

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Experiencias en los Centros de Atención Temporal COVID-19,
durante la segunda ola de contagios en México.**

**Estudios de caso en dos familias del área conurbada
de la Ciudad de México, desde la Promoción de la Salud**

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

PRESENTA

Erik Fernando Monroy Pintor

Director de Tesis

Mtro. Raúl Oswaldo Corona Fuentes

Ciudad de México, octubre 2025

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

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

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

¿Cuándo crees que muere una persona? ¿Cuándo su corazón es atravesado por una bala? No. ¿Cuándo sucumbe a una enfermedad incurable? No. ¿Cuándo bebe una sopa con setas venenosas? ¡NO! Una persona muere, cuando es olvidada...

Dr. Hiluluk

One Piece- Eichiro Oda

Dedicatorias

Quiero dedicar esta tesis a todas esas personas que perdieron la batalla en la lucha del COVID-19. Especialmente a las familias Monroy Mejia, Monroy Olmos, García Gonzales, y Mondragón Olivares.

Gabriela Castro Diaz

Mi amor, mi compañera, mi refugio. Gracias por tu paciencia, por tu luz en los días grises, por acompañarme en este camino con amor y comprensión. Tu apoyo hizo posible que nunca perdiera la fe en mí mismo.

Ernesto Monroy Olmos

Has sido mi fuerza silenciosa y mi ejemplo constante. Gracias por estar siempre ahí. Aspiro, con todo mi corazón, parecerme a ti, y ojalá algún día pueda ser tan grande como tú lo has sido para mí.

Guadalupe Pintor Lechuga

Me siento profundamente orgulloso de ser tu hijo y de todo lo que eres y has hecho. Me alegra enormemente verte tomar control sobre tu salud, una decisión que me inspira cada día. Gracias por tu ejemplo de fortaleza y amor incondicional.

Ernesto Monroy Pintor

Gracias por ser el mejor Onii Chan que pude desear. Me siento profundamente agradecido por todo lo que me has enseñado y por todo lo que has hecho por mí. Siempre estaré agradecido por tu apoyo incondicional.

Pelusa y Pandy

Mis amores de pelos, gracias por estar siempre a mi lado. Ustedes han sido mis más grandes maestras, y sin necesidad de palabras, me han enseñado lo que es el amor incondicional.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, por darme la oportunidad de seguir con vida y permitir la realización de este proyecto, después de tanto tiempo de esfuerzo y dedicación.

Agradezco sinceramente a todas las instituciones académicas que formaron parte de mi crecimiento escolar, en especial al IEMS Ignacio Manuel Altamirano y a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por creer en mí y en miles de jóvenes a quienes otras instituciones les dan la espalda. Mi gratitud se extiende a todos los profesores de esta casa de estudios, quienes despertaron en mí la pasión por la Promoción de la Salud. De manera especial, a Raúl Corona, Juan Manuel, Lilia Juárez, Pedro Leonel, Guillermo Flores, Enrique Cruz Villagrán y, con cariño, al profesor Chucho. Aunque su partida dejó un profundo vacío, su legado, su entrega a la enseñanza y su confianza en mí continúan siendo una fuente de inspiración para avanzar en este camino. Quiero agradecer de nuevo a la UACM por el apoyo otorgado para la impresión de esta tesis. Sin este apoyo no hubiese podido llevar a cabo esta investigación.

Agradezco también a mis amigos, quienes han compartido conmigo alegrías, aprendizajes y desafíos a lo largo de mi vida académica: Cuecuecha, Isaac, Edy, David, Juan Carlos, Cristopher, Jacky, Mónica y Jaime. De manera especial, agradezco a mis primos Luis Ángel, Aaron, Alejandro, Yonathan, Saúl y Giovani, cuyo apoyo y compañía han sido invaluableles en cada etapa de mi vida.

Finalmente, y no menos importante, agradezco al Estado de Quintana Roo por abrirme las puertas y permitir que Playa del Carmen se convierta en mi segunda casa. Este lugar me ha enseñado que la Promoción de la Salud trasciende los hospitales, y que puede practicarse y vivirse plenamente en contextos turísticos, aportando bienestar a la comunidad y a quienes nos visitan.

Selva, mar, historia y juventud,
Pueblo libre y justo bajo el sol,
La tenacidad como virtud:
¡Eso es Quintana Roo!

Contenido

Capítulo 1	8
Introducción	8
1.1 Justificación	9
1.2 Planteamiento del problema	11
Preguntas generales de investigación	11
Preguntas específicas de investigación.....	12
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Supuesto de Investigación	13
1.5 Antecedentes.....	13
1.6 Marco teórico-Conceptual.....	14
1.7 Metodología	15
CAPÍTULO 2	16
Marco Teórico.....	16
2.1 Evolución histórica del concepto de Salud.	16
2.1.1. Salud en el antiguo Egipto	16
2.1.2 Salud en China	17
2.1.3 Salud en la cultura grecolatina	17
2.1.4 Salud en la Edad Media	19
2.1.5 Salud en el Renacimiento.....	20
2.1.6 Salud en el siglo XX	20
2.2. Definiciones de Salud.....	22
2.3. Proceso Salud-Enfermedad	24
2.4. De la Salud a la Promoción de la Salud.	25
2.4.1. Promoción de la Salud.	27
2.4.2. Evolución de Promoción de la Salud.....	33
2.5. Determinantes Sociales de la Salud.....	37
2.6. Marco legal.	40
2.6.1. Derechos Humanos	41
2.6.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	42
2.6.3. Ley General de Salud	43

2.6.4. Ley de Salud de la Ciudad de México	44
2.7 La consolidación del Sistema de Salud mexicano.	46
2.7.1 Sistema de Salud en el área metropolitana de la Ciudad de México.....	51
2.8. COVID-19	53
2.8.1. Segunda ola de COVID en la zona metropolitana.	56
2.8.2. Centro de atención temporal COVID-19	59
Centro de Atención Temporal Unidad Lindavista anexo al Hospital General de Zona (HGZ) No. 24.	63
2.8.3. La familia y el COVID-19.....	68
CAPITULO 3	72
3.1 Metodología.	72
3.2 Estudio de caso como estrategia metodológica aplicada al ámbito familiar	73
3.3 Metodología Mixta	74
3.4 Técnicas de investigación	75
3.4.1 Instrumentos de investigación.	75
3.5 Población, muestra y sujeto	79
3.6 Procedimiento de entrevistas	81
CAPÍTULO 4	82
ANÁLISIS DE RESULTADOS	82
4.1 Atención médica durante la pandemia.....	82
4.1.1 Comparación de la atención en hospitales públicos, privados y CAT-COVID-19 ...	83
4.1.2. Impacto de la saturación hospitalaria en la atención de los pacientes	84
4.2. Influencia de los determinantes sociales de la Salud y la enfermedad	86
4.2.1. Comparación de la atención recibida según el nivel socioeconómico	86
4.2.2. Comorbilidades como factor de riesgo: lo dicho por los entrevistados vs. estadísticas oficiales.....	87
4.2.3. Relación entre acceso a la Salud y letalidad en hospitales públicos vs. privados .	88
4.3. Desinformación y su impacto en la pandemia	89
4.3.1 Análisis del papel de la infodemia en la percepción del COVID-19 y sus tratamientos	90
4.3.2. Comparación entre información oficial y medios de comunicación vs. lo relatado en las entrevistas	90
4.3.3. Impacto de la desinformación en la ocupación hospitalaria y en el acceso a insumos médicos.....	91
4.4 Análisis comparativo entre las entrevistas	92

4.4.1. Similitudes y diferencias en las experiencias de los entrevistados	92
4.4.2. Conclusiones del análisis comparativo	96
4.5 Conclusiones y hallazgos clave	96
4.6. Respuesta a las preguntas de investigación de manera integrada	97
4.7. Reflexión sobre el impacto de los determinantes sociales y la desinformación	99
CAPÍTULO 5	100
CONCLUSIONES	100
5.1. Desigualdades en la atención médica y el colapso hospitalario	101
5.1.1. Disparidad entre hospitales públicos y privados	101
5.2. Falta de infraestructura y saturación hospitalaria	102
5.3. Impacto de los determinantes Sociales de la Salud	102
5.4. Brecha en el acceso a insumos médicos y personal de Salud	103
Conclusión parcial.....	103
5.5. Impacto de la desinformación y el papel de la Promoción de la Salud en la pandemia	104
5.5.1 La infodemia y su impacto en la percepción de la pandemia	104
5.5.2. Estrategias de comunicación y sus limitaciones	105
5.6. La Promoción de la Salud como herramienta clave	105
Conclusión parcial.....	107
5.7. Políticas públicas y estrategias para reducir la desigualdad en la atención médica .	107
5.7.1 Evaluación de las políticas públicas implementadas durante la pandemia.....	107
5.7.2. Barreras en la equidad del acceso a la Salud	108
5.7.3. Propuestas de políticas públicas para fortalecer la equidad en la Salud	109
5.7.4. La Promoción de la Salud como eje transversal de las políticas públicas	110
Conclusión parcial.....	110
5.8. Conclusión general y proyección de la investigación	111
5.8.1. Hallazgos clave de la investigación.....	111
5.8.2. Retos y oportunidades para fortalecer el Sistema de Salud	112
Conclusión	113
Epilogo.....	114
Referencias.....	116
Anexos	134
Anexo 1	134

Diseño de instrumentos de investigación para el análisis de las entrevistas a la persona entrevistada	134
Anexo 2.	138
Guion de la entrevista: Entrevista al señor Jahir Monroy Mejia.....	138
Anexo 3.	147
Guion de la entrevista: Entrevista al señor Pedro García González	147
Anexo 4.	156
Transcripción de entrevistas: Entrevista al señor Pedro García Gonzáles	156
Anexo 5.	179
Transcripción de entrevistas: Entrevista al señor Jahir Monroy Mejia	179
Anexo 6	191
Cartas de Consentimiento Informado	191
Anexo 7	193
Decesos por semana.....	193

Capítulo 1

Introducción

El 7 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó al agente causante de una neumonía con etiología hasta entonces desconocida. Se trataba de un coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo, por lo que se le denominó SARS-Co V-2 (Zhu et al., 2020). Dicho virus se puede transmitir de contacto directo con una persona infectada o con su saliva (Kai, 2020), así como a través de superficies y fómites¹ contaminados, en los cuales puede durar activo hasta nueve días (Kampf et al., 2020).

El 11 de marzo del 2020 el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró al COVID-19 como una pandemia; ya que hasta ese momento se contabilizaban 118.000 casos en 114, países, y 4,291 personas fallecidas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Al 28 de febrero de 2021, se habían cuantificado ya 114 510 976 casos positivos de contagio y 2 541 153 fallecimientos por Covid-19 en el mundo (OMS, 2021).

En el caso de México, el 27 de febrero de 2020 se registró al paciente cero de COVID 19 en la Ciudad de México; el primer fallecimiento aconteció el 18 de marzo de 2020 (Suárez et al., 2020). El 24 de marzo de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el *“Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria”* (Secretaría de Salud [SS], 2020a), y el *“Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la Salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2”* (SS, 2020b).

¹ Cualquier objeto carente de vida o sustancia que, si se contamina con algún patógeno viable, tal como bacterias, virus, hongos o parásitos, es capaz de transferir dicho patógeno de un individuo a otro.

La primera ola epidemiológica se presentó de la semana 08 a la semana 39 del 2020. Durante estas primeras semanas se especulaba sobre las diferentes maneras de contagio y se percibía a la enfermedad distante ya que existía un continente que nos separaba, las noticias la llamaban la epidemia del país asiático. (La Jornada, 2020).

Se considera que la segunda ola epidemiológica fue de la semana 40 del 2020 a la semana 15 del 2021, durante este periodo se llegó al pico más alto de defunciones a nivel nacional causados por el COVID- 19, (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica [SINAVE], 2022). reportó 10,225 defunciones durante la semana 3 del año 2021.

La tercera ola epidemiológica ocurrió de la semana 23 a la semana 42 del año 2021, a esta tercera ola el coordinador de la Comisión Universitaria para la Atención de la Emergencia Coronavirus Samuel Ponce de León la denomina “ola de los no vacunados”

Comienza la cuarta ola epidemiológica en la semana 51 del año 2021 y concluye en la semana 09 del año 2022, durante este periodo se reactivan los conciertos masivos y los cubrebocas se vuelven accesorios olvidados, así como las medidas de sana distancia.

El Dr. Alejandro Macias menciona que la quinta ola de la COVID-19 se debe a la llegada de las nuevas subvariantes de Ómicron y esta comienza en la semana 22 del 2022 y culmina en la semana 33 del 2022 (Macías, 2024).

Finalmente, la sexta ola comenzó en la semana 49 del 2022 y termina en la semana 4 del 2023, esta se caracterizó por presentar un descenso en cuanto a tasas de hospitalización y defunciones.

1.1 Justificación

La relevancia de esta investigación radica en explorar los aspectos poco estudiados relacionados a los efectos del COVID-19 en la población del área conurbada de la

Ciudad de México, lo cual es un tema actual y relevante. Es importante señalar que este tipo de análisis es para identificar si el sistema de Salud fue capaz de responder a las necesidades de la población o si éste sufrió algún colapso debido al alto número de contagios, esto permitirá vislumbrar nuevas estrategias de atención para la población.

Se trabajará con dos familias de la Ciudad de México y su área conurbada debido a que ambas presentan similitudes respecto a la complicación del proceso de atención Salud/Enfermedad.

Se eligió trabajar con la segunda ola de la COVID 19 porque esta presentó un mayor porcentaje en cuanto a decesos en la curva epidemiológica. Según reportes del periódico El Financiero

“... Las defunciones registradas en México en el primer trimestre del año aumentaron 82 por ciento en comparación con el mismo periodo, pero de 2020, informó este miércoles el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). De acuerdo con cifras preliminares, entre enero y marzo de 2021 se contabilizaron 368 mil 906 defunciones. Mientras que, en el mismo periodo, pero del año pasado, la cifra fue de 202 mil 728. Es decir, en 2021 hubo 166 mil 178 más” (El financiero, 2021).

Partiendo de lo anterior, se pretende identificar algunas razones por las cuales aumentaron los casos y las defunciones, con el fin de describir cómo fue el proceso de atención a la Salud de estas dos familias, identificando si los determinantes sociales de la Salud jugaron un punto importante en el deceso de las personas que se contagiaron y perecieron por el COVID-19.

Es importante analizar si la estrategia del gobierno de la Ciudad de México de instalar los Centros de Atención Temporal COVID-19 cumplió su cometido de liberar los espacios y desahogar el sobrecupo de atención en los hospitales y si esta estrategia se podría replicar en una futura epidemia o por el contrario habría que repensar nuevas estrategias de atención a los pacientes.

1.2 Planteamiento del problema

La pandemia de COVID-19 no solo generó muertes, sino también un sinnúmero de problemas para las personas que no sucumbieron a la enfermedad, se ha demostrado que existen secuelas Post-COVID, algunas de estas son; cansancio, fatiga, dificultad para respirar, dolor de cabeza, sarpullido, mareos, alteraciones del olfato, gusto o cambios de los ciclos del periodo menstrual, por mencionar algunos. Los problemas fisiológicos no son los únicos males que aquejan al enfermo en cuanto a las repercusiones Post-COVID, existen problemas familiares, psicológicos, económicos, emocionales, que tienen que ver con todo lo vivido durante la pandemia.

Es importante entender si realmente el Sistema Nacional de Salud (SNS) fue rebasado durante esta pandemia, esto para saber cuáles son las fortalezas y áreas de oportunidad de esta institución, ya que, como mencionó el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Enrique Graue *“las cifras de defunciones son una muestra de que la pandemia rebasó al sistema de Salud, y si el sistema de Salud hubiera respondido adecuadamente se hubiera podido evitar un número tan grande de defunciones”* (Monroy, 2021). Derivado de lo anterior, se plantean las siguientes preguntas de Investigación:

Preguntas generales de investigación

¿De qué manera el nivel socioeconómico de las familias entrevistadas influyó en la calidad de la atención, prevención y rehabilitación que recibieron en los Centros de Atención Temporal COVID-19, en comparación con la brindada en hospitales públicos y privados durante la pandemia?

Preguntas específicas de investigación

1. ¿Cuál fue el papel que jugó la infodemia² durante la pandemia de la COVID-19?
2. ¿Existieron factores de riesgo que favorecieron el deceso de los miembros de las familias entrevistadas? (Comorbilidades³)
3. ¿Cómo experimentaron las familias la atención de los servicios de Salud durante su contagio por COVID-19?
4. ¿Cómo fue el proceso de atención a la Salud de las familias entrevistadas durante la segunda ola de la pandemia de la COVID-19?
5. ¿Cuál fue la experiencia de las familias al ingresar a su paciente a los CAT-COVID-19?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la manera en la que influyeron los determinantes sociales de la Salud para la atención, prevención y rehabilitación que tuvieron dos familias entrevistadas en los Centros de Atención Temporal COVID-19 durante la segunda ola de pandemia.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1 Determinar el papel que jugó la infodemia en la segunda ola de contagios por COVID-19.
- 2 Identificar los factores de riesgo que favorecieron el deceso de los miembros de las familias entrevistadas (Comorbilidades).
- 3 Describir la manera en que experimentaron las familias la atención de

² Entendida como el exceso de información, incluida información falsa o engañosa, en entornos digitales y físicos durante un brote de enfermedad.

³ Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona.

los servicios de Salud durante su contagio por COVID-19.

- 4 Determinar el proceso de atención a la Salud de las familias entrevistadas durante la segunda ola de la pandemia de la COVID-19.
- 5 Señalar la experiencia de las familias al ingresar a su paciente a los CAT-COVID-19.

1.4 Supuesto de Investigación

El colapso del sistema de Salud en la Ciudad de México coadyubó en el incremento de decesos entre los miembros de las familias infectadas al no poder recibir una atención hospitalaria oportuna y adecuada.

El poder adquisitivo influyó en la probabilidad de sobrevivir a la pandemia, ya que la atención privada tenía mejores condiciones sanitarias que el sector público.

1.5 Antecedentes

A la fecha en la que se realiza esta investigación se han encontrado estudios de casos post COVID por parte del (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia [UNICEF]) aunque estas investigaciones se centran en el proceso de apertura de escuelas y el rezago educativo en México.

La revista *Scielo*, en su número 24 de 2020, publicó un ensayo llamado “Las familias y la pandemia de la COVID-19” centrándose en las relaciones y los juegos de rol que se dieron durante el confinamiento de la cuarentena.

Otro estudio encontrado fue el publicado por la revista *Científica Multidisciplinar* en su volumen 6 (julio-agosto de 2022), titulado *Estudio de caso sobre estrés familiar con respecto a enfermeros en área COVID*. Este estudio demuestra que las familias que tienen un miembro que trabajó durante la pandemia presentaban mayor grado de enfermedades psicológicas asociadas al estrés y ansiedad por contagio.

Un estudio más lo realizó la antropóloga social Alí Ruiz Coronel donde busca dar respuesta a la incógnita ¿Las personas en situación de calle se han contagiado de COVID-19?, aportando una perspectiva relevante sobre poblaciones vulnerables.

1.6 Marco teórico-Conceptual

Salud: Entendida desde el concepto de la Dra. Consuelo Chapela como *“la capacidad humana corporeizada de construir futuros viables. La Salud no es la meta es fuente de la riqueza de la vida.”* (Chapela, 2019)

Promoción de la Salud: Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar Salud y ejercer un mayor control sobre la misma. (PAHO,2022)

Determinantes Sociales de la Salud: Los determinantes sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la Salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países. (Wong de Liu, 2012)

Atención a la Salud: Conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de la Salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población. (OMS,2009)

COVID 19: Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades (desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves) y circulan entre humanos y animales. En este caso, se trata del SARS-COV2. Apareció en China en diciembre de 2019 y provoca una enfermedad llamada COVID-19. (Gobierno de México, 2022)

Pandemia: Es una enfermedad que se extiende a muchos países y continentes traspasa gran número de fronteras, supera el número de casos esperados y persiste en el tiempo; además, ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Por orden de importancia en cuanto al grado de extensión de una enfermedad o el número de personas afectadas se habla de endemia, epidemia y pandemia (esta última cuando afecta a poblaciones de todo el mundo).

1.7 Metodología

Para esta investigación se trabajará con una metodología mixta, esta puede ser entendida como: “... *un proceso que recolecta analiza y vierte datos cuantitativos y cualitativos, en un mismo estudio*” (Barrantes, 2014). Para ello se realizará análisis de documentos como técnica de investigación para abordar datos estadísticos de casos positivos y defunciones confirmadas de la Ciudad de México y su área conurbada. También se utilizarán entrevistas semiestructuradas a las familias, para analizar cómo fue su proceso de atención Salud/Enfermedad.

CAPÍTULO 2

Marco Teórico

2.1 Evolución histórica del concepto de Salud.

La Salud ha sido una práctica tan cambiante y compleja de definir que cada cultura en determinado momento histórico la percibe de diferente manera, aunque por lo regular es entendida como la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, es necesario hacer un breve recorrido histórico por algunas culturas en diferentes tiempos y regiones para tener un acercamiento más preciso a lo que se entiende cuando se habla de Salud.

2.1.1. Salud en el antiguo Egipto

Para los antiguos egipcios:

“La enfermedad y la muerte eran condiciones inherentes a la naturaleza humana: la Salud y la enfermedad sólo eran manifestaciones de un drama metafísico originado por causas externas. Se creía que la enfermedad y la muerte eran debidas a fuerzas extrañas, mediadas por objetos inanimados, fuesen estos seres vivos o espíritus demoníacos. Creían que “el soplo de la vida entraba por la oreja derecha y el soplo de la muerte por la oreja izquierda”; con el soplo de la muerte se rompía la armonía entre la parte material y espiritual del hombre. Entre estos dos extremos, de la vida y de la muerte, la Salud estaba subordinada a la interacción armónica de las fuerzas de la materia y del espíritu, en tanto que la gravedad de la enfermedad dependía del grado en que la armonía era trastocada” (Vega-Franco, 2002).

Los egipcios consideraban que la enfermedad era consecuencia de un castigo divino. Lo mismo ocurre con los mesopotámicos ya que creían que los causantes de enfermedades eran los demonios, mientras que la Salud tenía que ver con una armonía con dios. Estas prácticas fueron llevadas hace 6 mil años

aproximadamente, estas creencias aún persisten en el pensamiento de muchas personas, quienes consideran la enfermedad como un castigo divino o el resultado de un maleficio.

2.1.2 Salud en China

La cultura china veía la Salud desde una mirada filosófica llamada Taoísta:

“La naturaleza estaba constituida por cinco elementos (madera, agua, fuego, tierra y metal) todo en la naturaleza dependía de la interacción de dos fuerzas bipolares, del ying y del yang (yin-yang). Del balance armónico de los atributos del yin (femenino, oscuro, pasivo, misterioso, demoníaco) y del yang (masculino, brillante, activo, claro, benéfico) depende la Salud y la vida. Del equilibrio entre el yin y el yang va a depender que el hombre goce de Salud o padezca alguna enfermedad. El exceso del yin conduce a enfermedades agudas, febriles, secas, mientras que el exceso de yang da lugar a enfermedades crónicas, frías y húmedas” (Vega-Franco, 2002).

Esta mirada de Salud contempla la armonía de los elementos ya que, si se estaba yendo más hacia un lado del ying o por el contrario se marchaba más al yang, este podía tener consecuencias catastróficas para la persona, los médicos chinos recomendaban el equilibrio y la meditación como parte del tratamiento para la enfermedad.

2.1.3 Salud en la cultura grecolatina

Un siglo antes de las ideas chinas sobre el taoísmo Pitágoras (582-497a.C) pensaba que:

“La armonía del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y Salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte. Tenía el convencimiento de que la Salud se encuentra en la medida, por lo que el precepto de mesura en todos los actos de la vida era una condición indispensable para conservar la armonía corporal, o para rescatarla si ésta se llegara a perder” (Brun, 1995).

Tal vez las ideas taoístas se basaron en estas ideas de Pitágoras, volvemos a ver el equilibrio como sinónimo de Salud y los excesos como resultado de la enfermedad. Dichos preceptos siguen permeando la mentalidad del personal de Salud ya que, en la actualidad, recomiendan comer y beber lo que a uno le apetezca, siempre y cuando no se caiga en excesos y se realice actividad física moderada.

Poco tiempo después el filósofo y poeta Empédocles (484-427a.C):

“Incorporó la vieja creencia de la participación de los humores corporales en el proceso de Salud-Enfermedad; este protomédico pensaba que el cuerpo humano contiene sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra (y que) éstos son los elementos que entran en su constitución y explican sus dolores y su Salud. La Salud es, primariamente, el estado en el cual estas sustancias se encuentran, cada una, en su correcta proporción, en intensidad y cantidad, bien mezcladas. La enfermedad aparece cuando la cantidad de alguna se excede o hay deficiencia en la proporción de ella, o no se encuentra mezclada con las otras por estar separada del cuerpo” (Vega-Franco, 2002).

Una vez más está presente el equilibrio, aunque no de la misma manera en la que la miran las otras culturas, veían la Salud como humores corporales, que debían tener en equilibrio para poder estar sanos, cuando uno estaba enfermo su medicamento se basaba en la cura por contrarios, es decir cada exceso se corregía

con medicamentos opuestos a la cualidad que aquejaba al paciente buscando volver a la homeostasis⁴ del cuerpo.

Durante esta época varios filósofos se cuestionaban ¿qué es Salud? el emperador Marco Aurelio (121-180d.C) en el año 134 D.C pensaba:

“La naturaleza del universo dispone que el hombre enferme a pesar de que el médico pretenda conducirlo a la Salud, por eso, lo que le pase a cualquiera es porque se le ordena como a una más de las cosas subordinadas a la naturaleza. Aceptemos entonces alegremente lo que pase, por duro y desagradable que esto sea, con ello contribuiremos a la Salud y bienestar del universo” (Aurelio, 1977).

Esta idea de Salud se considera un poco pesimista ya que a pesar de tener una vida “sana” no se puede hacer nada para tener una mejor calidad de vida, aunque se entiende que las condiciones de vida socioambientales, culturales, educativas y políticas por las que atravesaba el imperio romano no eran las más aptas para tener una vida sana y menos para toda la población romana.

2.1.4 Salud en la Edad Media

La edad media comprende desde la caída del imperio Romano de Occidente (476d.C) hasta la caída del imperio romano de Oriente (1453d.C) esta etapa es considerada oscura en la vida del hombre ya que acaecieron enfermedades como: lepra, gota (enfermedad de los ricos), escrófula⁵, y la peor de todas, peste negra, expertos calculan que esta patología mató a 50 millones de europeos, proliferando debido a las pésimas condiciones higiénicas que atravesaba Europa. El conocimiento se encontraba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza

⁴ El filósofo Claude Bernad (1813-1878) acuña el término Homeostasis en 1860 haciendo alusión a la capacidad que tiene el cuerpo para mantener y regular sus condiciones internas.

⁵ Es una infección de tuberculosis de los ganglios linfáticos en el cuello.

escolástica, esto hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios o algún otro ente sobrenatural.

2.1.5 Salud en el Renacimiento

Este periodo histórico se extiende del siglo XIV al XVI durante esta época la medicina se caracterizó por el resurgimiento del hipocratismo, el historiador José Luis Peset Reig comentó:

“Teniendo una atención hipocrática al tratamiento, que se pautaba desde el más suave, (dieta) al más agresivo, (cirugía) pasando por los remedios naturales. Se prestó atención a las enfermedades del alma, que pasaron de ser consideradas acción del diablo o de la delincuencia, a ser tratadas como trastornos naturales. La naturaleza fue estudiada con cuidado en estilo hipocrático, tanto en el individuo, como en la sociedad y el medio” (Peset, 2018).

