salud pública, ya que permite explicar y predecir aquellos estilos de vida favorecedores a la salud, definidos según la cultura, la edad, el nivel socioeconómico, etc. Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona dirige directamente a su salud; para

comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: 1. las características y experiencias individuales, 2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta y 3. el resultado conductual. El término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud (Pender, 2000).

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad se constituyen como factores internos de la persona, y las condiciones para lograr calidad de vida corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida. (Tobón, 2003)



Fotografía 3. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

México es uno de los países con mayor diversidad social y económica, basadas en la riqueza cultural y ecológica. Sin embargo, presenta niveles bajos de inclusión. Las condiciones multifactoriales de pobreza influyen en el acceso a los servicios sanitarios y en el estado de salud de los mexicanos. Las encuestas nacionales de salud han identificado de manera constante importantes diferencias en los niveles de salud según los estratos sociales y lugares geográficos (CDC, 2020).

En nuestro país los grupos poblacionales en vulnerabilidad padecieron un efecto desproporcionado tanto en contagio como en gravedad y mortalidad a consecuencia de la COVID-19. Las discrepancias en la incidencia y mortalidad por la COVID-19 en población vulnerable podrían estar relacionadas con un mayor riesgo de exposición al SARS-CoV-2. Relacionado con las carencias de servicios de salud y económicas, hacinamiento, problemática familiar, insalubridad en la vivienda y el

ambiente, inseguridad social, discriminación y trabajos que requieren realizarse de manera presencial (Hsu HE, 2020). Además, tienen mayor frecuencia de padecimientos subyacentes como la hipertensión, diabetes, obesidad, inmunosupresión o tabaquismo. En México conforme disminuye la posición socioeconómica se incrementa la probabilidad de tener obesidad, hipertensión y diabetes (Ortiz-Hernández L, 2020).



Fotografía 4. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

El nivel escolar también es un indicador muy importante, nos orienta sobre la disposición de las personas a asimilar información que les permita tomar decisiones adecuadas y oportunas sobre diversos aspectos de la vida, y en particular sobre la promoción de estilos de vida saludables que permitan prevenir enfermedades tanto infecciosas, como crónicas. En México la baja escolaridad está asociada a condiciones precarias de vida y salud y a un mayor riesgo de muerte. No cabe duda que la Covid-19 ha afectado en gran medida a la población con menor escolaridad, prácticamente la mitad de las muertes se produjeron en personas con un nivel educativo máximo de primaria. (Canales AI, Cabieses B, Darrigrandi F, 2021)

En relación con el ámbito laboral, las personas de bajo nivel socioeconómico tienen una representación desproporcionadamente grande en entornos de trabajo esencial como establecimientos de atención médica, comercio, ambulantaje, transporte público, etc. El trabajar en estos ámbitos representa una mayor probabilidad de exposición al SARS -CoV-2, debido a factores como el contacto cercano con el público y otros trabajadores, la imposibilidad de laborar desde casa, no tener

licencia por enfermedad y un pobre acceso a servicios de salud. Además, habitualmente para cubrir sus necesidades básicas deben trabajar largas jornadas. El trabajo en casa, a distancia, ha sido viable para las personas de mayores ingresos, pero no para quienes salir a trabajar es su única forma de subsistir y que, además, al volver a casa se transforman en una fuente de infección para sus familias (Gould E, 2020).

Generalmente, el proceso de salud - enfermedad poblacional se expresa de acuerdo al momento histórico, las corrientes de pensamiento y el sistema socioeconómico imperante. En la actualidad existe una tendencia a profundizar en el estudio de todos los elementos que determinan la salud como un producto social. La atención sanitaria hoy en la mayoría de los países, responde a un enfoque predominantemente biologicista. Es por ello que cualquier política, estrategia o meta en función de lograr o mantener salud, debe dirigirse hacia los determinantes sociales de salud.

Anteriormente se pensaba que los problemas relacionados con la salud únicamente estaban en manos de médicos, enfermeras y en general del personal del sector salud que labora en clínicas y hospitales, ellos juegan un papel sumamente importante pues ponen en riesgo su vida y su bienestar por salvar la vida de otras personas, pero no dejan de ser humanos y posicionarse dentro de la población afectada y vulnerable.

La pandemia por Covid19 es uno de los parteaguas que debe tomar la Promoción de la Salud para hacerse visible y demostrar su importancia, en estos tiempos donde nuestra vida está regida por una pandemia que afecta la cotidianidad, es preciso mirar a las personas desde la salud, en su integralidad, con una base humana; con un enfoque que incluya tanto el ámbito donde vive, como los escenarios donde estudia o trabaja, cuya salud dependa no solo de cómo se comporte, sino de aquellos condiciones que hacen que tenga un comportamiento determinado.

Capítulo 4.

Metodología.

A continuación, se realiza una descripción de los aspectos metodológicos, el análisis está planteado como una investigación cualitativa. Este tipo de indagación nos permite obtener datos descriptivos, el objetivo principal es entender y tener una percepción más clara de las vivencias, experiencias y preocupaciones de la población en cuestión.

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable (Taylor S.J, 1992).