Esta época resulta de gran importancia, ya que los padecimientos médicos comenzaron a tratarse nuevamente con dietas y cirugías. Sin embargo, estas últimas distaban mucho de lo que conocemos hoy: no existía la anestesia y la higiene era deficiente, por lo que en muchos casos el tratamiento resultaba más dañino que la propia enfermedad. Además, en este periodo empezaron a cobrar relevancia los padecimientos psicológicos, conocidos en ese entonces como “padecimientos del alma”.

2.1.6 Salud en el siglo XX

Ernest Sigerist (1891-1957) en 1941 pensaba que *“la ausencia de enfermedad es algo positivo, una actitud gozosa y una alegre de las responsabilidades que la vida*

impone al individuo” (Aguirre, 1996). Esta definición se puede considerar un poco ambigua, ya que Salud tiene relación a una actitud gozosa y alegre, es decir si algún sujeto tiene una actitud triste ante la vida por alguna circunstancia Sigerist lo consideraría enfermo. Además de que la actitud emocional para con la vida puede cambiar en cualquier momento y no significa estar enfermo.

Hace poco más de 70 años la (OMS) definió el concepto de Salud como: “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez”⁶ (OMS, 2022a). En esta definición la palabra bienestar es usada como sinónimo de Salud lo que pareciera que es la meta por alcanzar. Algo prácticamente imposible de lograr, ya que el completo estado de bienestar físico, mental y social suena a un sueño utópico dónde el individuo no puede controlar el medio que le rodea por lo tanto no puede tener control sobre su Salud.

Otra definición más la propone el médico Georges Canguilhem (1904-1995), sostuvo que “La Salud es un conjunto de seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro en lo biológico y en lo psicológico, para regular las posibilidades de reacción del individuo”. (Canguilhem, 1971) Esta definición es parecida a la que propondría la doctora Chápela en su escrito Promoción de la Salud, siete tesis de debate. Además, Canguilhem agrega a su descripción de Salud lo psicológico, que en ninguna otra definición era mencionada o tomada en cuenta.

Durante este recorrido histórico se puede observar que la definición más aceptada por la comunidad científica es la que propone la OMS, aunque para el médico historiador Pedro Laín Entralgo (1908-2001) “esa definición constituye la proclamación de una utopía. Porque, si bien es bueno aspirar a que los malestares físicos, sociales y mentales sean totalmente eliminados, es difícil que este ideal acabe siendo real y selectivo” (Lain, 1986). Ya que el medio externo del sujeto no

⁶ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 2022b).

los puede controlar, además de que este se verá reflejado en su calidad de vida y en su proceso Salud-Enfermedad.

Aunque si bien la definición de Salud de la OMS es duramente criticada Leopoldo Vega-Franco comentó que “es más fácil criticar los postulados que tratan de explicar que es la Salud que proponer una definición. Ya que construir una definición no es tarea fácil” (Vega-Franco, 2002). Pese a que a lo largo de la historia se ha criticado duramente a las definiciones propuestas de Salud, se sigue en la búsqueda de entender y comprender que es la Salud.

2.2. Definiciones de Salud.

En el capítulo pasado se analizó cómo evolucionó el concepto de Salud, correspondiendo a diferentes momentos históricos, políticos y sociales, ya que Salud no era entendida de la misma manera en una cultura que en otra. En este capítulo se abordarán definiciones de Salud del siglo XX en adelante, todo esto para poder tener un acercamiento más preciso al problema de investigación.

La definición más aceptada por las instituciones de Salud es la que propone la OMS que se menciona en el capítulo pasado. Aunque existen más definiciones a la ya mencionada por la OMS, para el ex secretario de Salud en México Julio Frenk (1953) la Salud “es un medio para la realización personal y colectiva, fomenta la seguridad general de la sociedad y es un indicador. Un elemento indispensable para la reproducción de la vida social” (Frenk, 1993). En ésta y en las siguientes definiciones se puede notar que la Salud deja de verse de manera individual y comienza a englobar a la comunidad, además de que Frenk menciona la Salud como un indicador de la calidad de vida de una comunidad.

Para el docente cubano Roberto Álvarez Sintés:

“La Salud es una continua interacción armónica, orgánica y funcional, entre el hombre y su medio, y se considera al proceso Salud-Enfermedad como una

unidad dialéctica donde la lucha de contrarios y la solución de las contradicciones produce el desarrollo humano y de la sociedad” (Álvarez, 2008).

Al igual que las definiciones del mundo antiguo el médico Álvarez ve la Salud desde una mirada armónica, aunque para él la armonía tiene que ver también con el medio que rodea al hombre, ya que esta relación afecta directamente al ser humano.

Para la Doctora María del Consuelo Chapela “Salud es la capacidad humana corporeizada⁷ de construir futuros viables y actuar en función de ellos”. Y añade “la Salud no es la meta como plantea la OMS, es la fuente de riqueza de la vida” (Chapela, 2017).

Esta definición de Salud puede llegar a considerarse romántica y utópica ya que, a pesar de imaginar futuros viables, la construcción de éstos no depende únicamente del individuo, depende de factores externos a él y que éste no puede controlar dichos factores como son; políticos, ambientales, sociales, entre otros.

Para el ex ministro de Salud en Argentina Antonio Ferrara (1924-2010):

“La Salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la Salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos” (Sciutto, 2018).

Esta definición de Salud parece haber sido formulada en el contexto de la pandemia de COVID-19, el ser humano tuvo que modificar su manera de vivir. Las actividades de la vida cotidiana se realizan con ayuda de la tecnología sin salir de casa, aunque

⁷ Corporeización de la manera en que se vive dentro de los juegos de poder

en países tercermundistas como México esto no fue llevado por toda la población ya según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 78.3% de la población de México cuenta con acceso a internet mientras que 21.7% no tienen este servicio (INEGI, 2021). Aunado a que no todas las personas pueden trabajar debido a las actividades que realizan y al comercio informal que se vive en México.

2.3. Proceso Salud-Enfermedad

En los capítulos pasados se ha mencionado que es la Salud y como ha sido su proceso de evolución, aunque aún no se ha mencionado que es la enfermedad, esta es definida por la OMS como:

“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (Herrero, 2016).

La enfermedad tiene a ser previsible ya que no todas las personas enferman de las mismas patologías, estas obedecen a la forma en la que el individuo se involucra con su medio, el cual es el resultado de las interacciones de factores, económicos, sociales, políticos, biológicos, culturales y geográficos. Imaginemos a un minero al interior de una mina, después de unos años de trabajo este tendrá mayor porcentaje de desarrollar, tuberculosis, cáncer de pulmón y daños a su visión por la poca luz y aire fresco que existe en las minas. Ahora imaginemos a un chofer el cual la mayor parte de su jornada laboral está sentado y tiene poca movilidad, este tendrá mayor porcentaje de desarrollar obesidad, infecciones urinarias y daño renal. La profesión laboral que desarrolla cada individuo predispone las patologías que podría desarrollar en un futuro (Goberna,2004).

2.4. De la Salud a la Promoción de la Salud.

Después de tener un acercamiento a la Salud en los capítulos pasados, el siguiente capítulo tendrá un recorrido histórico de Promoción de la Salud (PS).

A lo largo de la historia, el ser humano ha llevado a cabo diversas acciones de PS, aunque sin reconocerlas como tales hasta su institucionalización en 1986 con la Conferencia de Ottawa.

El médico romano Claudio Galeno (129-161) fue el primero en hablar sobre los “pre-requisitos” para la Salud, mencionaba “libertad de pasión e independencia económica” considerados más importantes que la buena condición física, porque “no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa” (Macaya, 2018). Considerando que Galeno tiene razón al aseverar que la independencia económica es fundamental para poder hablar de Salud, ya que al vivir en un mundo capitalista donde el dinero es lo que aparentemente mueve el mundo no tener este medio incrementa el porcentaje de desarrollar enfermedad.

Durante el siglo III en el imperio Romano comenzó la construcción del acueducto “las casas romanas fueron construidas con cañerías, desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación” (Restrepo, 2001). Estas acciones son consideradas como PS debido a la importancia que significó tener acceso a agua potable y drenaje, ya que a razón de estas mejoras la higiene mejoró la calidad de vida de las personas. “Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en Salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público” (Restrepo, 2001). Dicha política sigue beneficiando a miles de personas en todo el mundo, ya que presta atención médica a la población para poder atender diferentes patologías o enfermedades psicológicas.

Otra práctica relevante de PS fue desarrollada por los musulmanes, quienes 'contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distraer a los enfermos y, por la noche, se tocaba música suave para ayudar a

conciliar el sueño' (Restrepo, 2001). Esta atención médica es muy buena, ya que hacían sentir a los enfermos, menos enfermos, olvidando sus padecimientos al tener tantas actividades y tan hermosos jardines. Aunque lo más relevante desde el punto de vista de la PS fue “la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo” (Restrepo, 2001). Estas prácticas son llevadas en gran parte del mundo, estas incapacidades forman parte de los derechos de los trabajadores, aunque los musulmanes entregaban este apoyo universalmente.

Durante el siglo XIX surgió la relación entre Salud, condiciones de vida y determinantes de la Salud, todo esto a través de diferentes personalidades como Jhon Snow (padre de la epidemiología), Luis Pasteur (padre de la microbiología), Claude Bernard (fundador de la medicina experimental), quienes desde su área de estudio ayudaron a revelar la relación entre las condiciones de vida y la enfermedad, Rudolf Virchow en 1847-1848 realizó un estudio en Prusia sobre tifoidea y llegó a la conclusión que los ciudadanos necesitaban “completa e ilimitada democracia o educación, libertad y prosperidad” (Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires [FABA], 2006); es decir, recomendaba lo que hoy conocemos como pre-requisitos para la Salud, empoderar⁸ a la población de Prusia y declaraba que la causa de la enfermedad correspondía con las condiciones de vida de la gente pobre.

Uno de los médicos e historiadores más importantes para la PS es el francés Henry Ernest Sigerist, concibe las cuatro funciones de la medicina:

- *Promoción de la Salud,
- *Prevención de la Enfermedad.
- *Restauración del Enfermo y

⁸ Adquisición de poder e independencia por parte de un grupo social desfavorecido para mejorar su situación.

*Rehabilitación.

Fue el primero en usar el término Promoción de la Salud para referirse a acciones de educación sanitaria, además de que propuso un programa de Salud que consiste en:

- 1) Educación libre para toda la población, incluyendo educación en Salud.
- 2) Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
- 3) Mejores medios de recreación y descanso.
- 4) Un sistema de instituciones de Salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la Salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la Salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado
- 5) Centros médicos de investigación y capacitación (Martínez, 2019).

Es de suma importancia entender que PS no es sinónimo de prevención de la Salud, ya que Sigerist menciona ambas en sus cuatro funciones de la medicina, aunque no explica en que se diferencia la una de la otra. Si bien la PS se verá abordada con más detenimiento en el capítulo siguiente, el tema de la prevención de la Salud obedece a medidas y acciones que previenen el surgimiento de la enfermedad disminuyendo los factores de riesgo para desarrollar una patología.

2.4.1. Promoción de la Salud.

En el capítulo pasado se realizó un recorrido histórico sobre la PS antes de esta estar institucionalizada, en el presente capítulo se abordará el proceso de institucionalización, las metas y el futuro de la PS.

La declaración de Alma-Ata fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en esta estuvieron presentes 134 países entre algunas otras organizaciones, la sede de esta primera conferencia tuvo lugar en Kazajistán debido a la gran labor del ministro

de este país, ya que se construyó la sede y el hotel para esta importante conferencia en menos de un año (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2013)

La conferencia de Alma-Ata se llevó a cabo el 12 de septiembre de 1978, en ésta se consideró la urgencia de proteger y promover la Salud de todos los pueblos del mundo, se llevaron a cabo 10 acuerdos en esta asamblea (OPS, 2012). Siendo el quinto uno de los más importantes, ya que marca el rumbo a seguir por parte de los países invitados, Salud para todos en el año 2000. El acuerdo décimo retoma el acuerdo quinto y agrega:

“Es posible alcanzar un nivel aceptable de Salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de Salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo” (OPS, 2012).

Si las estrategias que se plantearon en la conferencia de Alma-Ata se hubieran llevado a cabo la desigualdad social estaría cada vez más acotada y los conflictos bélicos entre países serían menores, además de que se hubiera podido llegar a la meta que buscaba esta conferencia, la atención a la Salud sería un derecho y no un privilegio que algunos pueden llegar a tener.

La primera conferencia y la más importante para la PS es la conferencia llevada a cabo en Ottawa en el año de 1986, esta conferencia se produjo en un mundo neoliberal donde cada vez se aprecia más la globalización.

En esta carta dirigida a la consecución del objetivo de la conferencia pasada se centran en la nueva concepción de Salud pública en el mundo y sienta las bases de lo que será la PS entendida como:

“Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su Salud y ejercer un mayor control sobre la misma. 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 a medio ambiente” (OMS, 2013a).

Dicha definición sigue vigente. La PS a través de intervenciones sociales y ambientales tienen como fin proteger la Salud y la calidad de vida tanto individual como colectivamente. Para que esto pueda llevarse a cabo es necesario cumplir con ciertos prerequisites que también son mencionados en este documento los cuales son:

- Paz
- Educación
- Vivienda
- Alimentación
- Renta
- Un ecosistema estable
- Justicia Social
- Equidad

Todos estos prerequisites son fundamentales para ejercer el derecho a la Salud y tener una calidad de vida adecuada.

La segunda conferencia de PS lleva el nombre de “Políticas a favor de la Salud”. Esta conferencia se llevó a cabo en Adelaide, Australia en 1988, lo más importante de ésta fue la creación de nuevas alianzas para la Salud (OMS, 2018)

La tercera conferencia se realizó en Suecia en 1991 nombrada “Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud, entornos propicios para la Salud. Declaración de Sundsvall (OMS, 2015). En dicha conferencia, se identificaron numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas para el nivel de toma de decisiones y del medio ambiente creando

entornos propicios. Realizando un llamamiento a la acción para que todos los sectores puedan contribuir.

La declaración de Yakarta retoma la cuarta conferencia de PS en el siglo XXI llevada a cabo en Indonesia en 1997.

“Esta reconoce las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de Salud mental exigen una respuesta urgente. Es indispensable que la PS evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la Salud” (OMS, 2022c).

Es importante esta declaración para esta investigación ya que menciona enfermedades nuevas y re-emergentes, mencionando que es indispensable que la PS pueda evolucionar para poder contener estas nuevas enfermedades. Más adelante veremos como la PS se enfrenta a una nueva enfermedad.

La quinta conferencia de Promoción de la Salud se llevó a cabo el 5 de junio del año 2000 en la Ciudad de México. En la mencionada conferencia se llegó a ocho acuerdos, de los que se transcriben a continuación, a partir del acuerdo quinto y sexto que son de suma importancia, mientras que el séptimo es concluyente, en los acuerdos:

- 5) Somos conscientes de que, al propio tiempo, las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la Salud.
- 6) Reconocemos que es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la Salud y que esto requiere mecanismos reforzados de colaboración para la promoción de la Salud en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.
- 7) Concluimos que la PS debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de Salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor Salud para todos (OMS, 2000).

Estos puntos son muy importantes ya que se reconoce a los Determinantes de la Salud como factores que pueden beneficiar o perjudicar la Salud de una comunidad y que éstos se pueden llegar a modificar a través de políticas públicas encaminadas al beneficio de la comunidad. Así mismo reconoce las enfermedades nuevas como una amenaza para la Salud colectiva.

La sexta conferencia Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado se llevó a cabo en Tailandia del 7 al 11 de agosto del 2005, define nuevamente la PS.

La Promoción de la Salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su Salud y mejorar así ésta. Es una función central de la Salud pública que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la Salud (OMS, 2005).

En esta conferencia los Promotores de la Salud son vistos como capacitadores para mejorar los determinantes de la Salud, aunque recordemos que en las conferencias pasadas se habló sobre modificarlas a través de políticas públicas y los Promotores de la Salud pocas veces tienen injerencia en la creación o modificación de dichas políticas públicas.

La séptima conferencia en PS lleva por nombre “Llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud”. Se realizó del 26 al 30 de octubre del 2009 en Nairobi, Kenia. Dicha conferencia es importante ya que menciona que la PS debe estar insertada en los sistemas de Salud y en todos los niveles, además se menciona que “las comunidades deberán compartir el poder, los recursos y la toma de decisiones para asegurar y sostener las condiciones para la equidad en Salud” (OMS, 2009). La toma de decisiones es fundamental en una comunidad ya que el poder tomar decisiones es de suma importancia para lograr el empoderamiento.

La octava conferencia de Promoción de la Salud se realizó en Helsinki, Finlandia del 10 al 14 de junio del 2013 y llevó por nombre “Declaración de Helsinki Salud en Todas las Políticas”, siendo lo más relevante:

En nuestro mundo interconectado, la Salud está determinada por muchas fuerzas poderosas, especialmente por los cambios demográficos, la rápida urbanización, el cambio climático y la globalización. Mientras que algunas enfermedades están desapareciendo conforme mejoran las condiciones de vida, aún persisten muchas otras ligadas a la pobreza en los países en desarrollo (OMS, 2013b).

Es muy importante lo que menciona esta conferencia, ya que al estar interconectados lo que pasa de un lado del mundo afecta al otro lado, como ocurre con la actual pandemia de COVID-19 ya que comenzó en Asia y se expandió a lo largo de los cinco continentes.

La novena conferencia de Promoción de la Salud se realizó en Shanghai, China del 21 al 24 de noviembre del 2016, y lleva por nombre Promoción de la Salud en los Objetivos de desarrollo sostenible, y su eslogan fue “Salud para todos y todos para la Salud” esta conferencia tuvo como objetivo situar la promoción de la Salud en el centro del desarrollo sostenible (OMS, 2016).

La décima y última conferencia de Promoción de la Salud se llevó a cabo en Ginebra, Suiza del 13 al 15 de diciembre del 2021, aunque esta conferencia se realizó presencial y a través de los medios electrónicos ya que durante este tiempo se atravesaba por la pandemia de COVID-19, esta conferencia lleva por nombre “Sociedades del bienestar” en la que se crea una nueva carta destacando que:

“Los aspectos necesarios de una ‘sociedad del bienestar’ y señala lo que se requiere para prevenir y responder mejor a las múltiples crisis sanitarias y ecológicas. Además, identifica áreas de actuación esenciales y ofrece instrumentos para la aplicación de cinco medidas.

- Diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites planetarios;
- Crear políticas públicas favorables al bien común;
- Lograr la cobertura sanitaria universal;
- Abordar la transformación digital para contrarrestar los daños y el debilitamiento y reforzar los beneficios; y
- Valorar y preservar el planeta” (OMS, 2021a).

Una vez más podemos observar creación de políticas públicas y universalidad del derecho a la Salud, si recordamos la conferencia de Alma-Ata la meta era ofrecer Salud para todos en el año 2000 y podemos observar que la meta aún no se cumple, debido a la poca seriedad que se le ha dado a esta meta ya que la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de Salud (OMS, 2021b) y la nueva meta es llegar a ofrecer universalidad en el año 2030.

2.4.2. Evolución de Promoción de la Salud.

En el capítulo anterior se realizó un recorrido histórico por la institucionalización de la Promoción de la Salud, desde la primera conferencia que antecede a la institucionalización de la PS Alma-Ata (1978) hasta la última realizada en Ginebra Suiza (2021). En estas conferencias se analizan el avance y las nuevas propuestas en mejora de la Salud para poder llegar a la meta de Salud para todos.

Durante el siglo XVIII la Salud era concebida con un proceso regulable a través de conductas individualistas, en este tiempo surgen epidemias como viruela, colera y malaria, estas enfermedades se propagaron rápidamente debido a las malas condiciones alimentarias, mal manejo de residuos que se traducían en acumulación de basura, la cual genera mal olor y sobre todo es un potenciador de plagas que traen consigo nuevas enfermedades.

El médico Johann Peter Frank (1745-1821) padre de la Salud Pública, publica en 1779 su primera obra la cual explica cómo el arte de la prevención *"...un arte que alienta el bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento fatal en que, por fin, deben morir..."* (Medina & Koschwitz, 2011). Esta obra es una gran revolución, ya que se venían arrastrando ideas donde las condiciones de vida de las personas no eran relevantes para la Salud por lo cual se hacía caso omiso de las condiciones sociales de los individuos. Frank basa sus ideas en la corriente del cameralismo⁹, la cual postula que la Salud de cada ciudadano es requisito para la existencia de un estado saludable.

Las ideas de Frank son pieza importante en la PS ya que son parte de los prerequisites de la Carta de Ottawa, además es de las primeras personas que constituye a la Salud de manera individual para poder ser entendida de manera colectiva. La Salud Pública y la Promoción de la Salud son dos corrientes que comparten un mismo fin, la mejora de la Salud de las comunidades, la Salud Pública funcionaba como un precepto social y político destinado a mejorar la Salud, la calidad de vida y prolongar la vida de las poblaciones mediante la PS, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (Giddens, 2007). Ambas corrientes comparten un mismo fin, buscar una mejor calidad de vida de las personas ya que como menciona Frank es importante postergar el deceso de un ser humano, aunque lo más importante no es postergar si no la manera en la que se llega a esa etapa de la vida.

El epidemiólogo inglés Thomas McKeown en 1840 demostró que la reducción de mortalidad en Inglaterra se debía al aumento del desarrollo económico por el cual atravesaba el país, esto trajo como resultado una mejor calidad de vida para los ingleses. El epidemiólogo asegura que:

⁹ Para Omar Guerrero Orozco (1985). El cameralismo, se refiere a un conjunto de interacciones entre ciertas actitudes político-institucionales correspondientes a la formación del estado moderno.

"El progreso de la Salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento... para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado" (Restrepo, 2001).

El trabajo de Thomas es muy importante para la PS, identifica que la mejora de Salud en los ciudadanos corresponde a modelos económicos, políticos y sociales en los que las políticas públicas repercuten de manera positiva o negativa en la calidad de vida de los ciudadanos.

El médico francés Henry E. Sigerist, en 1945, definió las cuatro funciones básicas de la medicina como: 1) la Promoción de la Salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración de los enfermos, y 4) la rehabilitación; y, afirmó que *"la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"*, (Lizaraso, 2012) son importantes estos antecedentes ya que la PS parte de ideas de descentralizar la enfermedad como un proceso individual y poder ser entendido como un proceso colectivo, en el que los determinantes Sociales de la Salud realmente tiene relación en el proceso Salud-Enfermedad.

En 1985 Leavell y Clark propusieron sus paradigmas al cual llamaron "historia natural de la enfermedad", este se refiere al proceso de enfermedad concebido como un proceso, presupone una serie de etapas sucesivas que Leavell y Clark agrupan en dos grandes períodos: el pre-patogénico y el patogénico. El período pre-patogénico establece la interacción entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales. El medio ambiente tiene gran injerencia en las patologías de los seres humanos, por ejemplo, las enfermedades transmisibles por

mosquitos en el caribe, estas se transmiten rápidamente si los mosquitos tienen los medios necesarios para reproducirse por lo cual diferentes gobiernos lanzan campañas para eliminar la acumulación de agua en la comunidad. El período patogénico se inicia con el estímulo que originan los cambios en la estructura y el funcionamiento del organismo humano, y termina con su recuperación, incapacidad o su muerte. Debido a estas ideas la enfermedad pasa a ser vista como un proceso y no como un estado. (Donis, 2015)

Durante el año 2010 en México la doctora María del Consuelo Chapela y el doctor Alejandro Cerda publican su libro Promoción de la Salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo territorio y la exigibilidad de derechos en el cual postula que:

“... El origen de la Promoción de la Salud se encuentra en la misma emergencia de la conciencia humana, es decir, la Promoción de la Salud nace junto con la especie humana. La historia nos muestra los esfuerzos colectivos por promover la Salud en distintas situaciones y circunstancias, desde los clanes y la familia, en tiempo de auge y en tiempos de pobreza, de esclavitud y de acción libertaria...” (Chapela & Cerda, 2010)

Su definición comprende que toda acción de cuidado puede ser abordada como una práctica de PS de la necesidad que tiene el hombre de estar rodeado por otros seres humanos, ya que todas las prácticas de cuidado dentro y fuera del núcleo familiar parten de la necesidad de estar sanos.

El recorrido histórico de la evolución de la PS es de suma importancia ya que se puede analizar cómo nace esta corriente desde el cuidado de las familias hasta la repercusión que tienen las políticas públicas en la mejora o el deterioro de la Salud. El cuidado de la Salud no depende únicamente del sujeto, depende de un sinfín de factores que rodean la vida de las personas y que en algunos casos éste no tiene incidencia en ellos, pero estos sí repercuten en su proceso Salud-Enfermedad.

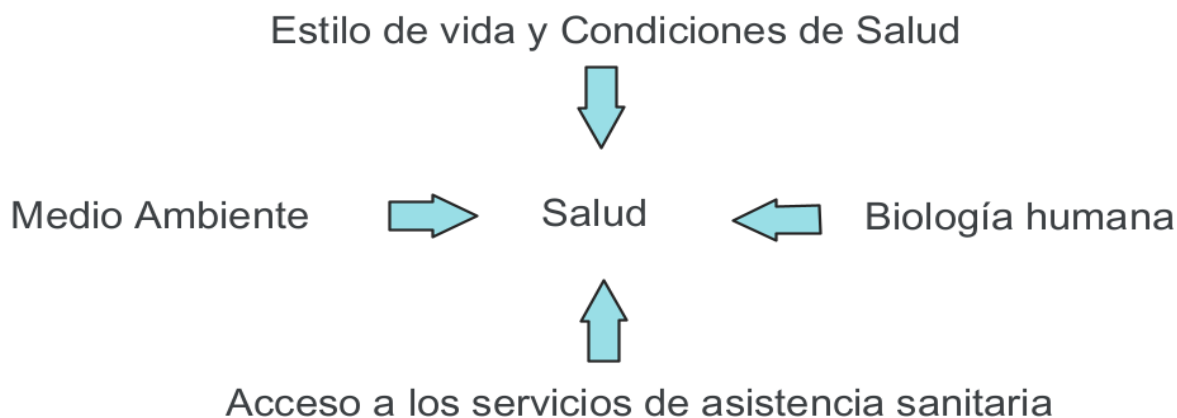
2.5. Determinantes Sociales de la Salud

La OMS define a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como *"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"*(OMS, 2022d). Estas Determinantes Sociales de la Salud de las que habla la OMS y la OPS, influyen fuertemente en la posibilidad de tener o gozar de una buena Salud, esto es a causa de que *"..las circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de Salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo"*(De la Guardia, 2020).

Si bien los modelos de desarrollo para generar riqueza tienen un vínculo en las condiciones culturales, socioeconómicas, políticas y laborales, pues éstas repercuten de manera diferente en la actividad que realizan los seres humanos según su oficio o labor. Por ejemplo, de manera específica de acuerdo con su empleo: los mineros que viven grandes temporadas bajo tierra; suelen tener problemas relacionados con enfermedades pulmonares, mientras que los choferes tienen problemas relacionados con su poca movilidad como obesidad y dolores de espalda, cabe recalcar que no solo se generan problemas del área médica sino también desde su Salud mental.