El análisis crítico de la metodología cualitativa, parte del supuesto de que los actores sociales no son objetos de estudio, como si fuesen cosas, sino que también significan, hablan, son reflexivos. También pueden ser observados como subjetividades que toman decisiones y tienen la capacidad de reflexionar sobre su situación, lo que los configura como seres libres y autónomos. Este tipo de análisis interpreta, se mueve en significados, no en datos. Se interesa por la necesidad de comprender el significado de los fenómenos y no solamente explicarlos en términos de causalidad. Da prioridad a la comprensión y al sentido, en un procedimiento que tiene en cuenta las intenciones, las motivaciones, las expectativas, las razones y las creencias de los individuos.

El conocimiento esta mediado por las características sociales y personales del observador; que no existe una realidad exterior al sujeto. Los procesos sociales dependen de la manera en que los propios actores sociales los perciben. Los objetos no son independientes de los intereses y gustos de quienes los aprenden. La conducta humana solo puede comprenderse y explicarse en relación con los significados que las personas dan a las cosas y a sus acciones. La realidad de los individuos se estudia desde el interior, a partir de lo que ellos perciben a través de sus experiencias vividas.

La investigación cualitativa se interesa por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto (Elsy Bonilla Castro, 1997). El investigador induce las propiedades del problema estudiado a partir de la forma como “orientan e interpretan su mundo los individuos que se desenvuelven en la realidad que se examina”. No parte de supuestos derivados teóricamente si no que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes, y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. Explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal (Elsy Bonilla Castro, 1997). No aborda la situación empírica con hipótesis deducidas conceptualmente, si no que de manera inductiva pasa del dato observado a identificar los parámetros normativos de comportamiento, que son aceptados por los individuos en contextos históricamente determinados. Procede por la vía de inducción analítica basada en la observación de la realidad a partir de la cual el investigador obtiene el conocimiento necesario para desarrollar cuerpos teóricos que capten los esquemas interpretativos de los grupos estudiado.

Los investigadores que usan métodos cualitativos recurren a la teoría, no como punto de referencia para generar hipótesis si no como un instrumento que guía el proceso de investigación desde sus etapas iniciales. El conocimiento que se busca como punto de referencia es el de los individuos estudiados y no exclusivamente el avalado por las comunidades científicas (Elsy Bonilla Castro, 1997).

4.1 Población.

Los 10 entrevistados con los cuales se efectuó el análisis, son vendedores ambulantes informales, venden bienes y servicios en espacios públicos, la mayoría sin permiso vigente por parte de las autoridades. Se instalan de lunes a domingo, con algunas variaciones, en un horario promedio que va de las 7:00 am a las 11:00 pm, residen en la alcaldía Iztapalapa, Colonia Consejo Agrarista Mexicano.