Marc Lalonde, ex ministro de sanidad canadiense vislumbra un modelo en el que estableció que la Salud de una comunidad está condicionada por cuatro grandes factores que son:

Figura 1. Factores de estilos de vida y Condiciones de Salud según Lalonde



Nota: Retomado de Acevedo (2014).

Entiende que, el medio ambiente, tiene injerencia en el proceso Salud-Enfermedad ya que este repercute de manera positiva o negativa además de los otros factores que son entendidos en esta teoría como estilo de vida, biología humana y no menos importante los accesos a los servicios de Salud.

Por otra parte, Jaime Breilh, también aborda a los Determinantes Sociales de la Salud como una herramienta que permite la ruptura enfocada a una Salud Pública con incidencia colectiva, presentando inquietud ético-política para aportar a la defensa del pensamiento y de la epidemiología específicamente.

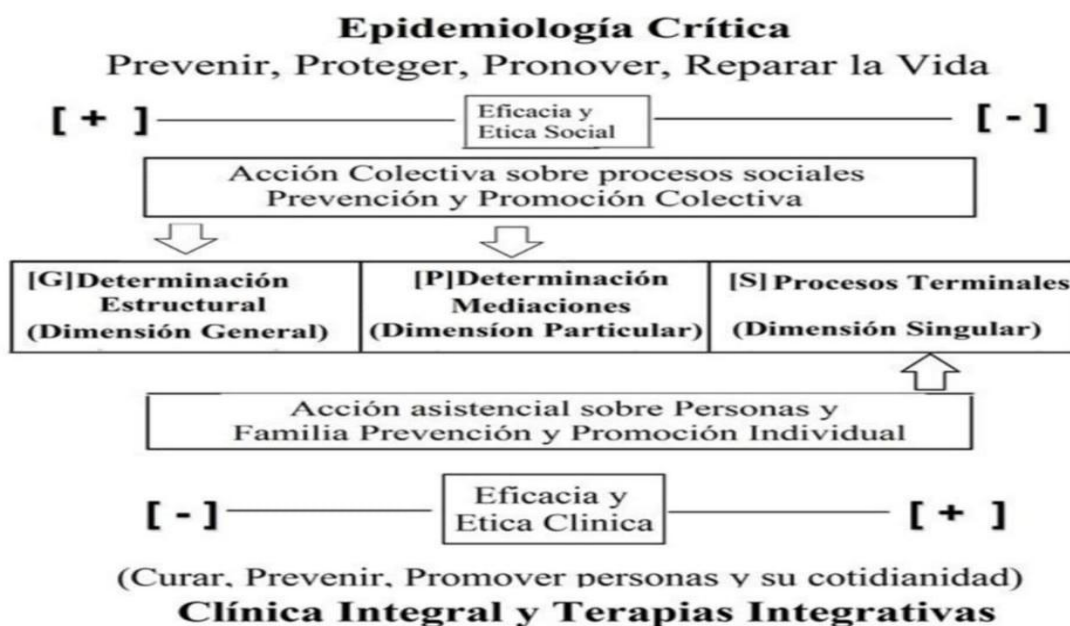
Durante el desempeño de esta investigación teórica sobre el desarrollo del pensamiento epidemiológico, Breilh buscó integrar el poder explicativo de una relectura desde el realismo crítico de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Thomas Kuhn y Pierre Bourdieu.

El primero, rescata la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social y transformabilidad, su carácter “revolucionario” por oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos “normales”, abre puertas a una aproximación sociopolítica de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos.

Y el segundo, analiza "...la teoría como un modus operandi que orienta y organiza prácticamente la práctica científica... (y las) ...capacidades creadoras, activas, inventivas del habitus..." y el lado activo del conocimiento científico como "...el capital de un sujeto trascendente...de un agente en acción" (Breilh, 2013). Con la finalidad de contemplar las dimensiones de la determinación social individual, grupal, colectiva y social.

En la siguiente figura se muestra cómo aborda a la Epidemiología Crítica retomando los procesos colectivos como parte eje, a través de prevenir, proteger, promover y reparar la vida.

Figura 2. Eficacia y ética social de la Epidemiología (Breilh, 2013).



Cabe recalcar que estos aspectos que retoma Breilh están vinculados ya que su estructura se relaciona desde diferentes estructuras desde lo individual hasta lo colectivo, siguiendo esta línea de acción significativa que plantea el autor y para fines de esta investigación es revelador retomar que durante la Pandemia de COVID-19 quedaron algunos vacíos para la atención de Salud.

Si bien, el acceso a la Salud se encontraba poco asequible a la población, desde la biología humana existieron condiciones de Salud como las enfermedades crónico degenerativas que contribuyeron para presentar complicaciones de manera médica en la población, coexistieron problemas psicológicos y emocionales que también determinaron sus condición de Salud, así como sus estilos/ condiciones de Salud determinaron algunos aspectos de cómo se presentaron los contagios, cómo enfermaron e incluso la manera de atención médica que recibieron.

Es importante mirar desde una perspectiva amplia que permita identificar que las Determinantes Sociales de la Salud van más allá de una cuestión médica, que definitivamente existen repercusiones de Salud individual y colectiva en las comunidades en donde el medio ambiente natural y social determinaron la manera de enfermar e incluso de morir. A manera de conclusión es indispensable que en un tema como la pandemia se pudiesen abordar las determinantes sociales de la Salud, ya que estas determinaron la manera de enfermar y morir, no olvidando que las inequidades existentes en la sociedad condicionan la vida individual, social, económica, cultural de una población y éstas repercuten a la manera de acceder a los Sistemas de Salud desde prevenir, proteger, promover y reparar la vida desde un sentido amplio de la epidemiología crítica para atender a la población.

2.6. Marco legal.

El ser humano es un ser gregario¹⁰, nace y vive dentro de un grupo llamado sociedad sin la cual posiblemente moriría ya que individualmente es un ser incapaz e indefenso para poder sobrevivir, por tal motivo surgen las sociedades, en estas se crean leyes y normas que regulan el comportamiento individual y colectivo para tener una mejor convivencia (México Unido Contra la Delincuencia A.C., 2017).

¹⁰ Para la Asociación de Academias de la Lengua Española:

1. Dicho de un animal: Que vive en rebaño o manada.
2. Dicho de una persona que está en compañía de otros sin distinción (Real Academia Española, 2021).

2.6.1. Derechos Humanos

La declaración de derechos humanos surge:

“En 1948 tras la Segunda Guerra Mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el documento titulado “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, conjunto de normas y principios, garantía de la persona frente a los poderes públicos” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022).

Esta declaración reconoce la dignidad intrínseca de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana (ONU, 2022). Se entiende que cualquier ser humano goza de estos derechos garantizando una vida digna sin distinción de raza, sexo, color, religión o de cualquier otra índole. La declaración consta de 30 artículos, para esta investigación se retomarán únicamente el artículo 25 ya que tiene relación al derecho a la Salud.

Artículo 25

- 1) “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la Salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 2022)

Este derecho es importante ya que en este están incluidos varios de los prerequisites para la Salud, y se mira a la Salud como un derecho que todos los seres humanos gozan. Aunque este derecho humano no siempre se lleva a la práctica ya que según estimaciones de la OMS la mitad de la población mundial carece de acceso a servicios de Salud esenciales (OMS, 2017).

2.6.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos es la máxima ley que rige la vida de los mexicanos, y esta tiene incidencia en la vida económica, social, política y médica de estos, ya que están plasmados los derechos y obligaciones.

El artículo 4 menciona que “Toda persona tiene derecho a la protección de la Salud” haciendo universal el derecho a la Salud y añade:

“La Ley definirá un sistema de Salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de Salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (Carbonell, 2022).

Aunque según datos de INEGI de los 126 millones de habitantes en México el 26% no tiene afiliación a ningún servicio de Salud (INEGI, 2022) ya sea público o privado, es decir 32.76 millones de mexicanos carecen de esta universalidad de servicios de Salud que proporciona el artículo 4 de la constitución política de los estados unidos mexicanos.

Para fines de esta investigación es necesario identificar políticas públicas dirigidas a la protección de Salud en específico a casos emergentes como pandemias.

El artículo 73, fracción XVI, Base 2 establece:

“En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República” (Carbonell,2017).

Durante la Pandemia de COVID-19 el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud el Doctor Hugo López Gatell fue la máxima autoridad en cuanto al manejo de la pandemia, ya que durante las conferencias matutinas mencionaba recomendaciones y el rumbo a seguir en cuanto a la pandemia.

2.6.3. Ley General de Salud

Durante el sexenio del presidente Miguel de La Madrid [1982-1988] se impulsa la Ley General de Salud, esta ve la luz el 7 de febrero de 1984, en dicha ley se reglamenta el derecho a la Salud que tiene toda persona de acuerdo con el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Congreso de la Unión, 2021). Esta ley es de suma importancia para esta investigación ya que aquí se encuentran las medidas sanitarias a seguir en caso de pandemia.

“Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: II bis. La prestación gratuita de los servicios de Salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social.

Artículo 144.- La vacunación contra enfermedades transmisibles, prevenibles por ese medio de inmunización, que estime necesaria la Secretaría de Salud, será obligatoria en los términos que fije dicha dependencia y de acuerdo con lo previsto en la presente Ley.

Artículo 151.- El aislamiento de las personas que padezcan enfermedades transmisibles se llevarán a cabo en sitios adecuados, a juicio de la autoridad sanitaria.

Artículo 157 Bis 1.- Toda persona residente en el territorio nacional tiene derecho a recibir de manera universal y gratuita en cualquiera de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, del Sistema Nacional de Salud, las vacunas contenidas en el Programa de Vacunación Universal, de conformidad con esta Ley, independientemente del régimen de seguridad social o protección social al que pertenezca.

Artículo 181.- En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la Salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el presidente de la República.

Artículo 356.- Cuando las circunstancias lo exijan, se establecerán estaciones de aislamiento y vigilancia sanitarios en los lugares que determine la Secretaría de Salud y, en caso de emergencia sanitaria, la propia Secretaría podrá habilitar cualquier edificio como estación para ese objeto” (Ley General de Salud, 2022).

Estos artículos serán necesarios para el análisis de esta investigación ya que se podrán identificar las medidas jurídicas llevadas a cabo por la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, durante la pandemia de COVID-19 y de manera específica durante la segunda Ola.

2.6.4. Ley de Salud de la Ciudad de México

La ley de Salud de la Ciudad de México se publicó el 9 de agosto del 2021, en esta están escritos los artículos correspondientes a la atención a la Salud de la Ciudad de México, para fines prácticos de esta investigación únicamente se abordarán las leyes relacionadas al derecho a la Salud y emergencias sanitarias.

Artículo 2.

Las personas habitantes en la Ciudad de México, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquier otra característica tienen derecho a la Salud. El Gobierno de la Ciudad de México, a través de sus Dependencias, Órganos y Entidades, en coordinación con el Instituto de Salud para el Bienestar, en el ámbito de sus respectivas competencias y de acuerdo con la capacidad técnica, recursos humanos y financieros disponibles, tienen la obligación de cumplir este derecho, por lo que se deberá garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de servicios de Salud gratuitos, particularmente para la atención integral de la población que no cuenta con seguridad social.

Para cumplir con este mandato, el Gobierno de la Ciudad de México deberá realizar las acciones conducentes para que se modifiquen gradualmente las

condicionantes sociales de la Salud-Enfermedad, con el objetivo de crear las condiciones para mejorar la calidad de la vida humana, reducir los riesgos a la Salud, propiciar el disfrute de todas las capacidades humanas para contribuir al bienestar y proteger el derecho a la Salud.

Artículo 6. Para los efectos de esta Ley se entiende por:

XVII. Emergencia Sanitaria: evento extraordinario ocasionado por brotes, epidemias y pandemias con potencialidad de generar un aumento de la morbimortalidad de la población o afectación inusitada de la Salud pública y que para su atención requiere una estructura funcional y recursos para una atención urgente, oportuna e integral del sector Salud con un enfoque de protección del derecho a la Salud.

Artículo 121. Queda facultada la Secretaría para utilizar como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las zonas, colonias y comunidades afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones aplicables que emita la persona titular de la Jefatura de Gobierno y las autoridades sanitarias.

Artículo 181. Las medidas de seguridad sanitaria son las disposiciones que dicta la autoridad sanitaria, para proteger la Salud de la población.

La Agencia de Protección Sanitaria podrá ordenar y ejecutar medidas de seguridad sanitaria, tales como:

- I. El aislamiento, entendido como la separación de personas infectadas, en el período de transmisibilidad, en lugares y condiciones que eviten el peligro de contagio. El aislamiento se ordenará por escrito, previo dictamen médico y durará el tiempo estrictamente necesario hasta que desaparezca el peligro;
- II. La cuarentena, que consiste en la limitación a la libertad de tránsito de personas sanas que hubieren estado expuestas a una enfermedad transmisible, por el tiempo estrictamente necesario para controlar el riesgo de contagio. La cuarentena se ordenará por escrito, previo

dictamen médico, y consistirá en que las personas expuestas no abandonen determinado sitio o se restrinja su asistencia a determinados lugares;

III. La observación personal, es la estrecha supervisión sanitaria de los presuntos portadores, sin limitar su libertad de tránsito, con el fin de facilitar la rápida identificación de la infección o enfermedad transmisible;

IV. La vacunación de personas, y se ordenará cuando:

- a) No hayan sido vacunadas, en los términos de la Ley General;
- b) En caso de epidemia grave;
- c) Si existiera peligro de invasión de dichos padecimientos en la Ciudad.
- d) Cuando así se requiera de acuerdo con las disposiciones internacionales aplicables” (Ley de Salud de la Ciudad de México, 2021).

Muchos artículos no fueron llevados a la práctica en el momento de crisis de la pandemia de COVID-19, por ejemplo, durante el aislamiento de la segunda Ola no se notificó por escrito que se tenía que estar en resguardo domiciliar, además de que no existieron las condiciones para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la ciudad, pero esto se analizará más adelante en el análisis de resultados.

2.7 La consolidación del Sistema de Salud mexicano.

Las primeras instituciones de salubridad en México, semejantes a las que conocemos hoy, surgieron como consecuencia del industrialismo, el crecimiento de las ciudades y la concentración demográfica. Con el crecimiento industrial y el aumento del número de obreros viviendo en las ciudades, surgieron dos demandas: la atención a la Salud de los obreros y la creación de leyes que reglamentaron las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias.

En 1916 el Consejo Superior de Salubridad comenzó a depender del presidente de la República; y para 1917 se crearía el Departamento de Salubridad Pública; mismo que sería encargado de la legislación sanitaria del país y de la atención a *epidemias*, *enfermedades contagiosas*, preparación y administración de vacunas, control de alimentos, etcétera.

De acuerdo con Rodríguez (1998), el Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo, que instituyó las bases de la salubridad y la asistencia en México, estableciendo que estas recaían tanto en el orden federal, cómo en los estados y los municipios. Esta institución, a partir de 1921, participó activamente en la formación de sanitaristas y en acciones de medicina preventiva y Salud Pública (Ordóñez, 1989). Y ya para 1928, se crearían las Unidades Sanitarias Corporativas que en 1932 se convertirían en la Coordinación de Servicios Sanitarios.

Para Cecilia Rodríguez (1998), durante la década de 1930-40 el Sector Salud se caracterizó por tres aspectos: dar continuidad a los programas de Salud; iniciar los servicios de Salud institucional y atención médica al medio rural. Así, en enero de 1931 se creó el Servicio de Sanidad de los Estados y la Coordinación de Servicios Sanitarios comenzó a trabajar en 1932. Dicha coordinación pretendía incrementar el aprovechamiento de los recursos disponibles evitando la repetición de servicios federales y locales, poniendo especial énfasis en la campaña de vacunación antivariolosa¹¹.

En la década de los cuarenta se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943; y el 19 de enero de ese mismo año se crearía también el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que marcó el inicio de la medicina institucional.

Durante el periodo que va de 1958 a 1970 la idea de que la Salud Pública era una herramienta para alcanzar el desarrollo del país, permeó en gran parte de las autoridades mexicanas. De acuerdo con Rodríguez (1998), no sólo se trató de

¹¹ Adjetivo que se refiere a algo que sirve para combatir la viruela, como una vacuna o un tratamiento médico.

prevenir o tratar las enfermedades, sino de rehabilitar e investigar de forma más científica aquello que afectaba a la Salud Pública. Con esta idea se impulsó la creación de institutos, aumentaron los servicios de Salud, las campañas nacionales de vacunación y la capacidad hospitalaria. Esto se consolidó en 1960, cuando surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); poco tiempo después, aparecería el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), ahora DIF. Esto contribuyó a que durante las décadas de los 60 y 70, los antibióticos se volvieron de uso común, y la población en general estuviera vacunada contra las principales enfermedades infecciosas.

Por otra parte, en 1965 se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y se intentó la cooperación mutua de las secretarías. Por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública organizó programas para hacer conciencia social y cuidar la Salud (Bustamante *et al.*, 1982, p. 222).

En 1973 daría inicio el Plan Nacional de Salud, mismo que se proyectó para abarcar un periodo de diez años, y que lograría disminuir la mortalidad infantil de 69 a 38 por mil niños y la mortalidad general de 9,9 a 7 (Rodríguez, 1998).

Siguiendo con Rodríguez (1998), esta investigadora afirma que, en la década de los setenta ya era claro que se habían controlado muchas enfermedades transmisibles y problemas de Salud Pública, pero otros tomaban impulso, tales como diabetes mellitus. Sin embargo, debido a la crisis económica, que se inició en 1974 y alcanzó el pico en 1976 con una devaluación del peso mexicano del 100%, el Sistema de Salud fue incapaz de satisfacer las demandas de la población.

Algunos años más tarde, específicamente el 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se transformó en la Secretaría de Salud. Su secretario fue el Dr. Guillermo Soberón (Historia de la Salud, 1988). En 1983 apareció el Plan Nacional de Desarrollo (1983-88) del cual derivó el Plan Nacional de Salud y cuyos objetivos eran incrementar la atención médica, la Salud Pública y la asistencia social (Rodríguez, 1998). En cuanto a la atención médica se refería, se pretendía uniformar los servicios de Salud dirigidos a la población; en cuanto a

la Salud Pública, se pretendía disminuir el índice de fecundidad; y en ámbito de la asistencia social, se buscó atender a un sector de la población poco visibilizado, el de los discapacitados.

Durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), la reforma sanitaria impulsada por éste buscó aumentar la responsabilidad de las autoridades estatales en los temas de Salud; sin embargo, esta reforma fue difícil de implementar debido a que la Secretaría de Salud no logró normar totalmente el presupuesto federal dificultando la descentralización de la administración en este tema. (González Block, 1990).

Para el sexenio del presidente Ernesto Zedillo Ponce de León (1995-2000) se retoma la meta de la asamblea mundial de la Salud de Alma-Ata realizada en 1977, donde se buscaba que todos los ciudadanos tuvieran acceso a los servicios de Salud logrando con ello tener una vida plena, esta meta se creó con el lema “Salud para todos en el año 2000” (Secretaría de Salud, 2018). El programa de reforma del Sector Salud (1995-2000) buscaba la mejora de la calidad de los servicios a través de la reestructuración de las instituciones ampliando la cobertura a más población garantizando que los servicios de Salud sean equitativos para los que menos tienen, esto fue la base para el sexenio posterior.

La propuesta del sexenio anterior se consolidó en el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada (2000-2006) de la mano del doctor Julio Frenk Mora impulsan el nuevo programa “Seguro Popular” el cual consistía en 294 intervenciones divididas en 1807 diagnósticos, 618 procedimientos, 633 medicamentos y 37 insumos específicos. (Leal, 2013). Este programa fue lanzado para la población sin seguridad social que pueda pagar por este beneficio ya que este programa era un prepago o pago diferenciado el cual podía ser desde \$2,074.97 hasta los \$11,378.66. por familia inscrita en el programa.

El presidente Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) continuó con el programa del seguro popular, aunque se tenían cinco nuevos objetivos que buscaban mejorar la Salud:

1. Mejorar las condiciones de la Salud de la población
2. Reducir las desigualdades en Salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
3. Prestar servicios de Salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de Salud, y
5. Garantizar que la Salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Durante este sexenio se registraron 500,000 decesos a causa de enfermedades crónico-degenerativas, un punto clave para que esto se llevará a cabo fue la falta de prevención y PS para la atención de estas enfermedades. Ya que el seguro popular solo cubría la atención de la patología. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

Para el sexenio del presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018) se continuó con el programa del seguro popular ratificando “que es muy importante el registro a este programa ya que los beneficiarios de su programa PROSPERA, solo tenían un paquete básico de 27 servicios de Salud gratuitos. Mientras que al afiliarse al seguro popular contaban con 287.” (Presidencia de la República EPN, 2016). El investigador de la Universidad Jesuita de Guadalajara (ITESO) el maestro Carlos Luis Moreno menciona que “el Seguro Popular se planteó como un mecanismo de financiamiento a la Salud, no como uno para proveer servicios” (Badillo & Monroy, 2020).

Durante el periodo del presidente Andrés Manuel López Obrador (2018-2024) se da por concluido el programa del seguro popular para dar la bienvenida al Instituto de Salud para el Bienestar INSABI, este instituto ve la luz el primero de enero de 2020, al igual que su antecesor este programa tiene como objetivo garantizar la gratuidad de los servicios de Salud y medicamentos a las personas sin seguridad social. Aunque esta institución tuvo una vida corta ya que el 25 de abril del 2023 diputados de Morena aprueban la desaparición de dicho organismo ya que mencionaban un desfaldo de 400 mil millones de pesos. (Rocha, 2023) Posteriormente a esto surge IMSS bienestar que presta atención médica de primer y segundo nivel a personas

que no cuentan con seguridad social. Es importante mencionar que El Consejo Nacional de Evaluación de la Política Desarrollo Social (Coneval) mencionó en su análisis llamado “El sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre” (Coneval, 2020) que la falta de acceso al servicio de Salud se elevó en los últimos años al pasar a 28.2% (35.7 millones de personas) en el 2020.

2.7.1 Sistema de Salud en el área metropolitana de la Ciudad de México.

La secretaria de Salud de la Ciudad de México ve la luz el 15 de diciembre de 1909 a manos del gobernador Guillermo de Landa y Escando éste inauguró el primer Puesto Central de socorros de las Comisarías de la Policía para dar respuesta rápida a los heridos de la revolución. Aunque el número de puestos de socorro rápidamente llegaría a cuatro ya que en la ciudad aumentaban cada vez más las personas lesionadas a causa de la prerrevolución. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2010)

Dos años después de la apertura de los puestos de socorros cambiarían su denominación a Servicios Médicos de la Cruz Verde, tomando el nombre de la calle donde se encontraba ubicado. Para 1935 y hasta 1960 se llamó Jefatura de los servicios médicos de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal. (ídem)

Para 1943 se inaugura el primer hospital de la cruz verde, el instituto Mexicano del Seguro Social, el Hospital Infantil de México y la sociedad mexicana de higiene. Solo un año más tarde ve la luz el Instituto Nacional de Cardiología, mientras que en 1946 lo hace el hospital de enfermedades de Nutrición y el instituto de Cancerología (Gutiérrez, 2017). La creación de todos estos hospitales obedeció a las nuevas necesidades de una creciente ciudad, ya que los nuevos trabajadores que llegaban a la ciudad necesitaban una atención cada vez más especializada.

Durante el periodo de 1958 a 1964 se construyen 12 hospitales infantiles de zona, cuya finalidad era brindar atención a la creciente población de niños de la ciudad carentes de servicios de Salud, para así combatir la alta tasa de mortalidad infantil

que para este tiempo era de alrededor del 90% (Hernández, 2019). Estas políticas públicas fueron de mucha ayuda ya que para los años 80 la tasa bajó a 67%, en 20 años bajó el porcentaje de mortandad a 23% con la creación de estos hospitales.

Un hito histórico para la Salud en la Ciudad de México se dio en 1959 a manos del regente de la ciudad Ernesto P. Uruchurtu, quien ordena que los servicios médicos atiendan a todos tipo de pacientes, este es el primer antecedente de los hospitales generales. Además, se sustituyen a todos los practicantes por médicos titulados para mejorar el nivel de la atención a la Salud (Gutiérrez, 2017). Hasta antes de esta fecha no se tenía un control tan estricto sobre el personal que atendía los casos de Salud, ya que era común ver en hospitales a los practicantes de esta área tomando decisiones como si fueran unos médicos expertos.

Para 1983 se inicia el proceso de descentralización de los servicios de Salud. El gobierno federal otorga autonomía de gestión a los servicios de Salud Pública de las entidades federativas lo que significa que se les otorgó la libertad para que estos órganos puedan ejecutar su presupuesto con miras a cumplir sus objetivos y metas con los cuales fueron creados.

Después de muchos cambios de nombre, la Secretaría de Salud fue creada en 1999. Su antecesor inmediato fue el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, fundado en 1997, y agrupó a la red de hospitales de la ciudad (ídem). Actualmente el Sistema de Salud cuenta con 578 unidades médicas distribuidas a lo largo de las 16 alcaldías, de las cuales 81 clínicas pertenecen al IMSS, 98 al ISSSTE, 7 los trabajadores de PEMEX y 392 clínicas de la Secretaría de Salud. (INEGI, 2020).

Actualmente la Secretaría de Salud se encarga de la atención, prevención de enfermedades y Promoción de la Salud, esta dependencia tiene como misión establecer las políticas para que la población ejerza su derecho de protección a la Salud. Su visión es lograr un sistema nacional de Salud universal, equitativo integral, sustentable efectivo y de calidad, a través de:

- A.) El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad;
- B.) La consolidación de la protección y Promoción de la Salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria;
- C.) La generación y gestión de recursos adecuados;
- D.) La evaluación e investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad (Secretaría de Salud, 2015)

2.8. COVID-19

El Mercado mayorista de mariscos de Wuhan está ubicado en el distrito Jiangnan en China, además de la venta de mariscos este mercado era conocido por la venta de animales silvestres, ya que se podían encontrar animales como: ranas, serpientes, venados, mapaches, murciélagos, entre otros (Pérez, 2020). Una de las teorías del surgimiento de Virus SARS-CoV-2 surge al analizar a los animales y las patologías que estos pueden presentar, pensando en el brinco de una enfermedad de un animal al ser humano “al analizar la similitud entre SARS-CoV y SARS-CoV-2 es probable que los murciélagos sean el huésped reservorio del progenitor de SARS-CoV-2” (Andersen, 2020). Esta teoría del surgimiento del COVID-19 es la más aceptada por la comunidad científica. Otra teoría sobre el origen del virus plantea que este pudo haberse escapado del Instituto de Virología de Wuhan. Algunos científicos, como Akiko Iwasaki (inmunóloga de la Universidad de Yale), David Relman (microbiólogo de la Universidad de Stanford) y Marc Lipsitch (epidemiólogo de la Universidad de Harvard), consideran que esta hipótesis no debe descartarse por completo y señalan la importancia de analizarla con mayor profundidad (Ansede, 2021).

A continuación, se realizará una línea de tiempo desde el surgimiento del Covid-19 hasta el inicio de la tercera ola epidemiológica en México.