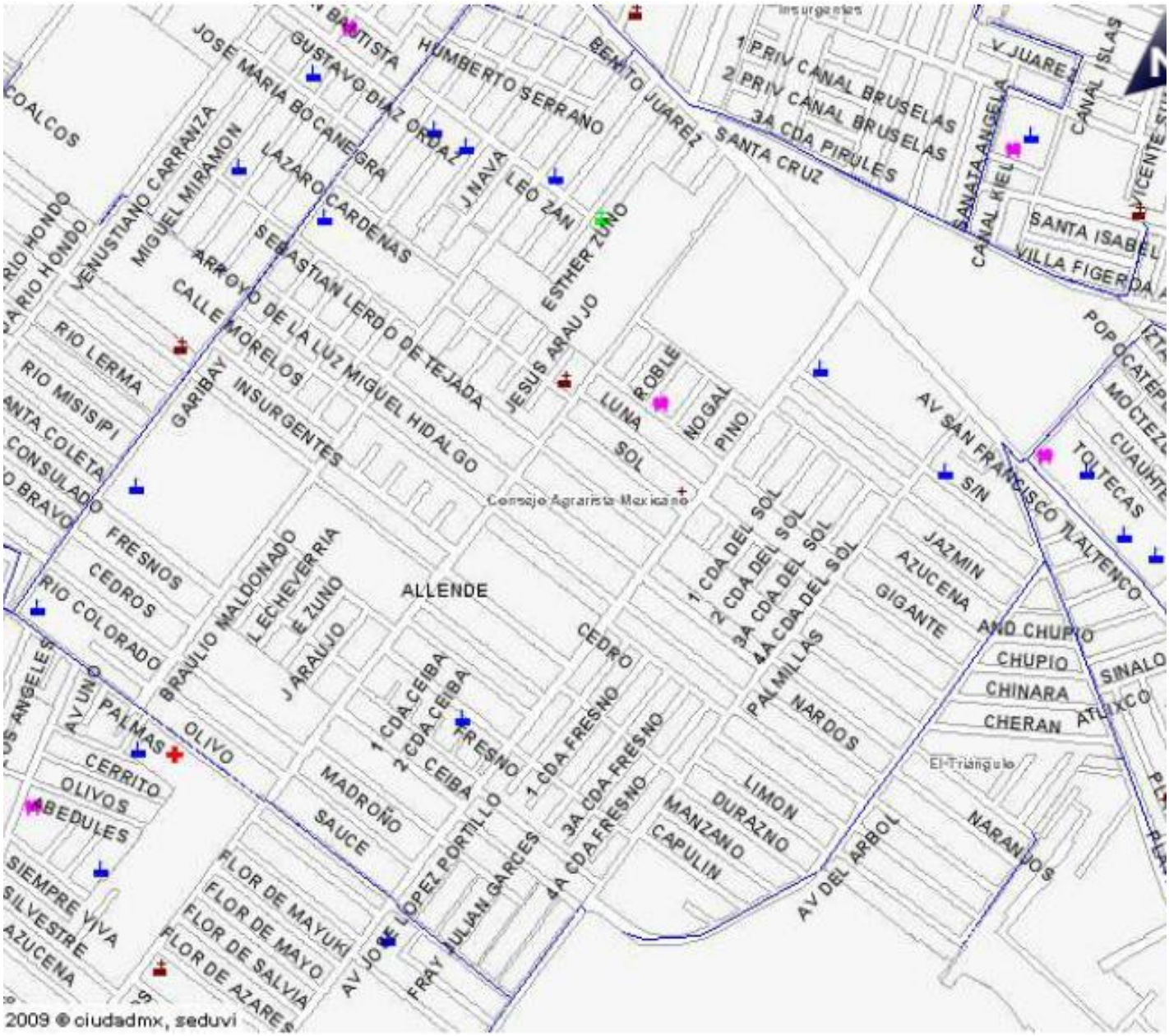


Figura 10. Colonia Consejo Agrarista Mexicano, Iztapalapa, Ciudad de México.
Coordenadas 494090.7526 m E, 2136802.805 m N (Zona 14)
(Fuente: Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, http://ciudadmx.cdmx.gob.mx:8080/seduvi/)

4.2 Justificación de la muestra.

Los ingresos laborales disminuyeron drásticamente durante el confinamiento, sobre todo entre los trabajadores informales. La mayoría se vieron obligados a suspender su actividad laboral, además una vez que estos trabajadores pudieron volver a las calles a trabajar, la demanda por sus bienes y servicios había disminuido a niveles

mínimos. La caída de los ingresos familiares ocasionó que sus necesidades básicas respecto a alimentación y salud estuvieran afectadas, empujándolos a la pobreza y al endeudamiento.

4.3 Procedimiento.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los meses de septiembre y octubre 2021, los vendedores ambulantes establecieron el día y la hora en que se realizarían, debido a las exigencias de la alcaldía por el retiro del comercio informal, no podían instalarse todos los días en el mismo sitio y se iban rotando. Esta situación complicó un poco el trabajo de investigación, porque con algunos perdí la comunicación y estuve monitoreando la zona por varios días hasta que volvieron a instalarse.

Se realizaron 10 entrevistas estructuradas, se dejaron claros los objetivos y la metodología a utilizar para el análisis. Los entrevistados tienen entre 30 y 75 años, en su mayoría únicamente concluyeron la educación básica. Fueron seleccionados debido a que aún en el periodo de confinamiento total ordenado por las autoridades en el mes de marzo 2020, ellos continuaron laborando en vía pública, adaptándose a las necesidades de sus clientes, y ampliando sus jornadas laborales.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, y se realizaron directamente en el lugar de trabajo del entrevistado, para generar confianza y tener contacto con la realidad con la que ellos se relacionan día a día. En los resultados únicamente se destacan las ideas y percepciones en los que coinciden la mayoría de los entrevistados. Los testimonios son textuales, pero se eliminaron las muletillas y se sustituyeron algunas de las palabras para apoyar con la redacción. La identidad de los entrevistados es anónima, por lo tanto, los nombres utilizados son seudónimos.

Capítulo 5

Discusión y Resultados.

> *"Yo creí que esta enfermedad era de ricos, de personas que pueden viajar a otros países y nos pegó brutalmente a nosotros que no somos ni clase media, la salud es lo más importante para todos, porque de comer poquito o mucho siempre hay, el dinero va y viene, y cuando nosotros vemos a nuestra familia enfermar y sufrir, no lo dudamos buscamos la manera, nadie nos tendió la mano, ni siquiera el propio gobierno, estábamos solos, no es una manera de victimizarse, es más bien una oportunidad para pensar: ¿Qué estamos haciendo mal?, nosotros siempre hemos sido personas de bien, muy trabajadoras pero esta situación se nos salió de las manos a todos, no queda más que ver para adelante y agradecer por los que hoy estamos"*
>
> *Gerardo, 65 años.*



Fotografía 5. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

Este resultado es el fruto del análisis de las entrevistas realizadas, enfocadas en la percepción y experiencias antes y durante la pandemia por Covid19.

Los entrevistados aseguraron tener conocimiento de que la pandemia continúa y definieron pandemia, como un problema mundial que ha traído la muerte para sus seres queridos y además los ha afectado tanto económica, social y emocionalmente.

Las fuentes de información de este sector vulnerable de la población, es la radio y la televisión, por estos medios daban seguimiento a lo que estaba ocurriendo en otros países y creían que el virus no llegaría hasta nuestro país. Algunos de los medios de información masivos difundían noticias alarmistas fuera de contexto y que fácilmente podría malinterpretarse como menciona *Don Francisco:*

> *"Nosotros ya somos de la vieja escuela, ya nos tocó el chupacabras y la desaparición de Paulette, yo creí que era un golpe del gobierno, una cortina de humo, una manera de ocultar sus artimañas. Lo que nunca pensé es que era un problema mundial, y la verdad es que me siento muy ignorante, en la televisión vi lo que sucedió en el hospital de Ecatepec y me llené de coraje, creí que realmente los médicos estaban matando a la gente en los hospitales, personas inocentes, uno cuando no sabe y no ha estudiado como yo, pues saca sus propias conclusiones y se cree todo lo que le dicen, no sé si es temprano o tarde para arrepentirme, pero las vidas que se perdieron por ignorancia, no van a volver".*
>
> *Francisco, 63 años.*