Tabla 1. Olas de Contagios por SARS-CoV-2

Ola en México	Fecha	Características
Datos Internacionales	<i>31 de diciembre del 2019</i>	China anuncia un brote de neumonías de etiología desconocida.
	<i>11 de enero del 2020</i>	Se reporta la primera defunción por esta enfermedad y la publicación del genoma del nCoV 2019.
	<i>13 de enero del 2020</i>	Se registra el primer caso de esta enfermedad fuera de China.
	<i>30 de enero 2020</i>	La OMS dicta la declaratoria de emergencias de Salud pública por este nuevo virus.
Primera ola en México	<i>27 de febrero de 2020</i>	Inicia la primera ola con el paciente cero en México.
Datos Internacionales	<i>11 de marzo de 2020</i>	La OMS dicta la declaratoria de pandemia, tras el incremento de casos de la enfermedad y casos importados fuera de China.
Primera ola en México	<i>18 de marzo de 2020</i>	Se registra la primera defunción en México, ocasionada por este nuevo coronavirus.
	<i>14-16 de marzo 2020</i>	Se lleva a cabo en la Ciudad de México el festival Vive Latino. Este festival es muy importante ya que fue el último concierto masivo y se realizó a pesar de estar atravesando por la primera ola, el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell declara "México aún se encuentra en la fase uno de la emergencia, con 26 casos, todos ellos importados. Ojo con cancelar eventos sin base técnica" (Gobierno de México, 2020).
	<i>23 de marzo 2020</i>	La SS hace la declaratoria de la Jornada Nacional de Sana Distancia, con lo que entran en acción las medidas sanitarias y de distanciamiento social para disminuir los contagios.
	<i>1º de abril 2020</i>	México emitió una declaratoria de emergencia nacional ante el incremento de casos de COVID-19
	<i>13 de mayo 2020</i>	Se anunció el plan "Regreso a la nueva normalidad".
	<i>1º de junio 2020</i>	Inició el retorno de actividades esenciales.
	<i>5 de junio 2020</i>	Se da a conocer el semáforo de riesgos epidemiológicos.

Segunda ola en México	<i>5 de octubre 2020</i>	Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Comienza la segunda ola de la COVID-19.
Datos Internacionales	<i>9 de octubre 2020</i>	La OPS, decreta una Alerta epidemiológica por la ola de brotes de Covid-19
Segunda ola en México	<i>2 de noviembre 2020</i>	En México, la celebración del Día de Muertos estuvo marcada por un aumento de contagios que comenzó en octubre.
	<i>9 de noviembre 2020</i>	Se lleva a cabo la jornada del Buen Fin en México.
	<i>12 de diciembre 2020</i>	Autoridades de la Ciudad de México junto con autoridades eclesíásticas, cierran la Basílica de Guadalupe. Días previos se invitó a los feligreses a celebrar a la Virgen de Guadalupe desde sus hogares, a fin de cuidar su Salud y prevenir nuevos contagios de COVID-19. Se montaron operativos en vialidades de la capital y entradas de las carreteras para impedir el paso de caravanas de peregrinos.
	<i>24 de diciembre 2020</i>	México y en otras partes del mundo celebran la Navidad, en el contexto de incrementos de contagios y hospitalizaciones. Se vive una ola de rebrotes, en algunas naciones es hasta la segunda y tercera ola. Inicia la primera fase de vacunación a personal médico.
	<i>31 de diciembre 2020</i>	Es la celebración de las fiestas de fin de año. El llamado del Gobierno de México es de unidad, esperanza y quedarse en casa en la medida de lo posible, y que las familias celebren sólo con las personas que viven en la misma casa para evitar más contagios.
	<i>Semana 3 del 2021</i>	Durante esta semana se llegó al pico más alto en cuanto a mortandad de COVID-19, 10,207 defunciones en la Ciudad de México.
	<i>2 de febrero 2021</i>	Inicia el registro de vacunación contra COVID-19 para adultos mayores de 60 años.
	<i>15 de febrero 2021</i>	Inicia la campaña de vacunación para adultos mayores de 60 años de las Alcaldías: Cuajimalpa y Magdalena Contreras.
	<i>3 de mayo 2021</i>	Inicia la campaña de vacunación para adultos mayores de 50-59 años de las Alcaldías: Gustavo A. Madero, Milpa Alta, Cuajimalpa y Magdalena Contreras.

Tercera ola en México	<i>31 de mayo 2021</i>	Comienzo de la tercera ola
------------------------------	------------------------	----------------------------

Nota: Elaboración propia.

La finalidad de esta línea del tiempo es identificar la curva epidemiológica de contagios y defunciones llevadas a cabo primordialmente en la segunda ola. Para fines prácticos de esta investigación únicamente se retomó hasta el inicio de la tercera ola, sin embargo, también es importante aclarar que la pandemia no culminó durante la segunda ola, sino que se reconoce una tercera y cuarta ola actualmente, cada una con distintas estadísticas y acciones llevadas a cabo según lo establecido por la SSP.

Cabe recalcar que según los datos recopilados en la anterior línea del tiempo reconocen a la segunda ola de COVID-19 con una mayor estadística de defunciones.

2.8.1. Segunda ola de COVID en la zona metropolitana.

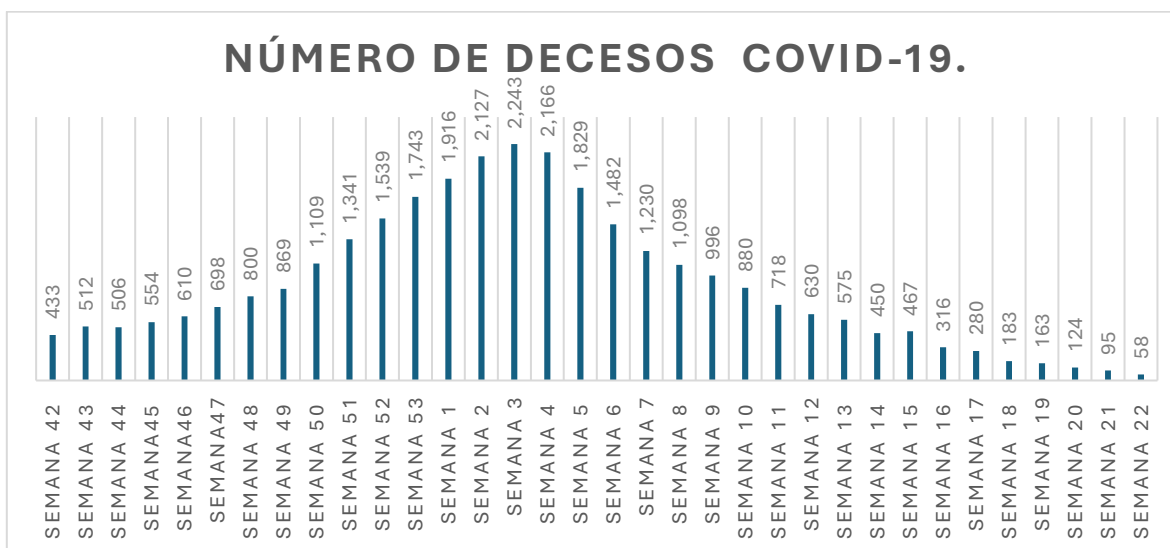
El virus de la COVID-19 ha generado importantes estragos en distintos ámbitos de la vida cotidiana. En este apartado se identificarán algunas de las principales problemáticas, considerando la amplia diversidad de secuelas que ha dejado esta enfermedad

La pandemia de la COVID-19 se desarrolló en diferentes olas epidemiológicas, las cuales representan los periodos de aumento y disminución de contagios, así como de fallecimientos asociados al virus.

No existe una fecha estimada de cuándo comienza y cuando termina una ola epidemiológica, ya que las estadísticas pueden variar dependiendo de la fuente en donde se realiza la consulta, para esta investigación se trabajará con la base de datos de SINAVE ellos sitúan la segunda Ola durante la semana 42 del 2020 a la semana 22 del 2021 (SINAVE, 2022).

Durante la segunda ola en la Ciudad de México se contabilizaron 30,740 decesos los cuales estuvieron distribuidos como se observa en la siguiente gráfica.

Figura 3. Decesos por COVID-19 durante la segunda ola.



Nota: Elaboración propia.

La muerte no es el único resultado que pudieron presentar pacientes enfermos de COVID-19, se han presentado diferentes secuelas biológicas, psicologías y económicas, que han mermado la calidad de vida de los seres humanos y estas consecuencias no son exclusivas de las personas que enfermaron de COVID-19.

Problemas biológicos:

Se han reportado diferentes secuelas biológicas asociadas a pacientes COVID, algunas de ellas más severas que otras, la coordinadora de la Unidad Funcional de Intersticio Pulmonar del Hospital Universitario de Bellvitge María Molina-Molina enlista los tejidos y sus sistemas asociados a las secuelas Post-COVID.

Tabla 2. Tejidos o Sistemas afectados por la COVID-19.

Tejido o sistema	Síntomas secuelas asociados a la COVID-19.
Vía aérea respiratoria superior	Grado residual de anosmia y/o ageusia.

	Tos.
Vía aérea respiratoria inferior	Disnea de esfuerzo. Tos. Secreción mucosa. Dificultad para inspiración profunda. Dolor torácico.
Muscular	Debilidad generalizada. Dolores erráticos.
Neurocognitivo	Falta de atención. Pérdida de memoria. Mala calidad del sueño Insomnio.
Psicológico	Ansiedad. Depresión.
Digestivo	Atragantamiento. Cambio en el ritmo deposicional. Sensación de plenitud.
Otros	Pérdida de peso.

Nota: Retomado de Molina (2020).

Es un hecho que la calidad de vida de las personas que tuvieron COVID-19 se ve afectada por estas secuelas, algunos sufren secuelas físicas y otras psicológicas al pasar por una pérdida de un familiar o ser querido.

Problemas psicológicos:

Las complicaciones físicas no fueron los únicos malestares que presentaron los pacientes con COVID-19. Durante el confinamiento también aumentaron los problemas psicológicos, registrándose casos de estrés, depresión y discriminación. Asimismo, se reportaron agresiones hacia médicos y personal de Salud por parte de la población. Incluso en la actualidad persisten conductas de evitación, como alejarse de personas que tosen o estornudan, evitar espacios cerrados e, incluso, los lugares públicos (Marquina, 2021).

Problemas Económicos

Durante la pandemia aumentó el número de cierre de empresas debido a las restricciones que se vivieron durante el confinamiento con la Jornada Nacional de Sana Distancia, ya que se cerraron actividades no esenciales y debido a esto cerca de 2,1 millones de personas se quedaron sin trabajo y sin sustento económico (Rodríguez, 2022).

El economista Gerardo Esquivel detecta impactos en la economía y los enumera en tres etapas:

“Un primer efecto a fines del primer trimestre de 2020 derivado del cierre de varios países y de la correspondiente cancelación de vuelos a nivel mundial. Esto representó un enorme choque negativo en marzo en aquellas entidades y regiones del país orientadas a las actividades turísticas como Quintana Roo y Baja California Sur.

En una segunda instancia, la actividad económica en el país se desaceleró significativamente como resultado de la decisión de suspender todas aquellas actividades consideradas como no esenciales (“Jornada nacional de sana distancia”).

La tercera fase, está definida por un proceso de reapertura que será más lento y gradual de lo que originalmente se anticipaba (Esquivel, 2020).

El desempleo conlleva más problemáticas; por ejemplo: abandono escolar debido a la falta de recursos económicos para poder tomar clases en línea, ya que no todos los alumnos cuentan con equipo de cómputo e internet en sus hogares.

2.8.2. Centro de atención temporal COVID-19

Debido a la saturación hospitalaria que se vivió en el mundo por la pandemia de SARS-CoV-2 COVID19 varios países comenzaron la creación de hospitales temporales, esto se debió a que no contaban con la infraestructura hospitalaria para poder atender una pandemia.

“En Londres, el auditorio ExCel fue habilitado como hospital y se instalaron camas para 500 pacientes.

En la ciudad de Lombardía, Italia el ejército instaló tiendas de campaña y 52 médicos que llegaron de Cuba ayudaron a los profesionales de la Salud locales.

En la ciudad de Nueva York se construyó un hospital de campaña en el Central Park, así como una morgue temporal frente a uno de los hospitales más importantes de la ciudad.

Los clubes de fútbol de Brasil ofrecieron instalaciones que fueron usadas durante el Mundial de 2014 para que el sistema de Salud las utilizara. El estadio de fútbol y sala de conciertos Pacaembu, en Sao Paulo, fue convertido en un hospital temporal con espacio para 200 camas.

En la ciudad de Pachuca, a unos 100 kilómetros de Ciudad de México, capital del país, las autoridades instalaron un hospital inflable para atender a pacientes infectados con el nuevo coronavirus. El hospital contó con distintas secciones que incluyen camas de terapia intensiva, de cuidados intermedios y de observación” (BBC News Mundo, 2020).

Varios países de mundo adaptaron espacios públicos y privados para comenzar con la construcción de hospitales para poder combatir el aumento de casos positivos a COVID-19, en México se crearon Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID19) y éstos se ubicaron en estacionamientos, espacios públicos y privados además de espacios aledaños a hospitales. Los centros de atención tenían la función de ampliar la capacidad de atención del hospital a casos positivos, de manera preferente para pacientes referidos de otras unidades (Gobierno de México, 2020).

Los CAT-COVID19 tenían como objetivo principal brindar atención a pacientes con SARS-CoV-2, para que los hospitales puedan atender otros padecimientos por enfermedad moderada, es decir no críticamente enfermos por COVID-19.

Fase de atención

“Implementación de los CAT-COVID en los lugares de mayor concentración de casos sospechosos y confirmados, y en zonas de alta marginación que no cuenten con servicios de Salud cercanos con capacidad resolutive para la atención de pacientes con COVID y se deberá garantizar la seguridad del personal y de los pacientes” (Gobierno de México, 2020).

Algunas alcaldías de la Ciudad de México no contaron con ningún CAT-COVID, ya que la cantidad de contagios y decesos en estos lugares fue relativamente baja en comparación con otras alcaldías.

La siguiente tabla presenta las alcaldías, el número de casos confirmados de COVID-19, las defunciones registradas y los CAT-COVID correspondientes.

Tabla 3. Ubicación de Centros de Atención Temporal COVID-19, de casos confirmados y defunciones.

Alcaldía	Casos confirmados COVID-19	No de Defunciones	Centros de Atención Temporal COVID-19	Número de camas
Álvaro Obregón	191,038	3,573	Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 IMSS.	40 camas y un triage ¹² respiratorio.
			HR Lic. Adolfo López Mateos.	53 camas.

¹² Es una **actividad** que se realiza en un área física especial para seleccionar pacientes con síntomas respiratorios, clasificarlos de acuerdo con su grado de severidad y con ello, priorizar su atención médica. Debe considerarse como un proceso de gestión de riesgo clínico que cumpla con una prestación de servicio equitativo, eficiente y oportuno (Herrera, 2020).

			Hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez.	Sin información.
<u>Azcapotzalco</u>	74,317	2,868	Hospital De Infectología 01 (CDMX Norte) La Raza.	128 camas.
			Hospital General De Zona C/Umaa 48.	Sin información.
			Hospital Central Norte PEMEX.	100 camas.
Benito Juárez.	51,901	1,605	Hospital General De Zona 1ª.	150 camas.
			Centro Médico 20 de noviembre.	130 camas.
Coyoacán	77,744	2,876	Hospital General De Zona 32.	157 camas.
			Centro Médico Naval SEMAR.	140 camas.
Cuajimalpa	23,963	654	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.
Cuauhtémoc.	77,360	2,874	Hospital Infantil de México Federico Gómez.	Sin información precisa.

			Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.	229 camas.
Gustavo A. Madero	170,317	6,672	Hospital Juárez de México.	Sin información.
			Centro de Atención Temporal Unidad Lindavista anexo al Hospital General de Zona (HGZ) No. 24.	40 camas.
			Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE	Sin información precisa.
			Unidad temporal Cuauhtepac (La Pastora).	80 camas.
Iztacalco	57,616	2,723	<u>Hospital Temporal del IMSS en el Autódromo Hermanos Rodríguez.</u>	430 camas.

			Hospital General de Zona 30 (IMSS).	30 camas.
			Hospital General de Zona 2A (IMSS).	157 camas.
Iztapalapa	207,959	8,462	Hospital pediátrico Iztapalapa SEDESA.	Sin información.
			Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza.	143 camas y 38 ventiladores.
			Hospital General José María Morelos y Pavón.	Sin información.
<u>Magdalena Contreras</u>	39,648	887	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.
<u>Miguel Hidalgo</u>	47,372	1,535	22/o. Batallón de Policía Militar.	Sin información.
			23/o Btn. G.N. (El chivatito, Cd. Méx.)	310 camas.

			Hospital Central Militar.	399 camas.
			Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología.	Sin información.
			Hospital General Tacuba.	Sin información.
			Unidad temporal COVID-19 Centro Citi-Banamex.	361 camas.
<u>Milpa Alta</u>	30,643	415	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.
<u>Tláhuac</u>	72,570	1,293	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.
<u>Tlalpan</u>	138,639	2,372	Hospital General Ajusco Medio "Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez.	96 camas en el estacionamiento más 114 camas existentes.

			Hospital Central Sur Petróleos Mexicanos. 81/o. Batallón de Infantería y	140 camas.
			Escuela Militar de Infantería.	Sin información.
			Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador.	Sin información.
			Hospital General Dr. Manuel Gea González.	182 camas.
			Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.	Sin información.
			Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío.	195 camas.
<u>Venustiano Carranza</u>	64,310	2,451	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.

<u>Xochimilco</u>	76,435	1,542	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.	S/N Centros de Atención Temporal COVID-19.
--------------------------	--------	-------	--	--

Nota: Elaboración propia.

Los CAT-COVID-19 se regían por principios rectores para la atención de los pacientes

- “• **Calidad:** Atención segura, oportuna, eficaz, eficiente, equitativa y centrada a los pacientes.
- **Pertinencia:** Ofrecer una respuesta enfocada a las necesidades, de acuerdo al contexto, la territorialización y el tipo de desastre.
- **Ética y Cobertura:** Adoptar un enfoque de respuesta basado en los derechos humanos y asegurar que sus servicios estén accesibles a todos los sectores de la población afectada, especialmente a los grupos vulnerables.
- **Bioética:** Comprometerse a tratar a los pacientes en concordancia con el Manual de la Asociación Médica Mundial de Ética Médica. En particular, comprometerse a respetar la autonomía, el derecho a la información y la confidencialidad de la misma, así como a una explicación amplia y detallada sobre su pronóstico y los tratamientos alternativos existentes con un lenguaje claro y culturalmente apropiado. Adicionalmente se debe llenar el consentimiento informado de acuerdo con la normatividad aplicable.
- **Responsabilidad:** Actuar con responsabilidad en la atención de los pacientes, las familias y las comunidades a los que presten sus servicios, así como con las organizaciones y Organismos no Gubernamentales que se sumen al operativo con personal o con insumos que deseen donar.
- **Compromiso colaborativo inter-organizacional:** Comprometerse a integrarse en una respuesta coordinada bajo las autoridades nacionales de gestión de emergencias de salud” (Gobierno de México, 2020).

Estos principios aseguraban que los pacientes que entraban a estos centros tuvieran una atención decorosa y de calidad para ser atendidos garantizando así su derecho a la Salud, ya que la finalidad de estos centros era atender a la mayoría de la población que necesitara de la hospitalización.

La inauguración de los CAT-COVID-19 se realizó en diferentes momentos ya que algunos necesitaban más insumos que otros, el autódromo hermanos Rodríguez abrió sus puertas en mayo del 2020 contando con 430 camas para la atención de los pacientes COVID y estos cerraron sus puertas el 24 de mayo del 2021, funcionaron como centros de atención durante un año en el momento más complicado de la pandemia.

2.8.3. La familia y el COVID-19

La familia es un concepto demasiado difícil de definir, ya que no existe una única definición y no existe un solo modelo de familia. La palabra familia viene del latín *familiae*, que significa “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens” (Oliva & Villa, 2013). Bajo este significado se entiende que familia es un grupo de personas encargados de servir a un jefe de familia, entendido como hombre o mujer.

La familia casi siempre está conformada por personas que tienen un parentesco consanguíneo, aunque actualmente eso no es del todo verdadero.

Carlos Neto menciona la existencia de diferentes tipos de familia como lo son:

Familia nuclear.

Compuesta por un padre, una madre e hijos de ambos.

Familia monoparental

Es una familia conformada por la madre o el padre y sus respectivos hijos. Se trata de uno de los tipos de familia más comunes en Latinoamérica, en los que es común que la madre asuma toda la responsabilidad de la estructura familiar, mientras que la figura paterna está ausente.

Familia compuesta

Es una estructura conformada por varias familias nucleares. En este caso, una pareja con hijos se separa, y cada uno de los integrantes de la pareja forma una nueva familia. En la familia compuesta, los hijos pasan a tener hermanastros y pueden convivir con uno de sus padres o compartir la convivencia con el progenitor principal y la familia que ha creado el otro progenitor.

Familia adoptiva

Es el tipo de familia en la que ambos padres tienen la tutela de un menor de edad, después de haber cumplido con una serie de trámites burocráticos que los habilitan para ejercer el rol de padres adoptivos.

Familia sin hijos

Son el tipo de familia constituida por una pareja que no tiene hijos, bien sea porque aún no los tiene o porque ya son personas en edad madura o avanzada que nunca tuvieron descendencia.

Familia de personas mayores

Son familias que en algún momento formaron algún otro tipo de estructura (nuclear, monoparental, adoptiva), pero los hijos ya se emanciparon, por lo que ahora solo está constituida por los padres en edad avanzada.

Familia homoparental

Está constituido por una pareja de dos hombres o dos mujeres que se convierten en progenitores de uno o más niños.

Familia extensa

En este caso, se trata de un grupo familiar en el que conviven integrantes de diferentes generaciones y roles (padres, hijos, abuelos, tíos, etc.).

Familia acogida

Son familias temporales, que generalmente está conformadas por familias nucleares o padres sin hijos que le dan un hogar a un niño a adolescente por un período determinado, mientras las instituciones encargadas lo ubican con una familia adoptiva de forma definitiva (Neto, 2007)

Todas las familias son diferentes y no existen roles únicos y establecidos para cada individuo, por ejemplo, un padre de familia también puede tomar el rol de hijo, hermano, tío, esposo, y con cada rol su actuar será diferente.

Es un hecho de que casi todas las familias cumplen el rol de cuidadores y estos cuidados van hacia los niños, enfermos y adultos mayores, estos cuidados casi siempre son responsabilidad de la mujer, mientras que el hombre es el proveedor de la familia.

Durante el confinamiento de la COVID-19 (23 de marzo del 2020 – 1 de junio del 2020) en México se vivieron anormalidades en las familias, ya que de repente todos los integrantes estaban juntos en un mismo lugar conviviendo las 24 horas los 7 días de la semana, provocando alteraciones en la dinámica familiar ya que cada miembro tenía sus actividades a realizar y de un momento a otro estas se vieron pausadas debido al miedo del contagio.

La Coordinadora de Promoción del Pontificio Instituto Juan Pablo II para las Ciencias del Matrimonio y de la Familia Carmen María Villar comenta que:

“Factores como el económico, psicológico, material, emocional y generacional, sumándole un ingrediente “actitud negativa”, empezaron a ocasionar problemáticas familiares. Estas malas actitudes desataron problemas como agresividad, violencia física y psicológica, conductas compulsivas, crisis de ansiedad, pérdida de sueño, alteraciones o trastornos de alimentación, alcoholismo, consumo de sustancias para anestesiar emociones, entre otras. (Villar, 2020).

Estos problemas son debido a que las familias no estaban acostumbradas a relacionarse entre ellas, además de que existía el miedo al contagio para las familias lo que aumentaba los problemas psicológicos, aunado que, durante el surgimiento de la pandemia, se tenía poca información sobre las maneras de contagio.

CAPITULO 3

3.1 Metodología.

La investigación es un proceso que acompaña al ser humano prácticamente desde su nacimiento. Desde temprana edad, los niños exploran su propio cuerpo, su entorno y a las personas que los rodean.

El proceso de investigación surge como una herramienta para comprender y resolver problemas. Investigar está estrechamente ligado a la vida sociocultural, así como al desarrollo tecnológico, socioeconómico y académico.

Este proceso se desarrolla siguiendo una metodología, la cual “enseña a dirigir el proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados, teniendo como objetivo la estrategia a seguir en el proceso” (Cortés & Iglesias, 2004). Dicha metodología incluye varios pasos que permiten justificar la investigación. Generalmente, el procedimiento consiste en: selección del tema o definición de lo que se desea investigar, planteamiento del problema, elaboración del marco teórico, justificación, formulación de hipótesis, establecimiento de objetivos, elección de la metodología y, finalmente, redacción de conclusiones.

Las dos corrientes metodológicas más utilizadas en la investigación son la cualitativa y la cuantitativa. La investigación cualitativa es el método científico de observación para recopilar datos no numéricos. Se suelen determinar o considerar técnicas cualitativas todas aquellas distintas al experimento. Es decir, entrevistas, encuestas, grupos de discusión o técnicas de observación y observación participante (Ibáñez, 2002). Por otro lado, la metodología cuantitativa se suele utilizar en ciencias empíricas centrándose en los aspectos observables susceptibles de cuantificación, y utiliza la estadística para el análisis de datos (Monje, 2011).

3.2 Estudio de caso como estrategia metodológica aplicada al ámbito familiar

El estudio de caso es una estrategia metodológica que busca comprender en profundidad fenómenos complejos en contextos específicos. En el presente trabajo, se optó por el estudio de caso como marco de referencia metodológico para abordar las vivencias familiares relacionadas con la pérdida de uno o más integrantes durante la segunda ola de la pandemia por COVID-19. Este enfoque permite analizar la singularidad de cada situación familiar desde una perspectiva cualitativa y contextualizada, proporcionando categorías de análisis emergentes a partir de la experiencia directa.

El estudio de caso, como lo plantea Yin (2001), consiste en una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en profundidad y dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y contexto no están claramente definidos. A su vez, Stake (1998) lo concibe como el estudio de la particularidad y complejidad de un caso singular, con el objetivo de comprender su funcionamiento interno en condiciones concretas. Así, este método privilegia el conocimiento profundo sobre lo particular, más que la generalización, lo cual resulta especialmente valioso para abordar las experiencias familiares vinculadas a procesos de duelo, resiliencia, cuidados y atención emocional durante crisis sanitarias.

En el presente estudio, la selección del caso no respondió a una intención de generalización, sino al interés por profundizar en las condiciones particulares de dos núcleos familiares afectados por el fallecimiento de sus miembros. De acuerdo con Montero y León (2002), uno de los pasos esenciales en el proceso metodológico del estudio de caso es la definición precisa del objeto de análisis, que en este caso fue delimitado por criterios geográficos (Ciudad de México y su área conurbada), temporales (segunda ola de la pandemia) y experienciales (pérdida de familiares por COVID-19). Las entrevistas semiestructuradas, así como la observación

participante remota, permitieron explorar no solo los relatos individuales, sino también los vínculos y procesos familiares subyacentes.

Tal como señalan Barrio (2016), una de las ventajas del estudio de caso es su capacidad para recoger múltiples fuentes de datos y perspectivas, incorporando tanto las voces de los actores como los registros documentales y observacionales. En este sentido, la triangulación metodológica aplicada en esta investigación fortalece la validez de los hallazgos y permite construir una narrativa densa y coherente de las experiencias familiares vividas.

3.3 Metodología Mixta

La metodología mixta suele entenderse como la integración sistémica de los métodos cualitativos y cuantitativos con el fin de obtener lo mejor de las dos metodologías cualitativa y cuantitativa en un mismo estudio o investigación. (Sampieri, 2008).