El golpe principal fue económico debido a que las ganancias semanales en todos los casos disminuyeron considerablemente, ocasionando que tuvieran que ampliar los horarios laborales y disminuir la inversión. Ninguno suspendió su actividad laboral, aun en los periodos más graves de la pandemia, pues no reciben un salario, viven al día y tienen que cubrir por lo menos los gastos de sus necesidades básicas, no estuvieron de acuerdo con la suspensión de actividades, ya que eso ocasiona que las personas no salgan de su casa y por lo tanto ellos que ofrecen sus productos en vía pública no tuvieran ventas. Tres de los entrevistados debido a las exigencias de la alcaldía por retirar los puestos ambulantes, tuvieron que innovar a través de redes sociales en donde ofrecían sus productos y realizaban entregas a domicilio. Uno de los entrevistados que tiene un puesto de frutas y verduras, adaptó su camioneta y con la ayuda de su familia iban de calle en calle, ofreciendo los productos. Como menciona a continuación uno de los entrevistados:

> *"En mayo de 2020, justo cuando decían que los contagios estaban más graves, vinieron personas de la delegación, nos dijeron que teníamos que retirarnos hasta nuevo aviso, y nos amenazaron con retirarnos a la fuerza y quitarnos la mercancía. Nosotros entendíamos los motivos, y tuvimos miedo*

como todos, nos guardamos un par de días en la casa, pero lo poco que teníamos ahorrado se estaba acabando, uno se desespera. Mis hijos que le saben a eso de las redes sociales, me aconsejaron ofrecer nuestra mercancía por internet, vendíamos poco, hacíamos pedidos y entregábamos a domicilio. Aun así, las ventas solo daban para comer, lo peor vino después, cuando mi esposa se enfermó de Covid, le rasque hasta el último peso y no tuve de otra, como nunca presente ningún síntoma, me aventure a salir a trabajar, tenía temor por mi familia porque se enfermaron todos, mis padres, mi esposa, mis hijos. Mis padres estuvieron muy graves en el hospital y fallecieron. Todo ese tiempo yo seguí trabajando, nunca descansé. Y tampoco nunca supe si yo también tuve Covid, no me hice ninguna prueba."

Gabriel, 54 años.

Los vendedores ambulantes, en su mayoría han heredado el oficio de sus padres, por lo tanto, llevan varios años dedicándose a lo mismo, con algunas variaciones respecto a los productos o alimentos que venden. Al no haber tenido la oportunidad de estudiar no conocen otra forma de mantenerse y se adaptan a los cambios, respecto a las necesidades que ellos mismos detectan en sus clientes. Por ejemplo: los que se dedicaban a vender desayunos o alimentos para las personas que salen desde muy temprano a laborar en empleos formales, ahora venden cubrebocas o gel antibacterial. Como menciono la señora Rosa:

"Salíamos desde temprano a poner el puesto, y vendíamos poco. Entonces empezamos a salir más temprano, y vendíamos lo mismo. Nosotros no nos rendimos, antes vendíamos desayunos, café y ensaladas, y ahora como yo lo sé un poco a la costura, saque un molde de un cubrebocas y compramos tela. Ahora vendemos cubrebocas, caretas y desayunos, como le dije, nosotros nunca nos rendimos, nos dijeron que teníamos que quedarnos en nuestras casas, pero a mis hijos ¿Quién les va a dar de comer?"

Rosa, 48 años.

A raíz de la pandemia varias empresas del sector formal, también se vieron obligadas a suspender actividades debido a que no eran empresas esenciales, la idea era conservar a todos los empleados de plantilla y seguir cubriendo por un tiempo su sueldo, sin embargo, algunas empresas no pudieron sostenerse y desaparecieron, dejando a sus empleados desamparados. Estas personas siguieron buscando empleo en el sector formal, pero no contaban con la reducción de la bolsa de trabajo que había en todas las empresas, aun en las esenciales. La falta de oportunidades los orilló al sector informal, así manifiesta el señor Hugo:

> *"Yo estudie Contaduría, nunca me titulé, pero trabaje 17 años llevando las finanzas de una empresa privada, no ganaba mucho, pero era lo suficiente para sacar a mi familia adelante, por lo menos sabía que cada quince días tendría un sueldo seguro, pero poco a poco la empresa quebró, nos despidieron a todos. Primero nos pagaron los primeros 3 meses sin trabajar y después ya no nos dieron nuestro finiquito, dijeron que ya lo habíamos cobrado con el tiempo que estuvimos sin laborar. Para mí se terminó todo, estuve 2 meses buscando trabajo y nada. Pedí un préstamo e invertí en el puesto, mis amigos siempre me habían dicho que las hamburguesas me quedaban muy ricas, y de ahí me agarré. No gano lo mismo que antes, a veces sí y a veces no, todo depende de cómo vayan las ventas, ahora padecemos más que antes, poco a poco vamos a ir saliendo".*
>
> *Hugo, 41 años.*

La solución a corto plazo que les brindo el gobierno estuvo fuera de su alcance, no pudieron ser beneficiados de ningún apoyo económico, por la falta de documentos formales, por este motivo pidieron prestamos con terceras personas, familiares y amigos, los que no tuvieron otra opción se endeudaron con el banco y casas de empeño, actualmente únicamente laboran para saldar las deudas, antes de que los intereses suban a cantidades impagables. Según el testimonio del señor Gabriel:

> *"Supimos que el gobierno estaba dando un préstamo "Crédito a la palabra", pero pedían muchos documentos y además solicitaban que estuviéramos inscritos en un padrón de la Delegación, nosotros no tenemos ningún líder, somos trabajadores independientes, nosotros si pertenecemos al sector informal, yo si fui a uno de los módulos donde los estaban solicitando, pero me rechazaron, porque me hacían falta documentos, como siempre. Entonces tuve que buscar otras opciones y pedí un préstamo en el banco de Elektra, voy a terminar pagando el doble de lo que me prestaron, pero por lo menos ya me sacaron del apuro. Ahora no puedo dejar de trabajar porque además de solventar los gastos que vayan saliendo, tengo que pagar el préstamo que pedí, si no después los intereses van a subir y como deje las facturas de mi refrigerador, mi estufa y mi lavadora, me preocupo mucho."*
>
> *Gabriel, 54 años.*

Desde el ámbito social, ellos mismos se visualizan como la población más afectada porque no tuvieron la oportunidad de quedarse en casa como lo recomendaba Gobierno Federal, fueron juzgados por el resto de la sociedad, por salir de casa cuando estaba prohibido realizar actividades en vía pública. Afirman que el gobierno no los toma como parte del sector económico debido a que no pagan impuestos.

Únicamente suspendieron sus actividades cuando se contagiaron de Covid19, lamentablemente al infectarse, enfermó la familia completa, y hubo defunciones de personas que no recibieron atención médica oportuna.

> *"Para el gobierno nosotros somos un cero a la izquierda, porque de cierta manera no pagamos impuestos, las personas que tienen empleos formales creen que nosotros estamos mejor que ellos, pero la verdad es que estamos mil veces peor, si nos enfermamos no hay servicio salud, ni quien salga a trabajar. Cuando todos estaban en sus casas nosotros estábamos moviendo la economía, y eso nadie lo ve. Algunas personas piensan que nos instalamos en vía pública porque queremos estorbar, o queremos molestar. Es la necesidad de salir adelante, porque cuando hace calor, cuando hace frío, cuando llueve, aquí esta uno, al pie del cañón".*
>
> *Gerardo, 65 años.*



Fotografía 6. Comerciantes Informales de Iztapalapa, CDMX. Colonia Consejo Agrarista Mexicano. (Créditos: De la Cruz D. Julieta, 2021)

El cierre de escuelas igualmente les afecto, no tenían acceso a una computadora y por lo tanto no tenían internet en sus hogares, las clases en línea se convirtieron en un problema, los menores de edad tardaron en adaptarse a este nuevo sistema. Algunos por este motivo tuvieron que suspender sus estudios. Los padres ya no tenían en donde dejar a sus hijos, solo había dos opciones o dejarlos en casa solos o llevarlos a trabajar. Indudablemente los menores de edad ya se incluyeron al sector informal, en donde no existe una edad mínima para comenzar a laborar.

El acceso a la salud no deja de ser un problema social, en este caso todos los entrevistados padecen diabetes o hipertensión. Al no tener un empleo formal, no cuentan con servicios de salud, y prefieren invertir en servicios médicos privados de fácil acceso en costo y tiempo. Este tipo de padecimientos requieren control y tratamiento continuo, sin embargo, no reciben atención médica a menos que estos

padecimientos lleguen al punto de no permitirles salir a trabajar. Anteriormente recibían atención medica por el Seguro Popular, con el cambio de gobierno se enteraron que este seguro iba a desaparecer, nunca obtuvieron mayor información y tampoco la solicitaron, únicamente dejaron de acudir a su Centro de Salud y prefirieron suspender sus tratamientos.

> *"Mi familia y yo, todos somos diabéticos e hipertensos. Tenemos problemas de sobrepeso estamos gorditos, somos de buen comer. Nos diagnosticaron hace como 4 años, pero como no nos sentimos mal no vemos la necesidad de acudir con un Doctor, mientras podamos trabajar no hacemos caso. Mi suegra es la que iba al Centro de Salud por sus medicamentos, pero le dijeron que iba a entrar un nuevo programa que ya no sería Seguro Popular y esos trámites son muy tediosos, mejor se atiende con el médico de la farmacia, es más barato y no tiene que formarse para que la atiendan. Lo único que si nos ha llegado a preocupar es que luego no nos alcanza para sus medicamentos".*
>
> *Rosa, 48 años.*

Por si fuera poco, las afectaciones en la salud emocional es uno de los estragos más graves que ha dejado la pandemia por Covid19 en toda la población. Desde la incertidumbre de no saber lo que iba a suceder y tener que llevar un sustento a casa, hasta la perdida repentina de sus seres queridos. Nadie estaba listo para afrontar la situación "*las calles olían a muerte y desesperación"* en palabras de uno de los entrevistados. El gobierno de la Ciudad de México tenía un programa de "gastos funerarios" se podía solicitar vía telefónica en donde capturaban los datos de la persona fallecida y posteriormente sin dar mayores explicaciones recogían el cuerpo del domicilio u hospital y unos días después les notificaban que debían pasar por las urnas funerarias. De acuerdo a la cultura mexicana estamos acostumbrados a honrar a la muerte, a velar a nuestros muertos, a verlos partir. Poco a poco nos hacemos a la idea de que han transcendido y dentro de ese proceso nos sentimos acompañados de las personas que nos aman. Lo que sucedió con la pandemia por Covid19, es que no tuvieron la oportunidad de vivir el duelo de perder a sus seres queridos, como menciona María:

“En la noche mi esposo ya se sentía muy mal, no podía respirar y se desesperaba, me preocupé mucho, pero él no quiso que lo lleváramos al hospital porque me dijo que tenía miedo de no volver a ver a sus hijos. Al día siguiente cuando despertamos él ya estaba muy débil y como a las nueve de la mañana falleció. En ese momento no sabía que hacer ¿Quién nos ayuda?, marqué a la línea de emergencias, nos enviaron una ambulancia y nos dieron unos documentos, no entendí bien para que eran, el resto del día estuve esperando a que me lo trajeran para velarlo y nunca llegó. Una semana después me llamaron para que lo recogiera en unas oficinas del gobierno, solo la urna y mis papeles. Lo perdí, solo un día desperté y ya no estaba.”

María, 40 años

Un año después siguen sin entender lo que sucedió, todo les preocupa y les agobia, su apetito disminuyó, bajaron de peso y aunque siguen trabajando por necesidad ya no le ponen las mismas ganas que antes, saben que es depresión. Los trabajadores informales no consideran que sea un problema de gravedad, pues, aunque no rinden lo mismo, no les impide salir a trabajar.

La información relacionada con la aplicación de vacunas es nula, sin embargo, para ellos significa una oportunidad para estar protegidos y salir a las calles con mayor seguridad. Es una forma de procurar a su familia, aun con el temor de que la vacuna pueda ocasionar alguna reacción adversa, acuden a aplicársela guiados por terceras personas que les aseguran es la única solución.

5.1 Conclusiones:

La contingencia sanitaria internacional provocada por la enfermedad COVID-19 amenaza la vida de millones de personas en el mundo. Aunque es una crisis sanitaria, la pandemia también tendrá un inevitable impacto en la economía, el comercio, los empleos, el bienestar y las condiciones de vida de la población. Para México, esto representa un reto de gran complejidad por las múltiples implicaciones de la crisis y las fragilidades estructurales con las que se enfrenta.

De acuerdo al modelo emancipatorio de la promoción de la salud, no basta con el equilibrio biológico relacionado con el buen funcionamiento del cuerpo, existen distintos factores que impactan de manera directa e indirecta en la salud de las personas. La crisis sanitaria de Covid19 ha puesto en evidencia algunos de estos factores de riesgo:

En primer lugar, el acceso a la información sobre el virus y su propagación fue limitada, por ese motivo los trabajadores informales fueron víctimas de campañas de desinformación que no solo venían de terceras personas sino también de redes sociales y otros medios de comunicación. Esto ocasionó la falta de credibilidad de la existencia del virus, justificando que era un problema que solo podría afectar a la clase alta, y que no se propagaría a gran escala. La población creía que la pandemia era una estrategia más del gobierno para mantenerlos controlados, se mantenían a la expectativa de lo que iba a suceder, esperaban más bien un impacto político como ya había ocurrido en otros gobiernos.

Las redes sociales comenzaron a difundir noticias que alarmaban a la población indicando que los hospitales estaban saturados y el sector médico estaba asesinando a las personas, dejándolas morir en las salas de espera. Estas noticias causaban pánico y miedo, al mismo tiempo que la pandemia inevitablemente se estaba expandiendo entre los más vulnerables. Debido al miedo que se suscitaba entre la población, cuando las personas comenzaron a contagiarse no recibían atención medica oportuna, no tenían confianza de acudir a los hospitales y por lo tanto recurrían a remedios caseros que comenzaron a difundirse por medios no

oficiales. Así fue como algunas personas murieron en sus hogares y otras llegaban al hospital cuando ya no había nada que hacer.

En segundo lugar, las nulas medidas de prevención aplicadas relacionadas con el lavado de manos y uso de cubrebocas, cuando las personas salen a trabajar en el sector informal difícilmente tienen acceso a jabón o agua limpia. Las medidas de distanciamiento social recomendadas por el Gobierno Federal dejan de ser posibles en zonas urbanas, donde la precariedad y desempleo para cierto sector de la población los obliga a salir a las calles a buscar el sustento diario de su familia. Las personas que se dedican al sector informal, no es que no quieran quedarse en su casa, es que no pueden dejar de trabajar; un día sin trabajar, representa un día perdido en donde no van a obtener lo necesario para cubrir sus necesidades básicas es decir gastos de alimentación, renta, gas, luz, agua y acceso a internet, relacionados con los determinantes sociales. El escaso ingreso diario hace que no puedan tener ahorros, por este motivo en esta situación de emergencia se hundieron en la incertidumbre y endeudamiento.

En tercer lugar, las enfermedades crónico degenerativas como diabetes e hipertensión, no son controladas, a menos que estás representen un impedimento para salir a laborar. El poco acceso a la información también se refleja en el desconocimiento del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que sustituyó al Seguro Popular, la personas han dejado de acudir a sus consultas y seguimientos, debido a la falta de información, deciden evitar tramites tediosos y tiempos de espera prolongados aun cuando el objetivo principal del INSABI es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud y medicamentos

En cuarto lugar, los problemas relacionados con la salud mental, por la pérdida repentina de sus seres queridos, además de la angustia y desesperación relacionada con su falta de ingresos. Esta situación ha ocasionado en las personas episodios de temor extremo relacionado con ansiedad y depresión lo cual se convierte en un factor de riesgo debido a que impacta directamente en sus interacciones sociales.

Los escenarios anteriores no han sido enlistados por orden de importancia debido a que todos en conjunto han causado un gran impacto en la salud de la población y en su desarrollo económico, social y mental. Es tarea de los promotores de la salud, trabajar en conjunto para evitar estas campañas de desinformación, creando redes de apoyo, e incitando a la creación de políticas públicas que sancionen a los medios que difundan noticias falsas, relacionadas con la salud. Es importante que los conocimientos que hemos obtenido en nuestra formación como promotores de la salud, podamos plasmarlos y difundirlos por medios que estén al alcance de todos: como páginas web, perfiles en redes sociales o incluso en la creación de programas de radio y televisión.

Otras de las acciones importantes de la promoción de salud es procurar que las medidas de prevención relacionadas con Covid19, se tomen como hábitos permanentes, por eso en los mercados, tianguis y sobre ruedas, se debe impulsar la creación de lavaderos portátiles, y posteriormente invitar a las personas para que hagan uso de ellos, hasta que estas acciones se conviertan en hábitos de higiene inamovibles, con esto se evitará incluso la propagación de otras enfermedades y aumentará la confiabilidad de los productos que se ofertan, beneficiando a clientes y vendedores.

Con lo relacionado a las enfermedades crónico degenerativas que no han llevado un seguimiento oportuno, se requieren talleres pedagógicos que permitan el desarrollo de habilidades para la vida con ayuda del aprendizaje significativo, posteriormente los participantes de estos talleres serán capaces de tomar decisiones acertadas sobre su salud y su bienestar. Los promotores de la salud en este aspecto tenemos una tarea muy importante y una enorme responsabilidad, pues depende de nosotros la creación de proyectos innovadores que beneficien a la población.

En la reapertura hacia la nueva normalidad se sugiere realizar “Ferias de la salud”, que estén al alcance de todas las personas vulnerables incluyendo a las personas del sector informal. Con la participación de trabajadores sociales, médicos y

enfermeras, se llevará la atención médica a las colonias y barrios, con el fin de que esté al alcance de todos y posteriormente puedan acudir a los centros de salud que les corresponden de acuerdo a su ubicación o ingresar a programas del INSABI que lleven la atención médica a sus domicilios en caso de que lo requieran.

Se debe desarrollar la creación de un centro de contacto en donde vía telefónica se de atención psicológica y médica las 24 hrs, post-covid19. De esta manera las personas podrán tener la oportunidad de hablar y ser escuchados por un experto que pueda brindarles algún seguimiento psicológico o canalizarlos a centros en donde de manera grupal reciban atención terapéutica y tanatológica. Además de sentirse apoyados y acompañados por personas de ambientes diversos.

El gobierno de la ciudad y el legislativo deben impulsar una conversación participativa junto con las personas trabajadoras del empleo informal sobre el Mínimo Vital, contenido en la Constitución Política de la Ciudad de México, a fin de tener cálculos presupuestarios precisos que permitan establecer los pasos a seguir para hacer viable la garantía de este derecho, especialmente en una emergencia, para que quienes pierdan sus ingresos y se encuentren en una situación económica vulnerable puedan ser automáticamente respaldadas y respaldados por esta política pública durante el tiempo que sea necesario.

Además, se deben simplificar los trámites para obtener licencias y permisos de trabajo debido a que se han convertido en procesos complicados en donde solicitan documentos fuera del alcance de las personas interesadas. De esta manera se tendría un registro de las personas trabajadoras en el sector informal, y podrían acceder a los programas y apoyos económicos del Gobierno de la Ciudad de México. Es importante que la Secretaría de Educación Pública, con ayuda de gobierno local, impulsen un programa de divulgación social y apoyos económicos para que los menores de edad que suspendieron sus estudios a causa de la emergencia sanitaria se incorporen nuevamente a las escuelas de nivel básico y superior.

Bibliografía.

A. Franco, C. Álvarez-Dardet, M.T. Ruiz. (2004). *Effect of democracy on health: Ecological study.* BMJ.

Alcalá, R. C. (2020). *Lineamiento para la metodología de cálculo del semáforo de riesgo epidémico COVID-19.* México : Secretaria de Salud.

Alzate, A. (2010). *Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos.* Colombia: FORUM.

Browning G, Cheu VB, Delgrande A, Ice U, Lynch S, Lottis K. (2009). *Innovations in theory development for the Nursing discipline.*

Canales AI, Cabieses B, Darrigrandi F. (2021). *Índice COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico.* . Obtenido de https://bit.ly/3h4nfs5.

CDC. (2020). *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.* . Obtenido de Consideraciones sobre acceso igualitario a la salud y grupos: Consideraciones sobre acceso igualitario a la salud y grupos

Cerqueira, M. T. (2000). Promoción de la Salud: Evolución y Nuevos Rumbos. . (págs. 342-347). Boi Oficina Sanit Panam .

Chen Y, L. Q. (2020). *Coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis.* J Med Virol.

Chris Ansell, A. B. (2014). *El Manual de Liderazgo Político de Oxford.* RAW Rhodes.

CONAVE. (2020). *Aviso Epidemiológico .* México : Gobierno Federal .

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917).