La investigación cualitativa se centra en comprender y explorar los significados, experiencias y perspectivas de los participantes a través de técnicas como entrevistas, observación participante o análisis de contenido. La investigación cuantitativa se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para identificar patrones, establecer relaciones y realizar inferencias estadísticas.

Los métodos mixtos permiten combinar estas dos aproximaciones complementarias en una sola investigación. Esto puede implicar recopilar y analizar datos cuantitativos y cualitativos de forma separada y luego integrarlos en una fase posterior, o bien realizar un enfoque concurrente, donde se recolectan y analizan los datos en paralelo (Arias, 2023).

3.4 Técnicas de investigación

Las técnicas de investigación son un conjunto de procedimientos metodológicos y sistemáticos cuyo objetivo es garantizar la recopilación de datos para la elaboración de instrumentos de investigación, estas técnicas se centran en la construcción de los instrumentos a utilizar que permitan recabar información válida y confiable con base a cómo definen su realidad. (Hernandez y Mendoza, 2008).

3.4.1 Instrumentos de investigación.

Los instrumentos de investigación son los recursos que el investigador puede utilizar para abordar problemas y fenómenos para extraer información de ellos: formularios en papel, dispositivos mecánicos y electrónicos que se utilizan para recoger datos o información sobre un problema o fenómeno determinado.

Los instrumentos de investigación que se utilizaron fueron: análisis documental, entrevistas semiestructuradas y observación participante.

3.4.1.1 Análisis documental

En esta investigación el análisis documental fue una herramienta que permitió examinar investigaciones previas que consideraron la importancia de la COVID-19, abordando distintas problemáticas que se presentaron a partir de su surgimiento, su desarrollo y hasta la actualidad los estragos que aún sigue ocasionando.

El análisis documental es una herramienta que permite al investigador acercarse a los acontecimientos históricos, espaciales o temporales referente a un estudio en particular. Este acercamiento ayuda a entender o familiarizarse con la problemática presente para identificar posibles escenarios o estrategias que le permitan entender de manera contextual el tema a estudiar.

La investigación documental como parte del análisis de documentos también juega una importante labor ya que ésta se define como: “Detectar, obtener y consultar la biografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio” (Hernández & Mendoza, 2008).

Es así como la investigación documental debe ser consultada de manera confiable y debe estar enfocada exclusivamente al objeto de estudio para la obtención de esta información y el análisis de documentos pueden ser:

“... no personales (libros de actas...) y personales (material de trabajo, diarios, autobiografía, historia de vida...) Por su importancia en los estudios de la enseñanza se hace referencia a los Diarios, son registros longitudinales retrospectivos de la propia conducta, experiencia y conceptos personales; establecen una secuencia de los hechos, desde los hechos y su contexto. Requiere que quien escribe el diario comprenda el tema de interés y el marco de referencia del estudio para registrar la información adecuada; lo que registra depende de sus recuerdos y percepciones, al escribir hace una estructuración deliberada del significado. No hay categorías prefijadas, se extraen del texto (en registro escrito u oral) patrones de conducta o situaciones creando unidades inferidas a partir del registro narrativo” (Quecedo & Castaño, 2002).

El análisis documental fue parte importante en esta investigación ya que a través de esta herramienta se pudo analizar cuál es el momento en donde existió una mayor cantidad de decesos por COVID-19 y con base a esto trabajar con ese momento histórico.

3.4.1.2 Entrevista semiestructurada

La entrevista es un instrumento de investigación de gran utilidad para la metodología cualitativa ya que sirve para recabar datos e información de una conversación que se propone un fin determinado diferente al simple hecho de conversar. La entrevista por lo tanto es definida como la conversación que tienen dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto.

Por lo tanto, la entrevista es “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Díaz et al., 2013).

Es importante aclarar que distintos autores clasifican de manera diferente los tipos de entrevista que existen, cada una de estas entrevistas determinan ciertas características específicas; sin embargo, a continuación, se aborda con más detalle la entrevista semiestructurada, que se aplicó en la presente investigación.

La entrevista semiestructurada recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas. El entrevistador dispone de un guion que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. Las preguntas del guion se han preparado por parte del entrevistador desde su experiencia personal tras haber realizado una revisión de la literatura. Estas preguntas deben ser abiertas y su número ha de ser mínimo para propiciar el flujo de la charla. Además, cuando ya se ha iniciado la entrevista, la conversación se puede plantear como se desee dentro de un mismo tema.

Esta entrevista semiestructurada fue la que se desarrolló en este trabajo ya que esta herramienta contribuyó a poder responder las preguntas de investigación y a alcanzar los objetivos tanto específicos como particulares.

3.4.1.3 Observación participante

Es un instrumento que constantemente es utilizado por el ser humano debido al continuo desarrollo de sus sentidos, la información que capta la vista, la escucha a través del oído, el tacto por medio de sensaciones e incluso el olfato que permiten el aprendizaje y la percepción desde sus sentidos. La observación es un método usado por investigadores para describir fenómenos o acciones a través de experiencias, es una técnica de recolección de datos mediante los sentidos, la orientación y la dinámica del ambiente.

Taylor y Bogdan en 1984 definen la observación participante como: *“la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes”* (Díaz, 2022).

Esta interrelación recoge datos de modo sistemático y no invasivo. Implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución.

Por otra parte, Sampieri reconoce que la observación participante “...es un método de recolección de datos que consiste en el registro sistemático, válido, confiable de comportamientos y situaciones observables” (Hernández y Mendoza, 2008).

Los métodos de observación son útiles a los investigadores en una variedad de formas. Proporcionan a los investigadores métodos para revisar expresiones no verbales de sentimientos, determinan quién interactúa con quién, permiten comprender cómo los participantes se comunican entre ellos, y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades

Se utilizó esta herramienta metodológica al realizar las entrevistas semiestructuradas a las familias que accedieron a colaborar con esta investigación.

3.5 Población, muestra y sujeto

Cuando se habla de Población esta se refiere al universo, conjunto o totalidad de elementos sobre los que se investiga o hacen estudios. Los elementos de una población lo conforman cada uno de los individuos asociados, debido a que comparten alguna característica en común, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos, sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.:(Gómez et al., 2016).

La licenciada en comunicación social Zara Lugo clasifica a la población como:

- Población finita: es aquella que se puede contar y se pueden estudiar con mayor facilidad a sus integrantes. Por ejemplo, la cantidad de personas inscritas en un gimnasio.
- Población infinita: son inmensas poblaciones donde se hace muy difícil contabilizar a sus integrantes, por lo que suele tomarse en cuenta solo una porción de ella a la hora de realizar un estudio, seleccionando así una muestra. Por ejemplo, la cantidad de granos de arena en una playa.
- Población real: son grupos de integrantes tangibles. Por ejemplo, la cantidad de animales en un zoológico.
- Población hipotética: son poblaciones posibles que pueden ser estudiadas ante una eventualidad. Por ejemplo, la cantidad de nacimientos de bebés prematuros (Lugo, 2014).

Para el profesor de la Universidad de Culiacán, Pedro Luis López, la muestra es entendida como un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación (López,2004). Esto también se puede entender como una parte representativa de la población.

Aunque la muestra se puede categorizar en dos tipos: la muestra no probabilística y la muestra probabilística.

La Muestra no probabilística requiere una representatividad de elementos sino una cuidadosa elección de sujetos con características específicas expuestas en el planteamiento del problema.

Por otra parte, en la muestra probabilística los sujetos tienen la misma posibilidad de ser escogidos. Una vez definido el tamaño de la muestra se hace selección aleatoria y/o mecánica de las unidades de análisis. Para tomar una muestra probabilística se necesita determinar el tamaño de la muestra y seleccionar los elementos muestrales en un marco adecuado y con un procedimiento que permita la aleatoriedad (Camacho, 2008).

Para esta investigación se abordará una muestra no probabilística, ya que se seleccionó cuidadosamente a los sujetos a ser entrevistados, tomando en cuenta que hayan perdido a uno o más miembros de su familia durante la segunda ola de COVID-19 y que radiquen en Ciudad de México o su área conurbada.

Finalmente, los sujetos de estudio se abordan como aquellas personas o grupos de personas cuyas características, opiniones, experiencias, condiciones de vida, entre otros rasgos y atributos cobran interés particular para investigaciones con enfoque cuantitativo o cualitativo. (Mata, 2021)

Los aspectos y características de interés de cada individuo variarán dependiendo del enfoque de la investigación así como el planteamiento del problema y lo que se quiere saber de los sujetos de investigación.

Los sujetos de estudio para esta investigación se situaron en familias que perdieron a uno o más de sus miembros a causa de la pandemia durante la segunda ola, se desarrollaron dos entrevistas, dirigidas a dos familias de la Alcaldía Magdalena Contreras. Para abordar sus diferentes experiencias vividas durante la Pandemia COVID-19 en la segunda ola.

3.6 Procedimiento de entrevistas

La realización de las entrevistas fue complicada debido a que los entrevistados radican en Ciudad de México y el entrevistador se encuentra viviendo en el Estado de Quintana Roo, realizar las entrevistas de manera presencial significa un gasto demasiado elevado, por tal motivo se decidió realizar las entrevistas de manera virtual a través de la aplicación de WhatsApp.

Como técnicas de investigación se utilizó la entrevista semiestructurada para recopilar datos cualitativos, de esta manera el acercamiento fue positivo y flexible para realizar las entrevistas. Aunado a esta situación se les hizo llegar una carta de consentimiento informado, en este documento se abordaba de manera general y detalladamente los pormenores de la entrevista, adjuntando en la última hoja las firmas correspondientes al aceptar ser entrevistados.

Posteriormente la realización de estas fue en diferentes fechas y momentos del día por la herramienta de WhatsApp que me permitió grabarlos con su consentimiento y adentrarme con algunas observaciones a distancia.

La entrevista al integrante Jahir Monroy Mejia se realizó el domingo 12 de enero del 2025, la entrevista inició a las 14:06 y concluyó a las 15:18hrs. La entrevista se llevó de una manera amena y relajada, aunque al tocar temas sensibles como el deceso de su madre el entrevistado se observó angustiado y triste al narrar cómo vivió el deceso de su abuela y progenitora.

La entrevista al señor Pedro García Gonzales se llevó a cabo el martes 28 de enero del 2025, la entrevista inició a las 20:15 y concluyó a las 21:18hrs, fue un poco extensa debido a que se mostraba con afectación de la pérdida de sus familiares, sin embargo, la entrevista se llevó de una manera agradable, emotiva y relajada.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo tiene como objetivo realizar un análisis comparativo de la atención médica recibida durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19 en México, contrastando la información obtenida a través de entrevistas con los datos oficiales disponibles. Se busca identificar las diferencias y similitudes entre la percepción de los entrevistados y los reportes gubernamentales, destacando aspectos clave como la saturación hospitalaria, la calidad de la atención médica, la influencia de los determinantes sociales de la Salud y el impacto de la desinformación en la pandemia.

La importancia de este análisis radica en proporcionar una visión integral que permita comprender cómo se vivió la crisis sanitaria desde la perspectiva de los pacientes y sus familias, y si la respuesta del Sistema de Salud cumplió con las expectativas y necesidades de la población. Además, permitirá evidenciar posibles inconsistencias entre los datos oficiales y la realidad experimentada en hospitales públicos, privados y los CAT-COVID-19.

4.1 Atención médica durante la pandemia

Durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19 en México, el Sistema de Salud enfrentó un incremento crítico en la demanda de atención médica. Este apartado analiza la atención hospitalaria recibida por los pacientes durante este periodo, comparando la experiencia de las familias entrevistadas con los datos oficiales sobre la capacidad hospitalaria de los CAT-COVID-19 y la respuesta del Sistema de Salud público y privado.

4.1.1 Comparación de la atención en hospitales públicos, privados y CAT-COVID-19

De acuerdo con los datos de INEGI, los hospitales públicos registraron una tasa de letalidad del 18.6% en el IMSS y del 16.6% en el ISSSTE, mientras que en hospitales privados fue considerablemente menor, con un 4.4% (Badillo, 2020). Esto indica una disparidad en la calidad de la atención según el tipo de hospital en el que fueron atendidos los pacientes.

Los entrevistados reportaron dificultades significativas para acceder a un hospital público. En ambos casos, las familias tuvieron que recorrer múltiples hospitales antes de encontrar una cama disponible para sus pacientes. Esto coincide con el testimonio recogido por BBC News, donde se documentó que en algunos casos los pacientes visitaron más de 50 hospitales sin éxito debido a la saturación (González, 2021). Sin embargo, las autoridades aseguraban que la ocupación hospitalaria máxima registrada fue del 90% y que siempre hubo disponibilidad de camas (Vera, 2020).

Los CAT-COVID-19 fueron creados como una alternativa para aliviar la carga hospitalaria. Durante la pandemia, en la Ciudad de México se instalaron 1,342 camas en estos centros (Valdez, 2020). Sin embargo, aún con esta medida, la ciudad presentó un déficit de 6,847 camas hospitalarias, según la recomendación de la OMS de 2.5 camas por cada 1,000 habitantes (INEGI, 2020).

Figura 4. Comparación entre camas recomendadas, reales y faltantes en CDMX



Nota: Elaboración propia.

Además de la insuficiencia de camas, el número de personal médico y paramédico en las instituciones de Salud pública no fue suficiente para atender la demanda creciente de pacientes. Según datos de INEGI, al 31 de diciembre de 2020, el sector público de Salud contaba con un total de 118,785 trabajadores de Salud, de los cuales 30,116 eran médicos y 51,592 eran personal paramédico. En el IMSS, el mayor proveedor de atención hospitalaria había 15,161 médicos y 30,291 paramédicos, lo que resultó insuficiente ante la crisis hospitalaria (INEGI, 2020).

4.1.2. Impacto de la saturación hospitalaria en la atención de los pacientes

La falta de camas disponibles fue un factor determinante en la calidad de la atención médica. Tanto en los testimonios de los entrevistados como en los reportes periodísticos, se destaca que las ambulancias debían trasladar a pacientes a múltiples hospitales antes de ser admitidos. En algunos casos, los pacientes debieron recibir atención en casa con tanques de oxígeno debido a la imposibilidad

de ser hospitalizados (González, 2021). Esto se contrapone con las declaraciones oficiales, que indicaban que había disponibilidad de atención en los hospitales públicos.

Un aspecto que agravó esta crisis fue el estrés del personal médico. Según datos de la facultad de medicina de la UNAM, el personal médico en contacto directo con pacientes en el IMSS era de 14,240 médicos, mientras que en el ISSSTE se reportaron solo 5,774 médicos en esta categoría. En comparación con la cantidad de pacientes hospitalizados, la cantidad de médicos resultó insuficiente, generando largas jornadas laborales y una sobrecarga de trabajo que afectó la calidad de la atención (INEGI, 2020). Según el director del IMSS, Zoé Robledo, el personal de salud trabajó más de 1,300 horas en promedio durante la pandemia, lo que generó niveles elevados de agotamiento y afectó la calidad de la atención (Vera, 2020).

El análisis de la atención hospitalaria durante la segunda ola de COVID-19 muestra discrepancias entre los datos oficiales y las experiencias de los pacientes. Mientras que el gobierno aseguró que no hubo una saturación total del sistema de Salud, los testimonios de los entrevistados y diversos reportes indican que la realidad fue distinta, con hospitales desbordados y pacientes que no lograban acceso oportuno a la atención. Los datos oficiales sobre recursos humanos refuerzan esta brecha, ya que la cantidad de médicos y personal de enfermería en el sector público no fue suficiente para atender la demanda de hospitalización, lo que impactó negativamente en la calidad de la atención médica.

Además, la calidad de la atención fue desigual según el tipo de hospital, con tasas de letalidad más bajas en hospitales privados. A continuación, se abordará el impacto de los determinantes sociales de la Salud y la enfermedad en la atención recibida por los pacientes, analizando la relación entre el nivel socioeconómico y la calidad de la atención recibida.

4.2. Influencia de los determinantes sociales de la Salud y la enfermedad

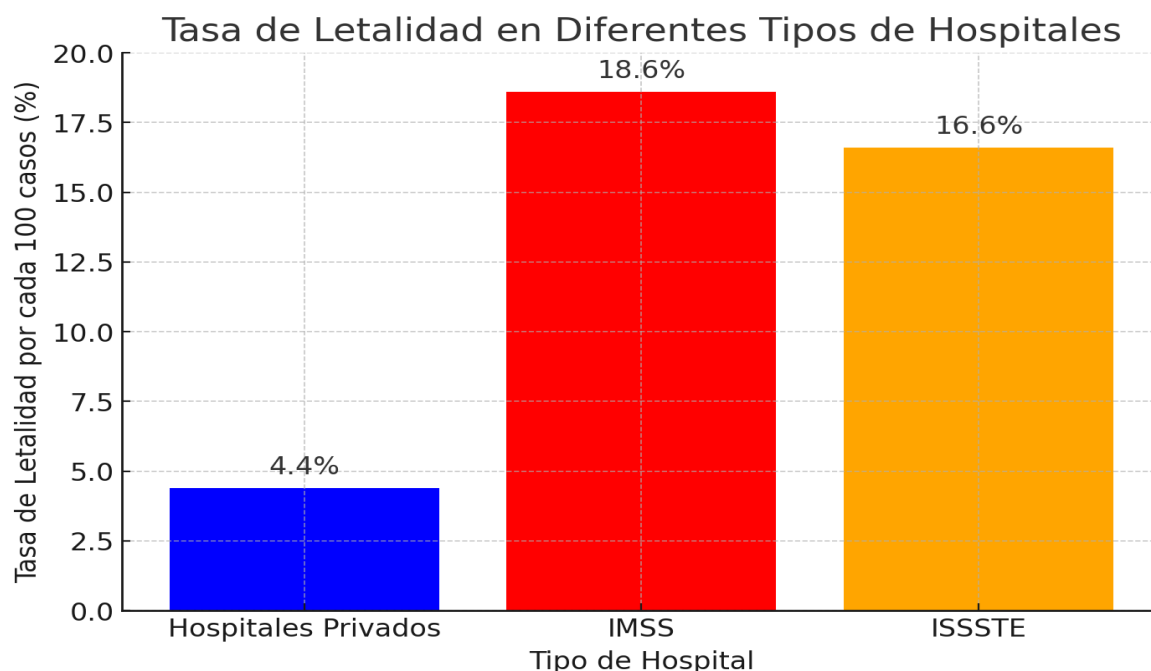
Los determinantes sociales de la Salud jugaron un papel clave en la diferencia de acceso y calidad de atención que recibieron los pacientes durante la pandemia de COVID-19. El nivel socioeconómico, el acceso a servicios de Salud y la presencia de comorbilidades fueron factores determinantes en la mortalidad de los pacientes afectados por el virus.

4.2.1. Comparación de la atención recibida según el nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico fue un factor determinante en la calidad de atención recibida por los pacientes durante la segunda ola de la pandemia. Un estudio realizado por Arceo Gómez, Campos Vázquez, Esquivel, Alcaraz, Martínez y López encontró que las personas con el 10% de ingresos más bajos tenían una probabilidad de morir cinco veces mayor que aquellas con los ingresos más altos (Castillo, 2023).

Los testimonios de los entrevistados reflejan esta disparidad. Ambos relataron dificultades económicas que limitaron su acceso a hospitales privados, donde la calidad de la atención fue significativamente superior a la del sistema público. Mientras que en hospitales privados se observó una menor tasa de letalidad (4.4%), en el IMSS e ISSSTE las tasas alcanzaron el 18.6% y 16.6% respectivamente (Badillo, 2020). Esta diferencia sugiere que la falta de recursos influyó directamente en la supervivencia de los pacientes.

Figura 5. Tasa de Letalidad en Diferentes Tipos de Hospitales



Nota: Elaboración propia.

4.2.2. Comorbilidades como factor de riesgo: lo dicho por los entrevistados vs. estadísticas oficiales

Las enfermedades preexistentes fueron un factor determinante en la severidad del COVID-19. Los entrevistados mencionaron que sus familiares padecían afecciones como diabetes e hipertensión, lo que complicó su recuperación y redujo sus probabilidades de supervivencia.

Según el colegio mexicano de medicina crítica, las personas con comorbilidades tenían un 40% más de probabilidad de requerir hospitalización y un 60% más de probabilidades de fallecer (Domingo, 2022). En los testimonios, se identificó que los hospitales públicos no siempre contaban con los recursos necesarios para tratar a pacientes con múltiples afecciones, lo que agravó su condición.

En contraste, los hospitales privados ofrecieron un manejo más integral de estas condiciones, permitiendo que los pacientes recibieron tratamientos complementarios y monitoreo constante, lo que redujo las complicaciones y la letalidad en estos entornos.

Además, los datos muestran que la escasez de personal especializado en hospitales públicos pudo haber afectado la calidad del manejo de comorbilidades. En el IMSS, solo había 9,608 médicos especialistas, mientras que en el ISSSTE la cifra era de 3,311. Esto contrasta con la cantidad de médicos generales (116 en el IMSS y 927 en el ISSSTE), evidenciando la falta de especialistas en el sector público, lo que pudo haber impactado en la capacidad de atención a pacientes con condiciones preexistentes (INEGI, 2020).

4.2.3. Relación entre acceso a la Salud y letalidad en hospitales públicos vs. privados

El acceso desigual a la Salud se tradujo en una diferencia considerable en la letalidad hospitalaria. Según Rojo del Moral (2022), la mortalidad hospitalaria total en México fue del 44%, pero con diferencias marcadas entre hospitales públicos y privados. En los hospitales públicos, la mortalidad alcanzó el 49%, mientras que en hospitales privados fue del 19.3%. Esto refleja la sobrecarga del sistema público y la falta de insumos adecuados. La escasez de camas, ventiladores y personal médico capacitado afectó directamente la calidad de la atención y, en consecuencia, la tasa de supervivencia.

Por el contrario, los hospitales privados contaban con mayor infraestructura, acceso a insumos médicos y personal menos saturado, lo que mejoró la atención a los pacientes. Los testimonios de los entrevistados revelaron que algunos intentaron acceder a hospitales privados, pero los costos elevados les impidieron hacerlo, lo que los obligó a buscar opciones en el sistema público, enfrentando tiempos de espera prolongados y atención deficiente.

Otro factor clave fue la diferencia en la cantidad de personal de enfermería en hospitales públicos y privados. Según el boletín N°4601 de la Cámara de Diputados, “por cada 2 mil habitantes en el país, existen 3 doctores y sólo una asistente por médico, cuando, de acuerdo con recomendaciones de la OMS, debemos tener entre 2 y 3 médicos por cada mil habitantes y 3 enfermeras o enfermeros por doctor” (Cámara de Diputados, 2014). Esta diferencia en la proporción de enfermeros por paciente pudo haber influido en la capacidad de respuesta ante la emergencia sanitaria en el sector público, generando tiempos de espera más prolongados y una atención menos efectiva y con mayor carga de trabajo para el personal de Salud de los hospitales públicos.

Estos hallazgos reflejan que, aunque la saturación del sistema de Salud público fue un factor clave en la letalidad hospitalaria, la presencia de comorbilidades y la edad avanzada también jugaron un papel determinante en el pronóstico de los pacientes hospitalizados. Por lo tanto, la combinación de estos factores junto con el acceso desigual a los servicios de Salud explica las diferencias en la letalidad entre hospitales públicos y privados.

A continuación, se analizará el impacto de la desinformación en la respuesta sanitaria y la percepción de la enfermedad.

4.3. Desinformación y su impacto en la pandemia

La desinformación durante la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la forma en que las personas percibieron y respondieron a la crisis sanitaria global. La rápida propagación de información errónea, a menudo a través de redes sociales y otros canales digitales, creó confusión y desconfianza en las medidas de Salud pública. Algunos ejemplos incluyen rumores sobre el origen del virus, la efectividad de las vacunas, tratamientos no comprobados y teorías conspirativas.

Este fenómeno afectó la capacidad de los gobiernos y organizaciones sanitarias para comunicar correctamente las pautas de prevención y tratamiento, lo que llevó

a que muchas personas rechazaran o minimizaran las recomendaciones científicas, como el uso de mascarillas o la vacunación.

4.3.1 Análisis del papel de la infodemia en la percepción del COVID-19 y sus tratamientos

La infodemia tuvo un papel crucial en la manera en que la población percibió el COVID-19 y sus tratamientos. Durante la segunda ola de la pandemia, se observaron múltiples discursos contradictorios que afectaron la toma de decisiones de los ciudadanos respecto a la atención, así como a la enfermedad.

En las entrevistas, los participantes mencionaron que la confusión provocada por las noticias falsas y la desinformación generó un clima de incertidumbre y desconfianza hacia las instituciones de Salud. Uno de ellos expresó incluso su arrepentimiento por haber llevado a su madre a un nosocomio, pues considera que, de no haberlo hecho, probablemente ella aún seguiría con vida. Otro ejemplo de la influencia de la desinformación se observa en la difusión de tratamientos falsos, como la ivermectina y el dióxido de cloro, los cuales carecían de respaldo científico para el tratamiento del COVID-19, pero fueron adoptados por algunos sectores de la población debido a su promoción en redes sociales (Fernández, 2022).

4.3.2. Comparación entre información oficial y medios de comunicación vs. lo relatado en las entrevistas

Mientras que los organismos oficiales promovían medidas como el uso de cubrebocas y la vacunación, figuras públicas y algunos medios de comunicación minimizaban la gravedad de la pandemia o promovían tratamientos sin evidencia científica. Esto creó una crisis de confianza en las autoridades sanitarias ya que algunos gobernantes subestimaron al COVID y tuvieron comentarios erráticos en el manejo de la pandemia, el jueves 23 de abril del 2021 Donald Trump sugirió inyecciones de desinfectante para combatir la pandemia (Guimón, 2020). Por otro lado, el presidente de México Andrés Manuel López Obrador fue muy escéptico en

cuanto al tema de la pandemia, en su conferencia mañanera del 28 de enero del 2020 mencionó;

“Nuestro país, afortunadamente, de los países más preparados y con menos riesgos por la afectación de este virus, para que estemos tranquilos, desde luego atentos, pero tranquilos”.

Esa afirmación fue incorrecta ya que México fue el quinto país con más decesos a causa del COVID-19 en el mundo, superado solo por países como EUA, Brasil, India y Rusia (Darner, 2023).

El 18 de marzo del 2020 durante su conferencia mañanera el presidente Andrés Manuel López Obrador (AMLO) comentó que la mejor manera de evitar el contagio de COVID-19 es con unas estampas que llamó *“El escudo protector, el detente, el no permitir la corrupción, detente enemigo que el corazón de Jesús está conmigo”* (BBC New Mundo, 2021). Estos comentarios erráticos que mandaba el presidente, así como su actuar al no portar cubrebocas transmitía una imagen relajada y confiada como si el virus no existiera.

Los testimonios de los entrevistados reflejan el mismo pensar que el de AMLO ya que las dos personas entrevistadas mencionaron que al iniciar la pandemia pensaban que el virus no existía, que era un método de control, por lo tanto, no era necesario utilizar cubrebocas.

4.3.3. Impacto de la desinformación en la ocupación hospitalaria y en el acceso a insumos médicos

La propagación de información errónea también tuvo consecuencias directas en la disponibilidad de recursos médicos. Por ejemplo, la falsa creencia de que los hospitales estaban “matando pacientes” llevó a que muchas personas evitaran acudir a ellos, incrementando la mortalidad en el hogar. Asimismo, se comenzaron a registrar agresiones a personal médico debido al miedo al contagio y a la idea de que el personal médico estaba matando pacientes dentro de los hospitales. (González, 2020).