Delgado, M. N. (2020). La COVID- 19 y los Determinantes Sociales de la Salud. Las Declaraciones de Alma Atá 1978 y Astaná, Kazajistán 2018. *Revista Médica Electrónica*.

Elsy Bonilla Castro, P. R. (1997). *Más allá del dilema de los métodos. La invetigación en ciencias sociales. .* Santafé Bogota: Ediciones Uniandes.

Gobierno de la Ciudad de México. (2020). *Portal de Datos Abiertos de la CDMX* . Obtenido de https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/inventario-de-acciones-y-programas-sociales-rendicion-de-cuentas

Gobierno de México. (2020). *Reglamento Sanitario Internacional.* Obtenido de http://bit.ly/33obhQW

Gobierno de México. (Marzo de 2020). *Todos juntos contra el COVID*. Obtenido de https://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/

Gould E, W. V. (2020). *Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus*. Obtenido de Racism and Economic Inequality. Econ Policy Inst: https://bit.ly/3nLcD2h.

Hsu HE, A. E. (2020). Underlying Medical Conditions, Homelessness, and Hospitalization Status of Adult Patients with COVID-19 at an Urban Safety-Net Medical Center. En H. M. Silverstein M, *Race/Ethnicity* (pág. 864). Boston : Massachusetts.

Hunt, P. (2006). *The human right to the highest attainable standard of health: new opportunities and challenges.* Trans R Soc Trop Med Hyg.

Lalonde, M. (1996). *El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense.* Washington: Promoción de la Salud: una antología. .

llen Blackman, A. M. (2020). *La politica pública frente al Covid19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe.* New York, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Lu R, Z. X. (2020). *Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding.* Lancet.

Martínez Soria, J., Torres Ramírez, M., & Orozco Rivera, E. (2020). *Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia de COVID-19.* Estados Unidos Mexicanos : Direccion General de Investigación Estrategica.

Mendoza, M. d. (2018). *Una utopìa emancipadora de la Promociòn de la Salud. .* Universidad de Caldas.

Menéndez, E. L. (1988). *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. .* Buenos Aires, Argentina : Segundas jornadas de atención primaria a la salud. .

Mercedes, F. (2006). *Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial.*

OISAD, O. I. (2020). *La situación del mercado laboral en México antes y durante la COVID-19.* México: Dirección de Posgrado e Investigación, de la Universidad La Salle.

Olavarría, M. (2007). *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas.* Chile: (Vol. 11. Documentos de Trabajo).

OMS . (2008). *Informe sobre la salud en el mundo .*

OMS. (2000). *Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud .*

OMS. (2020). *Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV).* Obtenido de http://bit.ly/33kQLkq

OMS. (s.f.). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de Organización Mundial de la Salud : https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud

OPS. (2014). *Guía operativa para la vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).* Organización Mundial de la Salud.

OPS/OMS. (2021). *Actualización Epidemiologica Enfermedad por Coronavirus (Covid19).* Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de www.paho.org

Ortiz-Hernández L, P.-S. M. (2020). Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. *Rev Panam Salud Pública*. Obtenido de https://bit.ly/3efsN16.

Ottawa. (1986). To move towards a new public health: an intemational conference sponsored by the World Health Organization. Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association.

Park M. (2020). *A systematic review of COVID-19 epidemiology based on current evidence.* J Clin Med.

Patel K, V. S. (2020). Transmission of SARSCoV-2: an update of current literature. Eur J Clin Microbiol. Obtenido de https://doi.org/10.1007/s10096-020-03961

Pender, N. (2000). Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. *Modelo de Promoción de la Salud.*

Plan Nacional de Desarrollo. (2007-2012).

Plan Nacional de Salud de México . (2007-2012).

Provencio, E. (2020). *Política económica y Covid-19 en México en 2020.* México: Programa Universitario de Estudios del Desarrollo.

Restrepo, H. (2005). Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Colombia.

Rey, L. (2006). *La naturaleza de los derechos sociales.* Obtenido de http://www.corteidh.or.cr/tablas/r23426.pdf

Reyes, L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes.* Durango .

Schwartz DA. (2020). *Characterizing COVID-19 maternal-fetal transmission and placental infection using comprehensive molecular pathology. .* EBioMedicine.

Sebastiani RW, P. M. (2009). *La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud .* Latinoamerica .

Secretaria de Gobernacion (SEGOB). (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.* México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaria de Salud . (2020). *SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH .* MEXICO: GOBIERNO DE MÉXICO.

Secretaria de Salud. (2021). *34 Informe Epidemiológico de la Situación de Covid-19.* México: Dirección de Información Epidemiológica.

Secretaria de Salud Federal. (2019-2024). *Programa Sectorial de Salud.* México.

Smith JA. (2020). *COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. .* Health Promot J Aust Off J Aust Assoc Health Promot Prof.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2011). *“Mínimo vital: Conforme al derecho constitucional mexicano y al internacional de los derechos humanos, se encuentra dirigido a salvaguardar los derechos fundamentales de las personas físicas y no de las jurídicas”.* Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. Tomo II.

Suprema Corte de Justicia de la Nación, S. (2007). *Tesis aislada. Derecho al mínimo vital en el orden constitucional mexicano.* Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Taylor S.J, B. R. (1992). *Introducción a la los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Paidós.

Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*.

Van Doremalen N, B. T. (2020). *Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1.* Engl J Med.

WIEGO. (2021). *La crisis del COVID-19 y la economía informal.* CDMX : Mujeres en Empleo Informal Globalizando y Organizando.