En las entrevistas se identificó que ambos participantes manifestaron un temor intenso a que sus familiares fueran llevados a los hospitales. La esposa del señor Pedro García Gonzales expresó en varias ocasiones: *“Por favor, no me lleven al hospital”*. Este miedo se originó por información que llegó a recibir a través de las redes sociales, donde se difundía que bajo ninguna circunstancia debían llevar a sus familiares a los hospitales, alegando que allí podrían morir. En el caso particular de la esposa del señor García, fue necesario trasladarla al hospital mediante engaños, debido al deterioro progresivo de su Salud.

A continuación, se presentará un análisis comparativo de las entrevistas realizadas, destacando similitudes y diferencias en la experiencia de los entrevistados en relación con los datos oficiales.

4.4 Análisis comparativo entre las entrevistas

El análisis de las entrevistas realizadas a dos personas afectadas por la pandemia de COVID-19 permite identificar similitudes y diferencias en sus experiencias, así como contrastarlas con los datos oficiales. Este apartado presenta un análisis detallado de las vivencias reportadas, destacando los factores comunes, los elementos diferenciadores y la relación con la información oficial disponible.

4.4.1. Similitudes y diferencias en las experiencias de los entrevistados

A continuación, se enlistarán las similitudes sobre la atención médica de las personas entrevistadas.

Similitudes en la percepción de la atención médica:	
1. Deficiencia en el seguimiento post-hospitalización:	Ambos entrevistados mencionaron que no recibieron seguimiento por parte de los centros de Salud después del fallecimiento de sus familiares.
2. Falta de apoyo emocional:	Ninguno de los dos recibió psicológica o acompañamiento tras la pérdida de sus seres queridos.
3. Dificultad para acceder a servicios de Salud:	En ambos casos, hubo problemas para recibir atención médica adecuada. Pedro tuvo que contratar una ambulancia y buscar hospitales disponibles, mientras que la familia de Jahir se enfrentó a limitaciones de recursos en los hospitales públicos.
4. Escasez de medicamentos y médico personal:	En los dos relatos se menciona que el sistema de Salud estaba rebasado, con falta de medicamentos y atención adecuada.
5. Desconfianza en el sistema de Salud:	Ambos expresan escepticismo sobre la calidad de la atención hospitalaria. Jahir menciona que familiares y conocidos le dijeron que hubiera sido mejor atender a su madre en casa, mientras que Pedro relata que su esposa no quería ser hospitalizada por miedo.

Ambas historias reflejan las dificultades que enfrentaron las familias para acceder a servicios de Salud eficientes durante la pandemia. La saturación de los hospitales, la falta de recursos médicos y el caso de seguimiento a los pacientes fueron problemas comunes.

Las siguientes diferencias ayudan a entender cómo era la condición socioeconómica de las personas entrevistadas.

Diferencias en las experiencias de la atención médica:	
1. Condición socioeconómica:	• Pedro tenía una situación económica relativamente más estable, con acceso a pensiones y una vivienda con varios niveles donde habitaban sus familiares. • Jahir menciona que su familia tenía que salir a trabajar, lo que aumentó su exposición al virus.
2. Acceso a tratamientos y recursos:	• Pedro pudo costear una ambulancia privada y comprar oxígeno. • Jahir y su familia dependían de la disponibilidad limitada de hospitales y de tanques de oxígeno prestados.
3. Reacción ante el virus:	• Pedro y su familia tomaron medidas preventivas desde el principio (uso de cubrebocas, sanitización). • Jahir admite que al inicio no tomaron el virus en serio, ya que lo veían como un problema lejano.
4. Impacto emocional y psicológico:	• Pedro enfatiza la carga emocional que su esposa experimentó tras la muerte de su madre, lo que contribuyó a su deterioro. • Jahir menciona un sentimiento de impotencia y frustración al ver que su madre no recibió la atención adecuada.

La condición socioeconómica jugó un papel clave en la manera en que cada familia afrontó la crisis, lo que resalta la desigualdad en el acceso a la atención médica en

situaciones de emergencia. La familia Monroy Mejía tuvo que trabajar todo el tiempo que duró la pandemia, como menciona Jahir ellos no se permitieron resguardarse ya que vivían al día y si no trabajaban no conseguían recursos económicos. Por otro lado, la familia García González era pensionado y mes con mes recibían cierta cantidad económica que ayudaba a que esta familia no tuviera la necesidad de salir a trabajar todos los días.

Ambas familias están de acuerdo en que la atención que recibieron sus pacientes no fue adecuada debido a la saturación de los hospitales, además mencionaron que no entendían cómo es que sus familiares fallecieron, si días anteriores reportaban que se encontraban con mejoría y de un día para otro ambos recibieron la noticia del fallecimiento de sus familiares.

Otra similitud de las personas entrevistadas fue que ambos tuvieron que realizar un gasto en cuanto a los medicamentos así como en los tanques de oxígeno, el señor Jahir mencionó que el tiempo de duración de los tanques de oxígeno variaba según el flujo de oxígeno suministrado, indicó que el costo del oxígeno era de aproximadamente \$400 a \$500 pesos por tanque y este duraba en promedio tres días, lo que sería igual a un gasto de bolsillo de \$5000 al mes únicamente por el llenado de los tanques de oxígeno.

Un punto más en el que ambas familias están de acuerdo fue en la falta de seguimientos Post-COVID, ya que consideran que se debió brindar atención tanatológica, psicológica y algún tipo de rehabilitación para las secuelas que llegaron a presentar por la enfermedad ya que mencionaron que sufrían de:

- *Fatiga*
- *Ansiedad*
- *Disminución del olfato*
- *Dificultad para respirar*
- *Disminución del gusto*

Ambas historias reflejan las dificultades que enfrentaron las familias para acceder a servicios de Salud eficientes durante la pandemia. La saturación de los hospitales,

la falta de recursos médicos y el caso de seguimiento a los pacientes fueron problemas comunes. Sin embargo, la condición socioeconómica jugó un papel clave en la manera en que cada familia afrontó la crisis, lo que resalta la desigualdad en el acceso a la atención médica en situaciones de emergencia.

4.4.2. Conclusiones del análisis comparativo

El análisis de las entrevistas muestra que, si bien hubo experiencias comunes entre los entrevistados, las diferencias en su acceso a atención médica resaltan la inequidad del sistema de Salud. Mientras que aquellos con recursos económicos pudieron acceder a mejores servicios, quienes dependieron exclusivamente del sector público enfrentaron mayores riesgos y dificultades.

El contraste entre los testimonios y los datos oficiales revela que la percepción de la población sobre la crisis hospitalaria fue más grave de lo reportado por las autoridades. Esto refuerza la necesidad de mejorar la infraestructura hospitalaria y garantizar una distribución equitativa de recursos en futuras emergencias sanitarias.

A continuación, se presentan las conclusiones generales del capítulo, integrando los hallazgos clave del análisis.

4.5 Conclusiones y hallazgos clave

El análisis comparativo entre los testimonios de los entrevistados y los datos oficiales revela discrepancias significativas en la manera en que se experimentó la crisis hospitalaria. Mientras que las fuentes oficiales informaban que la ocupación hospitalaria no superó el 90%, los testimonios relatan múltiples rechazos en hospitales saturados, lo que sugiere que la crisis fue subestimada en los reportes gubernamentales (Vera, 2020).

Los entrevistados también reportaron que el acceso a insumos médicos esenciales como oxígeno y medicamentos fue difícil y costoso, lo que llevó a muchas familias a depender de fuentes informales. Esta situación contrasta con las declaraciones

oficiales que aseguraban un suministro adecuado de insumos médicos (Moreno, 2020).

Además, los datos oficiales sobre recursos humanos en el sector Salud evidencian que la falta de personal especializado también fue un factor clave en la crisis hospitalaria. Al cierre de 2020, el sector público de Salud contaba con 30,116 médicos y 51,592 paramédicos, de los cuales el IMSS concentraba el mayor número con 15,161 médicos y 30,291 paramédicos. A pesar de estas cifras, la alta demanda hospitalaria durante la segunda ola de la pandemia sobrepasó la capacidad de respuesta de estos profesionales, contribuyendo a la saturación del sistema de Salud (INEGI, 2020; INEGI, 2021).

4.6. Respuesta a las preguntas de investigación de manera integrada

1. ¿La atención que recibieron las familias entrevistadas por parte de los CAT-COVID-19 durante la segunda ola de la pandemia fue igual que la brindada en los hospitales COVID y en los hospitales privados?

El análisis comparativo indica que la atención recibida en los CAT-COVID-19 fue inferior a la de los hospitales privados y similar a la de los hospitales públicos. Mientras que en los hospitales privados se ofrecieron tratamientos más personalizados y con menor tasa de letalidad (4.4%), los hospitales públicos y los CAT-COVID-19 presentaron recursos limitados y una mayor saturación, lo que generó dificultades en el acceso oportuno a la atención médica (Badillo, 2020).

2. ¿La cuestión económica tiene relevancia en la atención, prevención y rehabilitación que tuvieron las familias entrevistadas en los CAT-COVID-19?

Sí. Los entrevistados señalaron que el nivel socioeconómico influyó directamente en el tipo de atención recibida. Aquellos con recursos económicos pudieron acceder a hospitales privados con mejor infraestructura y atención más rápida, mientras que quienes dependían del sistema público enfrentaron largas esperas y menor disponibilidad de recursos esenciales como ventiladores y medicamentos.

3. ¿Cuál fue el papel que jugó la infodemia en la segunda ola de contagios por COVID-19?

La desinformación afectó la percepción de riesgo y la toma de decisiones de los pacientes. Muchos evitaron acudir a hospitales debido a noticias falsas sobre supuestos tratamientos peligrosos o la negación de la gravedad del virus. Esto provocó un incremento en la automedicación y la demora en la búsqueda de atención médica, lo que incrementó la mortalidad.

4. ¿Existieron factores de riesgo que favorecieron el deceso de los miembros de las familias entrevistada?

Sí. Ambos entrevistados mencionaron que sus familiares padecían comorbilidades como diabetes e hipertensión, lo que incrementó significativamente el riesgo de muerte. Los datos oficiales refuerzan esta afirmación, indicando que los pacientes con enfermedades preexistentes tenían un 40% más de probabilidad de requerir hospitalización y un 60% más de probabilidad de fallecer (Calderón, 2021).

5. ¿Cómo experimentaron las familias la atención de los servicios de Salud durante su contagio por COVID-19?

Las familias entrevistadas describieron la atención como deficiente y tardía en hospitales públicos. La saturación hospitalaria y la falta de camas disponibles obligaron a muchos pacientes a esperar días para recibir atención médica, lo que afectó su recuperación o aceleró su deceso (Vera, 2020).

6. ¿Cómo fue el proceso de atención a la Salud de las familias entrevistadas durante la segunda ola de la pandemia de la COVID-19?

Ambos entrevistados coincidieron en que la búsqueda de hospitalización fue un proceso caótico y desgastante. La falta de coordinación entre hospitales, la falta de insumos y la saturación generaron barreras significativas en el acceso a la atención oportuna.

7. ¿Cuál fue la experiencia de las familias al ingresar a su paciente a los CAT-COVID-19?

Los entrevistados reportaron que, aunque los CAT-COVID-19 fueron una alternativa para la atención médica, no contaban con la misma infraestructura ni capacidad de respuesta que los hospitales especializados. Los pacientes con cuadros graves fueron derivados a hospitales tradicionales, lo que generó demoras en la atención, además mencionaron que no sabían en donde estaban sus familiares ya que no se podía acudir a visita y los informes eran únicamente por teléfono.

4.7. Reflexión sobre el impacto de los determinantes sociales y la desinformación

El impacto de los determinantes sociales de la Salud en la atención médica quedó evidenciado en los testimonios analizados. La brecha entre la atención recibida en hospitales privados y públicos refuerza la importancia de factores como el acceso a recursos financieros, la disponibilidad de transporte para trasladarse a hospitales y el nivel educativo para comprender la información médica disponible.

La desinformación también tuvo un efecto tangible en la respuesta a la pandemia. La proliferación de noticias falsas y el discurso contradictorio de algunas autoridades generó confusión y desconfianza en la población. La falta de un mensaje unificado y basado en evidencia científica permitió que la infodemia afectara la manera en que los ciudadanos enfrentaron la pandemia, exacerbando la crisis sanitaria.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

La presente investigación abordó el impacto de la pandemia de COVID-19 en el sistema de Salud de México, con especial énfasis en la atención hospitalaria durante la segunda ola de contagios. A través de un enfoque que considera los determinantes sociales de la Salud, se realizó un análisis comparativo entre las experiencias de los pacientes entrevistados y los datos oficiales, permitiendo identificar brechas en la equidad en la atención médica, el impacto de la desinformación en la toma de decisiones de los pacientes y la respuesta del sistema sanitario ante la crisis.

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, esta investigación evidenció cómo los factores sociales, económicos y políticos determinaron el acceso y la calidad de la atención recibida por los pacientes. La pandemia no solo puso a prueba la capacidad hospitalaria del país, sino que también expuso desigualdades estructurales que afectaron de manera diferenciada a distintos sectores de la población. El nivel socioeconómico, la presencia de comorbilidades y el acceso a información confiable fueron factores determinantes en la evolución y desenlace de la enfermedad en muchos casos.

A lo largo de los capítulos de este estudio, se han examinado diversas aristas de la problemática. En el Capítulo 1, se estableció el marco conceptual, las preguntas de investigación y los objetivos que guiaron este análisis. En el Capítulo 2, se realizó una revisión teórica sobre la pandemia, su impacto en el sistema de Salud y la influencia de la desinformación en la percepción del riesgo. En el Capítulo 3, se describió la metodología utilizada para la recolección y análisis de datos, incluyendo entrevistas semiestructuradas a familiares de pacientes afectados y el contraste con datos oficiales. Finalmente, en el Capítulo 4, se analizaron los resultados obtenidos, destacando las diferencias en la atención hospitalaria según el tipo de institución, el impacto de los determinantes sociales de la Salud y el papel de la infodemia en la toma de decisiones de los pacientes.

A partir de estos hallazgos, este capítulo de conclusiones busca sintetizar los aprendizajes clave de la investigación, reflexionando sobre la respuesta del sistema de Salud durante la pandemia y las áreas en las que se requieren mejoras. Se analizará el papel que debió desempeñar la Promoción de la Salud en la gestión de la crisis sanitaria y se propondrán políticas públicas y estrategias de comunicación para reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica en futuras emergencias sanitarias.

5.1. Desigualdades en la atención médica y el colapso hospitalario

Uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación fue la existencia de desigualdades estructurales en el acceso a la atención médica durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19 en México. Estas desigualdades no fueron producto exclusivo del colapso hospitalario, sino de un problema de fondo que ha caracterizado históricamente al sistema de Salud del país: la fragmentación del acceso a los servicios médicos según el nivel socioeconómico de la población.

5.1.1. Disparidad entre hospitales públicos y privados

El análisis comparativo entre los testimonios de los entrevistados y los datos oficiales reveló diferencias significativas en la calidad de la atención médica según el tipo de institución. Mientras que en los hospitales privados se observó una menor tasa de letalidad (4.4%), en hospitales públicos como el IMSS e ISSSTE la mortalidad alcanzó cifras alarmantes del 18.6% y 16.6% respectivamente (Badillo, 2020).

Los testimonios de los entrevistados confirmaron que, en el sector público, la saturación hospitalaria, la falta de personal especializado y la escasez de insumos médicos afectaron directamente la calidad del tratamiento y las probabilidades de supervivencia de los pacientes. En contraste, en hospitales privados se ofreció un manejo más personalizado, con disponibilidad de ventiladores y acceso a

medicamentos especializados, lo que influyó en la reducción de la mortalidad en estos centros.

5.2. Falta de infraestructura y saturación hospitalaria

Los datos oficiales reportaron que la ocupación hospitalaria durante la segunda ola de la pandemia no superó el 90%. Sin embargo, los testimonios obtenidos en esta investigación evidencian que la saturación real fue mayor, ya que muchas familias recorrieron múltiples hospitales antes de encontrar una cama disponible para sus pacientes.

El análisis reveló que la falta de infraestructura en los hospitales públicos contribuyó a la crisis sanitaria. Según la OMS, una proporción adecuada de camas hospitalarias es de 2.5 camas por cada 1,000 habitantes (INEGI, 2020). Sin embargo, durante la pandemia, México presentó un déficit significativo en la disponibilidad de camas, especialmente en unidades de cuidados intensivos, lo que agravó el manejo de pacientes en estado crítico.

5.3. Impacto de los determinantes Sociales de la Salud

El acceso desigual a los servicios de Salud se vio condicionado por determinantes sociales clave, como el nivel socioeconómico, la condición laboral y la presencia de comorbilidades.

- Las personas con ingresos bajos tuvieron mayores dificultades para acceder a atención oportuna, lo que derivó en un mayor riesgo de complicaciones.
- La falta de seguridad social dejó a una parte importante de la población sin acceso a servicios médicos de calidad, obligándolos a atenderse en hospitales saturados o a buscar alternativas en el sector privado con costos elevados.

- Los pacientes con comorbilidades (diabetes, hipertensión, obesidad) fueron los más afectados, ya que tenían un 40% más de probabilidades de requerir hospitalización y un 60% más de probabilidades de fallecer (INEGI, 2020).

5.4. Brecha en el acceso a insumos médicos y personal de Salud

Otro factor determinante en la desigualdad en la atención médica fue la disponibilidad de insumos médicos y personal de Salud capacitado. Se identificó que, en hospitales públicos, hubo escasez de ventiladores mecánicos, medicamentos y oxígeno, lo que redujo la capacidad de respuesta ante pacientes graves.

Además, la sobrecarga de trabajo en el personal de Salud afectó directamente la calidad del tratamiento. Según datos oficiales, el IMSS contaba con solo 15,161 médicos y 30,291 paramédicos al cierre de 2020, cifras insuficientes para la demanda hospitalaria durante la pandemia (INEGI, 2021). Esta falta de personal generó un mayor tiempo de espera para recibir atención, lo que impactó negativamente en los desenlaces clínicos de los pacientes más vulnerables.

Conclusión parcial

Las desigualdades en la atención médica durante la pandemia de COVID-19 no fueron producto exclusivo de la crisis sanitaria, sino una manifestación de problemas estructurales preexistentes en el sistema de Salud. La fragmentación en el acceso a servicios, la falta de infraestructura hospitalaria, la escasez de personal capacitado y la influencia de los determinantes sociales de la Salud fueron factores determinantes en la calidad de la atención recibida por los pacientes.

Estas diferencias dejaron en evidencia la necesidad de implementar políticas de equidad en la atención médica, garantizando que el acceso a los servicios de Salud no esté condicionado por el nivel socioeconómico o la afiliación a un sistema de seguridad social.

5.5. Impacto de la desinformación y el papel de la Promoción de la Salud en la pandemia

Uno de los aspectos más críticos observados durante la pandemia de COVID-19 fue el papel de la desinformación en la percepción y respuesta de la población ante la crisis sanitaria. La infodemia, definida por la OMS como la sobreabundancia de información –tanto veraz como falsa–, afectó directamente la toma de decisiones de los pacientes, la confianza en el sistema de Salud y la efectividad de las medidas de prevención. En este contexto, la PS pudo haber desempeñado un papel fundamental para mitigar los efectos de la desinformación y mejorar la respuesta comunitaria ante la pandemia.

5.5.1 La infodemia y su impacto en la percepción de la pandemia

Durante la segunda ola de COVID-19, la propagación de información errónea llevó a que muchas personas minimizaran la gravedad del virus o adoptaran prácticas sin sustento científico. Los testimonios de los entrevistados evidenciaron el miedo a acudir a hospitales por temor a ser intubados o recibir un tratamiento “forzado”, una percepción alimentada por teorías de conspiración y desconfianza en el sistema de Salud.

Los entrevistados también mencionaron la falsa creencia de que el dióxido de cloro y la ivermectina eran tratamientos efectivos contra el COVID-19, una narrativa promovida en redes sociales y ciertos medios de comunicación. Estos tratamientos, que carecen de respaldo científico, generaron un retraso en la búsqueda de atención médica, lo que en muchos casos agravó la condición de los pacientes.

En contraste, las estrategias oficiales de comunicación fueron inconsistentes, con mensajes contradictorios de las autoridades sanitarias. Mientras que la OMS y la comunidad científica promovían el uso de cubrebocas y la vacunación, algunas figuras públicas y medios de comunicación minimizaron la pandemia o promovieron medidas sin evidencia científica.

5.5.2. Estrategias de comunicación y sus limitaciones

El análisis de los datos oficiales y los testimonios recopilados en esta investigación sugiere que la estrategia de comunicación del gobierno mexicano presentó graves deficiencias en la transmisión de mensajes claros y basados en evidencia.

- Mensajes contradictorios: Mientras que el subsecretario de Salud Hugo López-Gatell recomendaba el uso de cubrebocas, el presidente Andrés Manuel López Obrador optó por no utilizarlo en eventos públicos, enviando una señal contradictoria a la población.
- Desconfianza en la vacunación: La falta de campañas efectivas para contrarrestar el discurso antivacunas llevó a que sectores de la población dudaran de la efectividad de la inmunización, lo que retrasó la cobertura necesaria para alcanzar inmunidad comunitaria.
- Falta de adaptación cultural: Las campañas de prevención no fueron diseñadas con enfoques interculturales adecuados para comunidades indígenas o grupos vulnerables, lo que limitó su efectividad en ciertos sectores de la población.

Como resultado, se creó una crisis de confianza en las instituciones de Salud, lo que contribuyó a la saturación hospitalaria y al colapso del sistema en algunos momentos clave de la pandemia.

5.6. La Promoción de la Salud como herramienta clave

Desde la perspectiva de la PS, la pandemia representó una oportunidad desaprovechada para fortalecer estrategias comunitarias de prevención y respuesta sanitaria. La Carta de Ottawa de 1986 establece que la PS debe centrarse en cinco pilares clave:

1. Desarrollo de habilidades personales: Educación en Salud basada en evidencia científica.

2. Creación de ambientes saludables: Infraestructura hospitalaria adecuada y accesible.
3. Reorientación de los servicios de Salud: Atención basada en prevención, no solo en tratamiento.
4. Refuerzo de la acción comunitaria: Participación de líderes locales en estrategias de prevención.
5. Elaboración de políticas públicas saludables: Acciones intersectoriales que garanticen el acceso equitativo a la Salud.

Sin embargo, la respuesta gubernamental a la pandemia se centró en estrategias reactivas, dejando de lado estos principios fundamentales. A pesar de la existencia de instituciones encargadas de la PS, su rol fue limitado en la comunicación del riesgo y en la implementación de estrategias comunitarias.

Para mejorar la gestión de futuras pandemias, se recomienda:

- Fortalecer la educación en Salud pública: Implementar campañas permanentes que promuevan el pensamiento crítico sobre la información en redes sociales.
- Involucrar a las comunidades en la comunicación del riesgo: Capacitar a líderes locales para que sean voceros confiables en crisis sanitarias.
- Garantizar transparencia en la comunicación oficial: Establecer protocolos claros que eviten mensajes contradictorios desde el gobierno y las autoridades sanitarias.
- Diseñar estrategias de comunicación culturalmente apropiadas: Adaptar los mensajes de Salud a los diferentes contextos sociales, culturales y lingüísticos del país.

Conclusión parcial

La pandemia de COVID-19 evidenció el impacto negativo de la desinformación en la respuesta sanitaria y la falta de estrategias de PS efectivas para mitigar este problema. La crisis de confianza en el sistema de Salud, alimentada por mensajes contradictorios y la ausencia de una estrategia de comunicación clara, contribuyó a la mortalidad y morbilidad en sectores vulnerables de la población.

Desde la perspectiva de la PS, es fundamental reorientar la comunicación del riesgo y fortalecer la participación comunitaria en la toma de decisiones sanitarias. Implementar estrategias de educación en Salud basadas en evidencia y garantizar una comunicación clara y accesible permitirá mejorar la respuesta ante futuras emergencias sanitarias.

5.7. Políticas públicas y estrategias para reducir la desigualdad en la atención médica

Uno de los desafíos más evidentes que dejó la pandemia de COVID-19 en México fue la desigualdad estructural en el acceso a los servicios de Salud. Esta crisis no solo exacerbó brechas preexistentes, sino que también evidenció la falta de estrategias integrales para garantizar una atención equitativa a la población más vulnerable. En este contexto, la PS se posiciona como una herramienta clave para la formulación de políticas públicas que reduzcan la desigualdad y fortalezcan la resiliencia del sistema de salud ante futuras pandemias.

5.7.1 Evaluación de las políticas públicas implementadas durante la pandemia

Durante la crisis sanitaria, el gobierno mexicano implementó una serie de medidas con el objetivo de contener el virus y atender a la población afectada. Sin embargo, la falta de un enfoque intersectorial y la ausencia de estrategias de equidad en Salud limitaron la efectividad de muchas de estas políticas.

Las políticas adoptadas pueden agruparse en tres grandes enfoques:

- Medidas de contención: confinamientos, restricciones de movilidad y campañas de vacunación.
- Expansión de la capacidad hospitalaria: instalación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID-19) y reconversión hospitalaria.
- Protección social: programas de apoyo económico y distribución de insumos médicos.

Si bien estas estrategias tuvieron un impacto positivo en la mitigación de la crisis, se evidenciaron importantes fallas en su implementación. En particular, la falta de coordinación interinstitucional y el enfoque centralizado de las decisiones redujeron la capacidad de respuesta a nivel local.

5.7.2. Barreras en la equidad del acceso a la Salud

A pesar de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de la Salud, en la práctica este derecho no se materializó de manera equitativa. Según datos de INEGI, el 26% de la población mexicana no tenía acceso a ningún servicio de Salud al inicio de la pandemia, lo que afectó gravemente su capacidad para recibir tratamiento oportuno.

Algunas de las principales barreras identificadas fueron:

- Falta de infraestructura y recursos en hospitales públicos, lo que llevó a una saturación hospitalaria en zonas marginadas.
- Disparidad en la distribución de vacunas y tratamientos, con preferencia a centros urbanos sobre comunidades rurales.
- Ausencia de estrategias de PS para facilitar el acceso equitativo a la información y servicios médicos.

Estas desigualdades estructurales resaltan la necesidad de una reforma profunda en la política de Salud pública, con un enfoque centrado en la equidad y la justicia social.

5.7.3. Propuestas de políticas públicas para fortalecer la equidad en la Salud

Para garantizar un acceso equitativo a los servicios médicos y mejorar la respuesta ante futuras pandemias, es fundamental implementar políticas públicas basadas en un enfoque de PS y determinantes sociales.

Las siguientes acciones podrían contribuir a reducir la desigualdad en la atención médica:

- Universalización del acceso a la Salud: Fortalecer el sistema público mediante una inversión en infraestructura hospitalaria, formación de personal médico y acceso gratuito a tratamientos esenciales.
- Estrategias de comunicación inclusivas: Implementar campañas adaptadas a diferentes contextos socioculturales para reducir la desinformación y mejorar la prevención.
- Promoción de la Salud en el ámbito comunitario: Fomentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en Salud, a través de la educación y el empoderamiento ciudadano.
- Regulación del acceso a insumos médicos: Implementar mecanismos de control para evitar la especulación y garantizar que medicamentos y equipos esenciales lleguen a quienes más los necesitan.

Un ejemplo exitoso de estas estrategias se puede observar en países como Finlandia, donde la implicación sistemática de diversos sectores y niveles de gobierno ha permitido mejorar la equidad en Salud mediante la colaboración intersectorial y la participación comunitaria.

5.7.4. La Promoción de la Salud como eje transversal de las políticas públicas

Desde la perspectiva de la PS, las políticas públicas deben trascender el enfoque curativo y centrarse en la prevención y en la reducción de las desigualdades. La Carta de Ottawa establece que la Salud no es solo un derecho, sino un eje fundamental para el desarrollo social y económico de los países.

Para lograr una transformación en la política de Salud pública en México, se requiere:

- Integración de la PS en todas las políticas gubernamentales, priorizando la equidad y el acceso universal.
- Fortalecimiento de la educación en Salud, con un enfoque basado en evidencia científica y estrategias de comunicación culturalmente adecuadas.
- Mayor inversión en investigación y desarrollo en Salud pública, garantizando la participación de expertos en la toma de decisiones.

Estas medidas permitirán no solo mejorar la respuesta ante crisis sanitarias futuras, sino también fortalecer la Salud pública como un pilar fundamental del bienestar social.

Conclusión parcial

Las desigualdades en la atención médica observadas durante la pandemia de COVID-19 han dejado en evidencia la necesidad urgente de reformas en las políticas públicas de Salud. La ausencia de un enfoque integral basado en la PS limitó la efectividad de las estrategias implementadas, profundizando las brechas en el acceso a los servicios médicos.

Para garantizar una respuesta más equitativa en futuras emergencias sanitarias, es indispensable fortalecer el sistema de Salud público, implementar estrategias de comunicación inclusivas y fomentar la participación comunitaria en la toma de

decisiones. Solo a través de un enfoque intersectorial y centrado en la equidad será posible construir un sistema de Salud más resiliente y justo para toda la población.

5.8. Conclusión general y proyección de la investigación

La pandemia de COVID-19 puso a prueba la capacidad de respuesta del sistema de Salud en México, revelando no solo sus fortalezas, sino también sus profundas debilidades estructurales. A través del análisis realizado en esta investigación, se ha evidenciado que la crisis sanitaria exacerbó las desigualdades en el acceso a la atención médica, puso en riesgo a los grupos más vulnerables y demostró la necesidad de políticas públicas más inclusivas y eficaces.

Desde la perspectiva de la PS, esta crisis sanitaria demostró que la respuesta no puede limitarse a medidas curativas y hospitalarias. Es fundamental adoptar un enfoque preventivo y social, en el que la educación en Salud, la comunicación efectiva y la equidad en el acceso a los servicios médicos sean prioridades para garantizar la Salud de toda la población.

5.8.1. Hallazgos clave de la investigación

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten identificar tres ejes centrales que explican el impacto desigual de la pandemia en la población mexicana:

- Desigualdades en la atención médica: La fragmentación del sistema de Salud resultó en diferencias significativas en la calidad del tratamiento recibido. Mientras que en hospitales privados la tasa de letalidad fue del 4.4%, en el IMSS e ISSSTE superó el 16% debido a la saturación hospitalaria, la falta de insumos médicos y la escasez de personal especializado.
- Impacto de la desinformación: La infodemia contribuyó a la propagación de noticias falsas sobre la enfermedad y sus tratamientos, lo

que influyó negativamente en la percepción del riesgo y en la toma de decisiones de los pacientes. Esta situación afectó la adherencia a las medidas sanitarias y retrasó la búsqueda de atención médica en casos graves.

- Ausencia de estrategias de Promoción de la Salud: La respuesta gubernamental se centró en la contención del virus y la atención hospitalaria, dejando de lado estrategias de educación en Salud y prevención comunitaria. Esto impidió que la población adquiriera herramientas para protegerse de manera efectiva y redujo la confianza en las instituciones sanitarias.

5.8.2. Retos y oportunidades para fortalecer el Sistema de Salud

Para que México pueda enfrentar futuras emergencias sanitarias de manera más equitativa y eficiente, es indispensable abordar los siguientes retos:

1. Transformación del Sistema de Salud: Se requiere una reforma integral que garantice el acceso universal y equitativo a los servicios médicos, eliminando las barreras económicas y sociales que limitan la atención de los sectores más vulnerables.
2. Integración de la Promoción de la Salud en las políticas públicas: Es fundamental fortalecer los programas de prevención y educación en Salud, capacitando a la población para que pueda tomar decisiones informadas y reducir su riesgo de enfermedad.
3. Estrategias de comunicación basadas en evidencia científica: Se deben desarrollar campañas de información claras, accesibles y culturalmente apropiadas, con el fin de contrarrestar la desinformación y mejorar la confianza en las instituciones sanitarias.
4. Coordinación intersectorial: La pandemia demostró que la Salud no es solo un tema médico, sino un fenómeno que involucra determinantes sociales, económicos y políticos. Es necesario que las políticas de Salud pública trabajen de manera articulada con otros sectores para garantizar un enfoque integral en la atención sanitaria.

Conclusión

La pandemia de COVID-19 ha dejado una lección clara: la Salud pública no puede ser vista como un gasto, sino como una inversión esencial para el bienestar de la sociedad. La crisis evidenció la urgencia de transformar el Sistema de Salud en México, garantizando que la atención médica sea accesible para todos y que las políticas de prevención y Promoción de la Salud sean prioritarias.

Desde la Promoción de la Salud, es fundamental cambiar la manera en que se abordan las emergencias sanitarias, pasando de un enfoque reactivo a uno preventivo, donde la comunidad tenga un papel activo en la protección de su propia Salud.

El reto no solo es mejorar la capacidad de respuesta ante pandemias futuras, sino construir un Sistema de Salud más equitativo, resiliente y preparado para enfrentar los desafíos del siglo XXI.

Epílogo

El quehacer de la Promoción de la Salud en la vida profesional

La Promoción de la Salud no es solo una disciplina académica ni una función institucional; es, en esencia, un compromiso ético y humano con el bienestar colectivo. A lo largo de este trabajo, he podido constatar que su relevancia trasciende las estadísticas y los protocolos para insertarse en la vida diaria de las personas y en las estructuras sociales que determinan sus oportunidades de vivir de manera digna y saludable.

La PS me llevó, además, a descubrir una nueva vocación que jamás pensé que fuera tan importante para mí y para todo el país: el sector turístico. Gracias a lo aprendido en mi vida académica, pude incorporarme a la vida laboral desempeñando el puesto de Supervisor de Sanidad e Higiene en el hotel Bahía Príncipe de la Riviera Maya y más tarde en Xcaret. Esta posición resultó ser parte crucial dentro del sector alimenticio, ya que permite prevenir las Enfermedades de Transmisión Alimentaria (ETAS) y detener la propagación de virus y bacterias en superficies vivas e inertes.

Una de las tareas prioritarias de mi labor consiste en capacitar, educar y supervisar al personal operativo —cocineros, meseros, bartenders, garroteros y stewards— en temas relacionados con el Distintivo H¹³, cuyo objetivo principal es reducir las ETAS y brindar a los huéspedes una estancia segura, tranquila y placentera. De esta manera, he podido constatar que el cuidado de la Salud no se limita a hospitales o clínicas, sino que también se construye en cada cocina, en cada restaurante, en cada espacio donde la prevención y la educación sanitaria son esenciales para proteger vidas y que cada acción por pequeña que parezca tiene un impacto acumulativo en la construcción de entornos más justos y seguros.

¹³ Programa de la Secretaría de Turismo (SECTUR) que reconoce a los establecimientos fijos de alimentos y bebidas que cumplen con los estándares de higiene establecidos en la norma NMX-F-605-NORMEX-2018.

Durante la pandemia de COVID-19, como muchos otros, enfrenté la crudeza de una realidad que nos exigió no solo conocimiento técnico, sino también fortaleza emocional y humanidad. Ser Promotor de la Salud en tiempos de crisis fue también ser sostén, consuelo y guía para muchos que vieron sus vidas trastocadas. Fue entender que nuestro trabajo salva vidas no solo en los hospitales, sino también en cada acto preventivo, en cada consejo compartido, en cada acción que prioriza el bienestar colectivo sobre el interés individual.

Hoy, concluyendo este proyecto de tesis, reafirmo que la PS es una herramienta de transformación social. Mi compromiso como profesional seguirá siendo incidir, desde mi campo de acción, en la creación de entornos que posibiliten futuros viables, como lo plantea la Dra. Chapela, donde la Salud no sea un privilegio, sino una fuente de vida plena para todas y todos.

Este camino apenas comienza, y es un honor recorrerlo con la convicción de que, en cada acción cotidiana, también estamos escribiendo un capítulo más en la historia de la Promoción de la Salud.

Porque promover la Salud no es solo prevenir la enfermedad, sino sembrar dignidad, justicia y esperanza en cada rincón donde vivimos y trabajamos.

Referencias

- Aguirre, B. (1996). *Antropología médica: Sus desarrollos teóricos en México*. CIESAS.
- Álvarez, A. (2020). La historia del COVID-19 en tiempos del Coronavirus: Un ensayo inconcluso. *Pasado Abierto*, 11, 215–235. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Humanidades, Centro de Estudios Históricos.
- Álvarez, R. (2008). *Medicina general integral: Volumen 1 Salud y medicina*. Editorial Ciencias Médicas.
<https://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1331.%20Medicina%20General%20Integral.%20T1%20%20Salud%20y%20medicina.pdf>
- Alves, C. (2020). Breve historia y fisiopatología del COVID-19. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 61(1), 130–143. Recuperado el 12 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000100011&lng=es&tlng=es
- Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, 89(1), 44–48. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Ansele, M. (2021). Un grupo de destacados científicos pide “una auténtica investigación” del origen de la pandemia. *El País*. <https://elpais.com/ciencia/2021-05-13/un-grupo-de-destacados-cientificos-pide-una-autentica-investigacion-del-origen-de-la-pandemia.html>
- Arias, J. (2023). *Métodos mixtos de investigación*. INUDI. <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/download/119/161/190?inline=1>
- Badillo, D. (2020). La tasa de letalidad por Covid-19 se cuatuplica en hospitales públicos que en los privados. *El Economista*. Recuperado de

<https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-tasa-de-letalidad-por-Covid-19-se-cuatriplica-en-hospitales-publicos-que-en-los-privados-20201101-0003.html>

Badillo, D., & Monroy, J. (2020). Programa, en descuido desde el sexenio anterior, señalan. Recuperado el 09 de abril de 2024, de <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Programa-en-descuido-desde-el-sexenio-anterior-senalan-20200119-0071.html>

Barrantes, R. (2014). *Investigación, un camino al conocimiento: Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto*. Editorial EUNED.

Barrio, I. González, J. Padín, M. Peral, S. Sánchez, M. & Tarín, E. (2016). El estudio de casos. Universidad Autónoma de Madrid.

BBC News Mundo. (2020). Coronavirus: Así son los hospitales de campaña en el mundo para tratar a los pacientes con COVID-19. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52098615>

BBC News Mundo. (2021). AMLO da positivo por COVID-19: "Los síntomas son leves, pero ya estoy en tratamiento médico". *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55791423>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Universidad Simón Bolívar, Ecuador. <https://core.ac.uk/download/pdf/159773438.pdf>

Brun, J. (1995). *Los presocráticos*. Conaculta.

Calderón, C. (2021). Comorbilidad preexistente, el mayor factor de riesgo de mal pronóstico de COVID-19 en la población mexicana. *Nova Scientia*, 28(13). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052021000300101&script=sci_abstract

Cámara de Diputados. (2014). Boletín No 4601 México no cumple con recomendación de OMS en números de médicos y enfermeras por habitante.

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Noviembre/10/4601-Mexico-no-cumple-con-recomendaciones-de-OMS-en-numero-de-medicos-y-enfermeras-por-habitante>.

Camacho, B. (2008). *Metodología de la investigación científica: un camino fácil de recorrer para todos*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Recuperado de https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/11/canguilhem_georges_lo_normal_y_lo_patologico.pdf

Carbonell, M. (2022). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (13a ed.). Tirant Lo Blanch.

Castillo, L. (2023). Mexicanos más pobres, con cinco veces más riesgo de morir por Covid-19. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/11/10/sociedad/probabilidad-de-morir-por-covid-aumento-en-mexicanos-con-menor-ingreso/>

Chapela, M. (2017). Una Utopía emancipadora de promoción de la Salud. <https://enlacesx.xoc.uam.mx/17/archivos/chapela.pdf>

Chapela, M., & Cerda, A. (2010). *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones del cuerpo territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Colom, D. (2013). Modelos de trabajo social sanitario: La gestión y la Clínica. Universidad Oberta de Catalunya. http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/76845/9/Contexto%20hist%C3%B3rico%20en%20el%20TSS_M%C3%B3dulo%204_Modelos%20de%20trabajo%20social%20sanitario.%20La%20gesti%C3%B3n%20y%20la%20cl%C3%ADnica.pdf

Comisión Nacional de Protección Social. (2019). ¿Tienes alguna duda del seguro popular? Consulta las preguntas frecuentes. Recuperado el 09 de abril de 2024, de <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/es/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro->

popular?idiom=es#:~:text=El%20Seguro%20Popular%20cubre%20294,para%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20la

- Congreso de la Unión. (2021). *Ley General de Salud*. https://books.google.com.mx/books/about/Ley_General_de_Salud.htm?id=-D1rzgEACAAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y
- Coneval. (2020). El sistema de protección social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre. Recuperado el 27 de febrero de 2024, de https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Analisis_SPSS_2020.pdf
- Cortés, M. & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la investigación*. Universidad autónoma del Carmen. https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
- De la Guardia, M., & Rubalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Nursing and Nursing Research*, 5(1), 81–90. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Diario Oficial de la Federación. (2010). *Programa sectorial de salud 2007-2012*. Recuperado el 09 de abril de 2024, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5028687
- Díaz, E. (2022). *Observación participante*. Universidad de Cartagena. <https://es.calameo.com/read/007086578affc0503d012>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
- Domingo, J. (2022). Comorbilidades y características clínicas asociadas a la mortalidad hospitalaria por COVID-19 en el estado de Hidalgo, México, *Revista Mexicana de Epidemiología*, 36(5). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092022000500286&script=sci_arttext

- Donis, X. (2015). *Historia natural de la enfermedad*. Universidad de San Carlos de Guatemala.
<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf>
- El Financiero. (2021). ¿El impacto de la segunda ola COVID? Muertes en México aumentaron 82% en primer trimestre. *El Financiero*.
<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/08/25/el-impacto-de-la-segunda-ola-covid-muertes-en-mexico-aumentaron-82-en-primer-trimestre/>
- Escudero, X. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología de México*, 90(Supl. 1), 7–14. <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>
- Esquivel, G. (2020). Los impactos económicos de la pandemia en México. *Banxico*. <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/articulos-y-otras-publicaciones/%7BD442A596-6F43-D1B5-6686-64A2CF2F371B%7D.pdf>
- FABA. (2006). Precursor de la patología celular y padre de medicina social. *Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires*.
<http://www.faba.org.ar/fabainforma/410/Servicios.htm#01>
- Fernández, L. (2022). Use of Ivermectin and Chlorine Dioxide for COVID-19 Treatment and Prophylaxis in Peru: A Narrative Review. *National Library of Medicine*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9788901/>
- Fierros, H. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México*, 150(2), 195–199.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Frenk, J. (1993). *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Giddens, A. (2007). *Sociología*. Alianza Editorial.
- Goberna, J. (2004). La enfermedad a lo largo de la historia. *Index de Enfermería*, 13(47), 49–53.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011

- Gómez, J., Keever, M., & Miranda, G. (2016). El protocolo de investigación III. *Revista Alergia México*, 63(2), 1–7. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Gómez, M., & Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿Rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, 21(42). Recuperado el 21 de febrero de 2024, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/perlat/v21n42/v21n42a6.pdf>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020a). *Lineamiento de implementación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID19) y hospitales móviles (EMT)*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Centros_Atencion_Temporal.pdf
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020b). *Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina viernes 13 de marzo de 2020*. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-viernes-13-de-marzo-de-2020?idiom=es>
- Gobierno de México. (2020). *Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México: La Magdalena Contreras*. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM09DF/delegaciones/09008a.html>
- González, M. (2020). Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el COVID-19. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>
- González, M. (2021). Coronavirus en México: "En unos 50 hospitales no había lugar para mi madre enferma de COVID-19 y ahora se debate entre la vida y la muerte". *BBC News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55643781>

- Gonzales, O. (2021). Cada vez más pobres: 6.3 millones de mexicanos dejan de ser clasemedios. *Expansión*.
<https://expansion.mx/economia/2021/11/10/6-3-millones-mexicanos-clase-media-inegi-2020#:~:text=En%202018%2C%20el%2055.8%25%20de,avances%20de%20los%20a%C3%B1os%20anteriores>.
- Guimon, P. (2020). Trump sugiere tratar el coronavirus con “una inyección de desinfectante” o con “luz solar”. *El País*.
<https://elpais.com/internacional/2020-04-24/trump-sugiere-tratar-el-coronavirus-con-una-inyeccion-de-desinfectante-o-con-luz-solar.html>
- Gutiérrez, D. (2017). *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución mexicana*. Secretaría de la Cultura. Recuperado el 03 de junio de 2024, de <https://inehrm.gob.mx/recursos/Libros/SSALUD.pdf>
- Hamui, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos en educación médica. *Investigación en Educación Médica Elzevir*, 2(8), 211-216.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-5057201300040000
- Hernández, H. (2019). Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. *Papeles de Población*, 25(101), 17-49.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v25n101/2448-7147-pp-25-101-17.pdf>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2008). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Herrera, A. (2020). ¿Qué es un triage respiratorio y qué elementos se deben tener en cuenta para su organización? *Revista Alergia México*.
<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/774/1208#:~:text=El%20triage%20respiratorio%20es%20una,ello%2C%20priorizar%20su%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica>.

- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud, *10*(2).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Ibáñez, J. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(5), 373-380.
<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/editorial.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Información Nacional, por Entidad Federativa y Municipios.
<http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx?buscar=1&tipo=nombre&campo=mun&valor=magdalena%20contreras&varent=>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020a). Información Nacional, por Entidad, Hidalgo.
<https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=13>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020b). En la Ciudad de México somos 9 209 944 habitantes: Censo de Población y Vivienda 2020.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_CdMx.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020c). Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud por demarcación territorial y nivel de atención según institución. Recuperado el 5 de junio de 2024, de
https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2021/05/5_6
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). Recursos humanos de las instituciones del sector público de salud por tipo de personal según institución.
https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2021/05/5_4
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). Comunicado de prensa Núm. 352/21 INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ENDUTIH_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Presentación de resultados Estados Unidos Mexicanos, Censo de Población y Vivienda 2022. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública. (2010). *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México: 1910-2010*. Recuperado el 10 de abril de 2024, de <https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/cinys/Docs/SSA-Bicentenario.pdf>

Kai, W. (2020). *Novel coronavirus (2019-nCoV): Situation report*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf>

Kampf et al., (2020). Persistencia de coronavirus en superficies inanimadas y su inactivación con agentes biocidas. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035997/>

Kiernan, J. (2007). *Alma-Ata: 25 años después. Perspectivas de Salud, la revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8(1). <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues#:~:text=Alma%2DAta%20significa%20%22padre%20de,mini stro%20de%20Salud%20de%20Kazajist%C3%A1n.>

La Jornada. (2020). *Sube a mil 868 la cifra de decesos: Restricciones por el coronavirus afectan a 780 millones de chinos*. <https://www.jornada.com.mx/2020/02/18/mundo/018n1mun>

Lain, E. (1986). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat Editores S. A.

Leal, G. (2013). *¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular.” Estudios Políticos México*, 18(28), 338-322.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162013000100009

Ley de Salud de la Ciudad de México. (2021). *Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 09 de agosto de 2021.*
https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/LEY_SALUD_CDMX_09-08-2021.pdf

Ley General de Salud. (2022). *Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente, última reforma publicada* *DOF* 30-03-2022.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Lizaraso, C. (2012). *Promoción de la salud: Un tema pendiente. Horizonte Médico*, 12(2), 6-7. <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125001.pdf>

López, P. (2004). *Población, muestra y muestreo. Revista de Psicología Clínica*, 10(20), 69-74. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>

López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa.* Universidad Autónoma de Barcelona.
https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsoccua_cap2-4a2017.pdf

Lugo, Z. (2014). *Población y muestra.* Diferenciador.
<https://www.diferenciador.com/poblacion-y-muestra/>

Macaya, X. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338

Macías, A. (2024). ¿La segunda ola de COVID-19 debe causar preocupación? Esto dice un infectólogo. *MVS Noticias.*
<https://mvsnoticias.com/entrevistas/2024/7/17/segunda-ola-de-covid-19-debe-causar-preocupacion-esto-dice-un-infectologo-648569.html>

Marco, A. (1977). *Meditaciones.* Madrid: Gredos.
<https://www.pieresco.net.ar/libros/Gredos/Marco%20Aurelio-Meditaciones.pdf>

- Martínez, A. (2019). Henry Ernest Sigerist y la sociedad médica. *El Diario de Salud*. El periódico de los profesionales de la salud de Colombia. <https://eldiariodesalud.com/catedra/henry-ernest-sigerist-y-la-sociologia-medica#:~:text=En%201941%20define%20las%20tareas,bienestar%20f%C3%ADsico%2C%20mental%20y%20social>
- Marquina, R., & Jaramillo-Valverde, L. (2021). El COVID-19: Cuarentena y su impacto psicológico en la población. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RE44edWZdJsJ:https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/452/560/567+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Mata, L. (2021). Los sujetos de estudio. *Investigalia*. <https://investigaliacr.com/investigacion/los-sujetos-de-estudio#:~:text=Los%20sujetos%20de%20estudio%20son,con%20enfoco%20cuantitativo%20o%20cualitativo>.
- Medina, E., & Koschwitz, C. (2011). Johann Peter Frank y la medicina social, 13(52), 163-168. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-johann-peter-frank-medicina-social-X166557961135647X>
- México Unido Contra la Delincuencia A.C. (2017). Leyes, normas morales y sociedades, autorregulación. <https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/LeyesNormasMoralesySociales.pdf>
- Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina Respiratoria*, 13(2), 71-77. <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Moreno, T. (2020). Trabajadores de salud en México protestan por falta de equipamiento contra COVID-19. *El Universal*.

- <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/seguridad/coronavirus-medicos-y-enfermeras-del-pais-protestan-por-falta-de-equipamiento/>
- Monroy, J. (2021). Pandemia de COVID-19 rebasó al sistema de salud: Enrique Graue. *El Economista*.
<https://www.eleconomista.com.mx/politica/Pandemia-de-Covid-19-rebaso-al-sistema-de-salud-Enrique-Graue-20210127-0060.html>
- Montero, I. & León, O. (2002). Sistema de análisis cualitativo en estudios de caso. *Psicothema*, 14(2), 312–318.
- Neto, C. (2007). Tipos de familia. *Diferenciador descubre las diferencias y las semejanzas*. <https://www.diferenciador.com/tipos-de-familia/#:~:text=2.,la%20figura%20paterna%20est%C3%A1%20ausente>
- Oliva, E., & Villa, V. (2014, enero-junio). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización, 10(1), 1-10.
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2022). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, 2005.
https://www.who.int/9/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Nairobi, 2009.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). Declaración de Helsinki, 2013.
<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). 3a conferencia internacional sobre promoción de la salud; Sundsvall, Suecia 1991. <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-sundsvall>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Novena conferencia mundial de promoción de la salud, La promoción de la salud en los objetivos de desarrollo sostenible, 2016. https://nanopdf.com/download/spanish-pdf-186kb_pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abarcan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas. <https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). II Conferencia internacional sobre promoción de la salud, Políticas públicas para la salud, Declaración de la conferencia, Recomendaciones de Adelaide. https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Manejo de la infodemia sobre la COVID-19: Promoción de la información confiable y combate a la desinformación. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/let-s-flatten-the-infodemic-curve>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). La 10a. Conferencia mundial de promoción de la salud señala un camino para crear “sociedades del bienestar”. 2021. <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). Cobertura sanitaria universal, 2021. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

- Organización Mundial de la Salud. (2022a). Preguntas frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,a%20usencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). Declaración ministerial de México para la promoción de la salud de las ideas a la acción, 2000. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10210/6_Declaracion_Mexico.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2022c). Declaración de Yakarta sobre la adaptación de promoción de la salud al siglo XXI, 1997. <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indonesia-1997>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Declaración de Alma-Ata. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Alma-Ata: 25 años después. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). La OMS caracteriza COVID-19 como una pandemia. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Mundial de la Salud. (2022d). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,c ondiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>
- Ponce de León, S. (2020). COVID-19 sigue presente y no hay momento adecuado para regresar a la cotidianidad: experto de la UNAM. *Boletín UNAM-DGCS-559*. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/covid-19-sigue-presente-y-no-hay-momento-adecuado-para-regresar-a-la-cotidianidad-experto-de-la-unam/

- Pérez, M., Gómez, J., & Dieguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de las ciencias médicas*, 14(9), 1-15. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n2/1729-519X-rhcm-19-02-e3254.pdf>
- Peset, J. (2018). Medicina y enfermedad en el renacimiento. *Cuadernos del marqués de San Adrián revista de humanidades*, (10), 1-13. https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/15846/1pesetmedicinayenfermedadrenacimiento.pdf
- Peña, E. (2016). Universalidad del seguro popular en la Comunidad PROSPERA y “65 y Más”. Recuperado el 09 de mayo de 2024, de <https://www.gob.mx/epn/articulos/universalidad-del-seguro-popular-en-la-comunidad-prospera-y-65-y-mas-32523>
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cuantitativa. *Revista de psicodidácticas*, (14), 5-39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Real Academia Española. (2021). Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/gregarismo>
- Restrepo, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, D. (2022). El desempleo no cede: México registra 2,1 millones de desocupados al cierre de 2021. *El País*. <https://elpais.com/mexico/economia/2022-01-20/el-desempleo-no-cede-mexico-registra-21-millones-de-desocupados-al-cierre-de-2021.html>
- Rocha, R. (2023). Insabi: Instituto de corrupción y muerte. *El Universal*. Recuperado el 27 de febrero de 2024, de <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/ricardo-rocha/insabi-instituto-de-corrupcion-y-muerte/>
- Rodríguez, R., & Pérez, M. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 5(2), 293-310, jul.-out.

- Rodríguez, G. (2015). *Manual de historia medieval del siglo III a XV*. Mar de Plata: Giem Mar de Plata.
<https://www.aacademica.org/jorge.rigueiro.garcia/22.pdf>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es
- Royo-del Moral, O. (2022). Mortalidad de pacientes hospitalizados por infección por SARS-CoV-2 en México. Análisis de una base de datos nacional a dos años de pandemia.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000600425#:~:text=Se%20identificaron%20116%20446%20pacientes,en%20la%20UCI%20de%2075%20%25
- Sampieri, R. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo: El paradigma mixto. En J. L. Álvarez Gayou (presidente), *6º Congreso de Investigación en Sexología*. Congreso efectuado.
- Sánchez, D., & Salvador, J. (2020). Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 34(3), 200-203. <https://doi.org/10.35366/94900>
- Sciotto, E. A. (2018). *Indefinición del concepto de salud*. OPPROSE- Organización para la prevención y promoción de la salud en la educación.
https://www.researchgate.net/publication/323905194_Indefinicion_del_concepto_de_salud
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en el mercado laboral mexicano y en el SAR*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/656430/AP-05-2021_Impacto_de_la_Pandemia_en_el_Mercado_Laboral_VFF.pdf
- Secretaría de Salud. (2018a). *Misión y visión de la Secretaría de Salud*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/mision-y-vision-de-la-secretaria-de-salud-7599>

Secretaría de Salud. (2018b). *Salud para todos en todas partes*.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/salud-para-todos-en-todas-partes#:~:text=En%201977%2C%20la%20Asamblea%20Mundial,todos%20en%20el%20a%C3%B1o%202000%22>

Secretaría de Salud. (2020a). *Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia*. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2020b). *Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020#gsc.tab=0

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2022). *Casos pasivos estimados y defunciones confirmadas*. <https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx>

Soto, E. & Escribano, E. (2019). El método estudio de caso y su significado en la investigación educativa. Procesos formativos en la investigación educativa: Diálogos, reflexiones, convergencias y divergencias (pp. 203–221). Red de Investigadores Educativos Chihuahua.

Stake, R. (1998). *The art of case study research*. Sage Publications.

Suarez, et al., (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301442?via%3Dihub>

- Urbina, M. (2015). *Determinantes sociales de la salud*. Gaceta con bioética. Comisión Nacional de Bioética. México. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/gaceta_conbioetica/numero_15/Gaceta_15_final_con_forros_pweb.pdf
- Valdez, R. (2020). *La Unidad Temporal COVID-19 en la Ciudad de México: una experiencia innovadora*. Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado de <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.11-05-La-Unidad-Temporal-COVID-19.pdf>
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud pública en México*, 44(3), 258-265. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n3/a10v44n3.pdf>
- Velázquez-Silva, R. I. (2020). Historia de las infecciones por coronavirus y epidemiología de la infección por SARS-CoV-2. *Revista Mexicana de Trasplante*, 9(Suppl. 2), 149-159. <https://doi.org/10.35366/94504>
- Vera, R. (2020). *Segunda ola de covid-19 tiene a más enfermos en el IMSS que la primera*. Proceso. Recuperado de <https://www.proceso.com.mx/nacional/2020/12/16/segunda-ola-de-covid-19-tiene-mas-enfermos-en-el-imss-que-la-primera-254684.html>
- Villar, M. (2020). *Problemáticas familiares en tiempo de COVID*. Anáhuac. <https://www.anahuac.mx/puebla/problematicas-familiares-tiempo-covid#:~:text=Estas%20malas%20actitudes%20desataron%20problemas,para%20anestesiarse%20emociones%2C%20entre%20otras.>
- Yin, R. (2001). Estudio de caso: planificación y métodos (2ª ed.). Bookman.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., & Song, J. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382, 727-733. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945/>

Anexos

Anexo 1

Diseño de instrumentos de investigación para el análisis de las entrevistas a la persona entrevistada

Lic. En Promoción de la Salud			
Nombre(s): Erik Fernando Monroy Pintor			
Fecha;27 de junio del 2022			
Título de la Tesis: Experiencias en los Centros de Atención Temporal COVID-19, durante la segunda ola de contagios en México. Estudio de caso en dos familias del área conurbada de la Ciudad de México, desde la Promoción de la Salud.			
<i>PREGUNTA(S) DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>OBJETIVO(S)</i>	<i>TÉCNICAS O INSTRUMENTO(S)</i>	<i>ÍTEMS O REACTIVOS (Preguntas Detonadoras o indicaciones del Instrumento).</i>
<i>GENERAL</i>	<i>GENERAL</i>		
¿Cómo influyeron los determinantes sociales de la salud para la atención, prevención y rehabilitación que tuvieron dos familias entrevistadas en los	Describir la manera en la que influyeron los determinantes sociales de la salud para la	Entrevista semiestructurada	<i>Reactivos o ítems (preguntas detonadoras de la entrevista)</i> <i>¿Cuentan con algún servicio de salud?</i> <i>¿Aproximadamente de cuanto es su ingreso mensual?</i> <i>¿Durante la segunda ola de la COVID-19 siguió trabajando?</i>
		Historia de Vida	

Centros de Atención Temporal COVID-19 durante la segunda ola de pandemia?	atención, prevención y rehabilitación que tuvieron dos familias entrevistadas en los Centros de Atención Temporal COVID-19 durante la segunda ola de pandemia.		<i>¿A que distancia esta su clínica en donde normalmente se atiende?</i> <i>Instrucciones del procedimiento.</i>
ESPECÍFICAS	ESPECÍFICOS		
1. Determinar el papel que jugó la infodemia en la segunda ola de contagios por COVID-19.			<i>¿En dónde se informaba sobre lo que pasaba con la pandemia del COVID-19?</i> <i>¿Qué tan regular ve videos sobre el COVID-19 en medios digitales?</i>

2. Identificar los factores de riesgo que favorecieron el deceso de los miembros de las familias entrevistadas (Comorbilidades). 3. Describir la manera en que experimentaron las familias la atención de los servicios de salud durante su contagio por			<i>¿Con que regularidad realiza actividades deportivas y si es así cuales y por cuánto tiempo?</i> <i>¿Qué tan seguido come en la calle?</i> <i>¿Cuál es su comida favorita?</i> <i>¿Qué tan seguido acude al médico?</i> <i>¿Cómo fue el ingreso de su paciente al hospital?</i> <i>¿Tuvo alguna dificultad para poder ingresar a su paciente?</i>
--	--	--	---

COVID-19. 4. Determinar el proceso de atención a la salud de las familias entrevistadas durante la segunda ola de la pandemia de la COVID-19. 5. Señalar la experiencia de las familias al ingresar a su paciente a los CAT- COVID-19.			<i>¿Considera que la atención brindada de los servicios de salud fue la adecuada?</i> <i>¿Considera que la atención del personal de salud fue el adecuado o pudo haber existido algún otro procedimiento para poder salvar a su paciente?</i>
---	--	--	---

Anexo 2.

Guion de la entrevista: Entrevista al señor Jahir Monroy Mejía

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL CON: Familia Monroy Mejía

Fecha: 12 enero 2025

Hora de Inicio: 14:06

Hora de Término: 15:18

Entrevistador: Erik F. Monroy Pintor

Observador: Jahir Monroy Mejía

TEMA DE LA ENTREVISTA:

Atención temporal durante la segunda ola de Covid-19 desde el área de Promoción de la Salud

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA:

Analizar cómo fue la atención que recibió la familia y enfermo por parte de los Centros de Atención Temporal COVID-19 y su influencia de los determinantes sociales de la Salud para la atención, prevención y rehabilitación durante la segunda ola de la pandemia, desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

CONTENIDO (Puntos a tratar).

a) Pasado.

Cómo fue la vida de las personas entrevistadas antes de contagiarse de COVID-19.

b) Presente.

Cómo han influido sus condiciones de vida de las familias entrevistadas como factor de riesgo al contagiarse de COVID-19.

Cómo fue la intervención de la atención temporal durante la segunda ola de COVID -19 a través la atención, prevención y rehabilitación a beneficio de las familias afectadas desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

c)Futuro.

Aportes que ha brindado la atención temporal de COVID 19 para las familias afectadas.

PREGUNTA DETONADORA	PREGUNTAS DERIVADAS DE LA PREGUNTA DETONADORA, SECUNDARIAS O DE APOYO (durante la entrevista)	RESPUESTAS RELEVANTES	OBSERVACIONES CONDUCTA NO VERBAL
<i>¿Cómo estaba constituida su familia antes de la pandemia?</i>	<i>¿Cuántas personas habitaban su hogar?</i>		
<i>¿Como era la salud de su familia antes de la pandemia?</i>	<i>¿Alguien en su familia padecía alguna enfermedad crónico-degenerativa?</i>		
<i>¿Cuál era su ocupación?</i>	<i>¿Qué hacían en sus tiempos libres?</i>		

<i>¿Con que bebida suele acompañar sus alimentos?</i>	<i>¿Cuántos litros de esa bebida bebe al día?</i>		
<i>¿Cuál es su alimento favorito?</i>	<i>¿Con que regularidad lo consume?</i>		
<i>¿Aproximadamente de cuanto era el salario mensual de la familia?</i>	<i>¿Con ese salario podían realizar compras de la despensa básica?</i>		
<i>¿Con que regularidad realiza actividades deportivas y si es así desde hace cuánto y cuál es la duración de esta actividad?</i>	<i>¿Por qué no?</i>		
<i>¿Cuentan con algún servicio de Salud?</i>	<i>Me podría mencionar en donde se atiende regularmente y que distancia se encuentra esta de su domicilio.</i>		

<i>¿Con que regularidad su familia y usted acuden o acudían a hacerse chequeos generales?</i>	<i>¿En dónde eran esos chequeos? ¿Por qué no?</i>		
<i>¿Cuál fue su reacción al enterarse que existía el virus de la COVID-19?</i>	<i>¿Tomo medidas para evitar el contagio?</i>		
<i>¿Normalmente en donde se informaba de lo que pasaba con la pandemia?</i>	<i>¿Qué programa o como se llamaba el medio por el que se informaba?</i>		
<i>¿Durante la segunda ola de la COVID-19 siguió trabajando?</i>	<i>¿siguió percibiendo su mismo sueldo?</i>		
<i>¿Cómo fue su acercamiento al COVID19?</i>	<i>Emocionalmente como se sintió</i>		

¿Cómo fue el contagio de su familiar de COVID-19	Sabe o se imagina donde se contagio		
¿Como vivió la enfermedad de su familiar?	Que pasaba por su mente al saber que su familiar se contagio		
¿Como o cuando decide llevar a su familiar al médico?	¿Cómo lo transporto?		
¿Nos podría contar cómo fue su proceso de atención al llegar al CAT-COVID-19?	Describa un poco más, considere su sentir.		
¿Cuál fue su experiencia al ingresar a tu familiar a los CAT-COVID-19?	Puede ser un poco más específico		

¿Qué le pareció la prestación del servicio médico y de atención que se presentó durante la pandemia?	De qué manera influyó		
¿Desde su experiencia considera que la atención temporal de los CAT-COVID-19, ayudaron a los pacientes, enfermos y a sus familiares, para proteger y rehabilitar (no sólo desde el área médica sino también psicológica)?	Podría dar un ejemplo Cómo ha fue		
¿Después de haber recibido la atención por parte de los CAT-COVID-19 considera en caso de que así fuera que contemplaron algunos padecimientos previos de su familiar?	De qué manera ha influido, podría describir		
¿En su opinión y experiencia nos podría contar si existen intervenciones o seguimientos que brinde el sector Salud para	En qué sentido, podrías mencionar un ejemplo en específico		

monitoreas a las familias que tuvieron perdida de algún familiar?			
¿De manera personal podría platicarnos que servicios brindó los CAT-COVID-19?	Deme un ejemplo		
¿Cómo evaluaría cualitativa (del 1 al 10) la intervención por parte de los CAT-COVID-19?	A qué se debe esa valoración		
¿Desde su apreciación considera que la atención medica en estos centros cumplieron su finalidad o su propósito?	A qué se refiere Describa un poco más		
¿En la actualidad sabe qué pasa con la atención a las personas contagiadas o enfermas de COVID-19?	Usted esperaba ese seguimiento		

¿Considera que se contemplar los otros aspectos como el ingreso económico, su cultura, su origen para que le brindaran atención a su familiar dentro de los CAT-COVID-19?	Por qué Podría darnos un ejemplo		
Cuál fue su situación económica para solventar los gastos funerarios de su familiar	¿Tuvo que pedir prestado?		
¿Cómo vivió y como sigue después de la pérdida de su familiar?	¿Modifico su vida la pérdida de su familiar a manos del virus?		
¿cambio algo de su comportamiento después del virus?	¿alimentación, deporte, comida saludable, etc?		
¿Cree que estaría preparado para una próxima pandemia?	¿Porque y deme un ejemplo?		

¿Qué reflexión o aprendizaje le deja la pandemia del COVID-19?	Sea detallado		
--	---------------	--	--

Anexo 3.

Guion de la entrevista: Entrevista al señor Pedro García González

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL CON: Familia García

Fecha: enero 2025

Hora de Inicio: 21:10

Hora de Término: 22:08

Entrevistador: Erik F. Monroy Pintor

Observador: Pedro García Gonzáles

TEMA DE LA ENTREVISTA:

Atención temporal durante la segunda ola de Covid-19 desde el área de Promoción de la Salud

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA:

Analizar cómo fue la atención que recibió el familiar enfermo por parte de los Centros de Atención Temporal COVID-19 y su influencia de los determinantes sociales de la Salud para la atención, prevención y rehabilitación durante la segunda ola de la pandemia, desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

CONTENIDO (Puntos a tratar).

c) Pasado.

Cómo fue la vida de las personas entrevistadas antes de contagiarse de COVID-19.

d) Presente.

Cómo han influido sus condiciones de vida de las familias entrevistadas como factor de riesgo al contagiarse de COVID-19.

Cómo fue la intervención de la atención temporal durante la segunda ola de COVID -19 a través la atención, prevención y rehabilitación a beneficio de las familias afectadas desde una perspectiva de la Promoción de la Salud.

c)Futuro.

Aportes que ha brindado la atención temporal de COVID 19 para las familias afectadas.

PREGUNTA DETONADORA	PREGUNTAS DERIVADAS DE LA PREGUNTA DETONADORA, SECUNDARIAS O DE APOYO (durante la entrevista)	RESPUESTAS RELEVANTES	OBSERVACIONES CONDUCTA NO VERBAL
<i>¿Cómo estaba constituida su familia antes de la pandemia?</i>	<i>¿Cuántas personas habitaban su hogar?</i>		
<i>¿Como era la salud de su familia antes de la pandemia?</i>	<i>¿Alguien en su familia padecía alguna enfermedad crónico-degenerativa?</i>		
<i>¿Cuál era su ocupación?</i>	<i>¿Qué hacían en sus tiempos libres?</i>		
<i>¿Cómo eran las condiciones de su hogar y su acceso a servicios básicos antes de la pandemia?</i>	<i>¿Considera que su situación económica o laboral influyó en su exposición al virus?</i>		

<i>¿Con que bebida suele acompañar sus alimentos?</i>	<i>¿Cuántos litros de esa bebida bebe al día?</i>		
<i>¿Cuál es su alimento favorito?</i>	<i>¿Con regularidad consume que lo?</i>		
<i>¿Con que regularidad realiza actividades deportivas y si es así desde hace cuánto y cuál es la duración de esta actividad?</i>	<i>¿Por qué no?</i>		
DE MANERA RESPETUOSA <i>¿Aproximadamente de cuanto era el salario mensual de la familia?</i>	<i>¿Con ese salario podían realizar compras de la despensa básica?</i>		
<i>¿Cuentan con algún servicio de Salud?</i>	<i>Me podría mencionar en donde se atiende regularmente y que distancia se encuentra esta de su domicilio.</i>		

<i>¿Con que regularidad su familia y usted acuden o acudían a hacerse chequeos generales?</i>	<i>¿En dónde eran esos chequeos? ¿Por qué no?</i>		
<i>¿Cuál fue su reacción al enterarse que existía el virus de la COVID-19?</i>	<i>¿Tomo medidas para evitar el contagio?</i>		
Describe su experiencia general en los CAT-COVID-19: ¿qué aspectos positivos y negativos recuerda?	<i>¿Recibió algún tipo de seguimiento o apoyo adicional después del alta?</i>		
<i>¿Normalmente en donde se informaba de lo que pasaba con la pandemia?</i>	<i>¿Qué programa o como se llamaba el medio por el que se informaba?</i>		
<i>¿Durante la segunda ola de la COVID-19 siguió trabajando?</i>	<i>¿Siguió percibiendo su mismo sueldo?</i>		

¿Cómo fue su acercamiento al COVID19?	Emocionalmente como se sintió		
¿Cómo fue el contagio de su familiar de COVID-19	Sabe o se imagina donde se contagio		
¿Como vivió la enfermedad de su familiar?	Que pasaba por su mente al saber que su familiar se contagio		
¿Como o cuando decide llevar a su familiar al médico?	¿Cómo lo transporto?		
¿Nos podría contar cómo fue su proceso de atención al llegar al CAT-COVID-19?	Describa un poco más, considere su sentir.		

¿Cuál fue su experiencia al ingresar a tu familiar a los CAT-COVID-19?	Puede ser un poco más específico		
¿Qué le pareció la prestación del servicio médico y de atención que se presentó durante la pandemia?	De qué manera influyó		
¿Desde su experiencia considera que la atención temporal de los CAT-COVID-19, ayudaron a los pacientes, enfermos y a sus familiares, para proteger y rehabilitar (no sólo desde el área médica sino también psicológica)?	Podría dar un ejemplo Cómo fue		
¿En su opinión y experiencia nos podría contar si existen intervenciones o seguimientos que brinde el sector Salud para monitorear a las familias que tuvieron pérdida de algún familiar?	En qué sentido, podrías mencionar un ejemplo en específico		

¿De manera personal podría platicarnos que servicios brindó los CAT-COVID-19?	Deme un ejemplo		
¿Cómo evaluaría cualitativa (del 1 al 10) la intervención por parte de los CAT-COVID-19?	A qué se debe esa valoración		
¿Qué apoyo emocional o social le hubiera ayudado más durante este período?	¿Cómo manejó las dificultades económicas derivadas de la pandemia?		
¿Qué aprendizajes obtuvo sobre la importancia de la promoción de la salud durante la pandemia?	¿Qué recomendaría a las autoridades para mejorar la atención en futuras emergencias?		

¿Desde su apreciación considera que la atención medica en estos centros cumplieron su finalidad o su propósito?	A qué se refiere Describa un poco más		
¿En la actualidad sabe qué pasa con la atención a las personas contagiadas o enfermas de COVID-19?	Usted esperaba ese seguimiento		
¿Considera que se contemplar los otros aspectos como el ingreso económico, su cultura, su origen para que le brindaran atención a su familiar dentro de los CAT-COVID-19?	Por qué Podría darnos un ejemplo		
Cuál fue su situación económica para solventar los gastos funerarios de su familiar	¿Tuvo que pedir prestado?		
¿Cómo vivió y como sigue después de la pérdida de su familiar?	¿Modifico su vida la pérdida de su familiar a manos del virus?		

¿Cambio algo de su comportamiento después del virus?	¿Alimentación, deporte, comida saludable, etc?		
¿Cree que estaría preparado para una próxima pandemia?	¿Porque y deme un ejemplo?		
¿Qué reflexión o aprendizaje le deja la pandemia del COVID-19?	Sea detallado		

Anexo 4.

Transcripción de entrevistas: Entrevista al señor Pedro García Gonzáles

La entrevista se llevó a cabo de manera amena y relajada, aunque al tocar temas sensibles como el deceso de su esposa e hija el entrevistado se mostró afectado al recordar todo el proceso.

Erik: Buenas tardes, gracias por regalarme la entrevista le reitero mi nombre es Erik Fernando Monroy Pintor, soy estudiante de la licenciatura en Promoción de la Salud. Estoy realizando esta investigación como parte del proceso de titulación, y el objetivo es entender cómo las familias vivieron y afrontaron la atención durante la segunda ola de la pandemia de COVID 19, especialmente en los centros de atención temporal de los CAT-COVID19. Esta entrevista busca conocer tú experiencia, tus pensamientos, aprendizajes, porque esto es muy valioso, ya que me ayuda a comprender mejor los aspectos que funcionaron y aquellos que podrían mejorar en el futuro, tanto en el ámbito de la atención médica como en el ámbito de la Promoción de la Salud. Quiero asegurar que todo lo que compartas será tratado de forma confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos. Si en algún momento deseas pausar o detener la entrevista, no hay ningún problema. También quiero recordar que puedes decidir no responder cualquier pregunta, que no te sientas cómodo de responder. ¿Tienes alguna duda o inquietud antes de que comencemos?

Pedro: No.

Erik: Para comenzar la entrevista me gustaría que me comentara ¿Cómo está constituida su familia antes de la pandemia?

Pedro: Mi esposa, mi hijo con su familia, ósea su esposa y su niña. Estaba mi hija con su pareja y sus dos hijos, y un hijo soltero y una estaba en proceso de casarse

o juntarse ya vez que ahora no sabemos qué onda y así es realmente como estaba mi familia.

Erik: ¿Cómo era la Salud de su familia antes de la pandemia?

Pedro: Pues, todos sanos, únicamente la que tenía, bueno, no problemas de Salud, que tenía condiciones, este, era mi esposa que tenía problemas con azúcar y con la presión. Padecía de diabetes y de la presión. Era la única, bueno, que sí era la única que tenía una condición diferente a todos nosotros. Todos los demás son relativamente, pues sanos.

Erik: ¿Entonces, en su en su domicilio vivía su esposa, usted y su hija?

Pedro: Mira, es que la casa está construida en la planta baja, primer piso. Estoy yo. En el segundo piso vivía mi hijo en su departamento, y en el siguiente piso vivía mi hija en su departamentito, todos juntos, bueno, todos juntos en un edificio, pero cada uno en un nivel diferente.

Erik: Ok. Entonces, sí tenían a ese acercamiento de que se veían prácticamente diario.

Pedro: Sí, sí, sí, sí, nos veíamos diario aquí en tú casa. De hecho, seguimos estando aquí.

Erik: ¿Y cuál era la ocupación de sus familiares y la suya?

Pedro: Mi esposa y yo somos jubilados ya. Bueno, yo ya soy jubilado, mi esposa también ya era jubilada. Pues mis hijos, pues, son, este, el mayor es trabajador de la UNAM. Mi hija estaba terminando la carrera de pedagogía, su pareja trabajaba en no sé en dónde. Mi hija se dedicaba al hogar y su esposo es, este, chofer de transporte colectivo.

Erik: Ok. Y antes de que se jubilaran ¿qué hacían en la UNAM? ¿Cuál era su cargo?

Pedro: Mi esposa era, digamos, que era secretaria. Yo era jefe de taller del taller, jefe de taller de carpintería en la facultad de ciencias de la UNAM.

Erik: Ah, ok, perfecto.

Pedro: Mi hijo es laboratorista del departamento de física, también ahí en la facultad de ciencias. Le digo, y mi hija usted es estudiante, su esposo trabajaba, este, donde trabaja, no me acuerdo en qué trabajaba y te digo, su esposo de mi hija es chofer de ruta de transporte colectivo.

Mi hija no trabajaba. Y mi hijo era Ballet Parking, trabajaba de Ballet Parking, de un, este, creo que, en el Batán, en el Batán. No me acuerdo cómo se llamaba la compañía con la que trabajo.

Erik: ¿Y cuándo ustedes comían normalmente comían, este, juntos, en familia, o cómo era esta convivencia cuando ustedes comían?

Pedro: No mi hija, este, mi hija Norma, hacía su su comidas aparte, y mi hijo, su esposa, y mis otros hijos sí compartíamos, este, la los alimentos todos, así hacemos la comida para para todos.

Erik: ¿Y qué era lo que normalmente comían?

Pedro: Pollo, carne de res, carne de puerco, verduras, este, pues, lo normal.

Erik: Ajá. ¿Y sus alimentos favoritos cuáles eran?

Pedro: Pues ya ves que mis favoritos favoritos, este, que era el pollo, pollo en, este, con crema, en cacahuatado, este, milanesa, o milanesa de res, arroz, el espagueti, verduras, pues, el pepino, queso, lechuga, este, algunas cosas así, sopa de verduras, calabazas, este, asadas con este al vapor.

Erik: ¿Y con qué regularidad comían verduras?

Pedro: Pues aquí procurábamos que este fuera todos los días cuando se puede, sino que fuera cada tercer día, los combinabas. Combinabas, este, la verdura con la con la ensalada, con carne o con la o con la sopa.

Erik: Ok. Y una pregunta un poquito más, este, íntima, igual si la quiere contestar, adelante. ¿Más o menos de cuánto era su salario mensual de de de su familia?

Pedro: Y es que, digamos, de mi hija y de mi hijo, pues ahí sí no, de esas sí no te las puedo contestar.

Con mi esposa su salario era de como de quince mil pesos mensuales, y el mío era como de diecinueve mil y piquito.

Erik: ¿Y con este dinero que ustedes percibían les alcanzaba para realizar una compra de despensa básica?

Pedro: Sí, sí, sí, sí, sí, sí. Sí, sí, porque te digo, este, digo, mi hijo apoyaba a apoyaba con el gasto, pero si no te puedo decir, este, sus percepciones.

Erik: Ok, no, no se preocupe.

Pedro: O sea, compartíamos los gastos, tanto de, pues, gas, este, luz, este, los servicios.

Erik: Ok, sí, no se preocupe. Y regresando un poquito al tema de su comida, normalmente, ¿con qué qué bebida, este, acompañaban sus alimentos?

Pedro: Pues, la la la variábamos, a veces era agua de tiempo, agua agua de frutas o refresco. Unos días puede ser agua de limón, melón, piña, este, y otros días, este, a lo mejor por flojera un refresco.

Erik: ¿Y cuántos litros de de bebida, por ejemplo, de refresco tomaban al día? ¿O con qué regularidad?

Pedro: Pues, pues, era una, ¿qué te gustaba? ¿Una botella de? Tres litros para qué te gustaban son dos. Tres, como para siete personas, siete, ocho personas. Un vaso de refresco en en la comida. Ese era lo que se consumía no más.

Erik: Y a la semana. ¿Como cuántos refrescos de tres litros se tomaban?

Pedro: Pues, a lo mejor eran tres. Tres. Porque lo combina agua con agua y refresco.

Erik: Ok, tres, este, botellas de refresco de tres litros a la semana y los demás días agua de sabor.

Pedro: Una jarra de cuatro litros de agua. Eso es lo que se hacía.

Erik: ¿Y el agua de sabor la endulzaban o así sin endulzar?

Pedro: Pues, endulzada muy poco, te digo, porque mi esposa como era, este, este problema de diabetes no tenía que ser muy dulce, o sea, simplemente que no estuviera tan simple.

Erik: Ok. Y, por ejemplo, ustedes, ¿con qué regularidad realizaban o realizan, actividades deportivas?

Pedro: La verdad, este, mi esposa sí era muy, este, muy, muy, muy, este, ¿no? No le gustaba. Pero obviamente ella tenía, sí, sí tenía, este, que andaba para allá y para acá caminando, porque jubilada iba a vender algunas cosas a la facultad, entonces, todo el día andaba caminando. Sí. O sea, no hacía ejercicio, pero sí caminaba. Y yo después de jubilarme, a los tres años, caí donde esta tu mamá ahí en la escuela de natación.

Entonces, yo no he dejado de de hacer actividades, ya van como siete años, más o menos.

Erik: ¿Y más o menos como cuánto tiempo tiene realizando esta actividad de natación?

Pedro: Siete años.

Erik: Siete años. ¿Y el tiempo de la actividad es de cuánto?

Pedro: Una hora.

Erik: ¿Una hora?

Pedro: Una hora, cada tercer día.

Erik: Ok. ¿Y los demás miembros de su familia realizan alguna actividad física? ¿Sus hijas, hijos?

Pedro: Mi hijo, este, nada más mi hijo, este, va al gimnasio. Este sí tiene varios años, este, haciendo ejercicio en el gimnasio. Y las demás de mis hijos, pues, mi hija Norma, de repente jugaba fútbol.

El otro muchacho igual también, fútbol. Ya ves que nada más son los fines de semana. Ajá. Y ya es por tiempos también. Y la otra, no, pues, la la más chica, pues, no.

Como que no les da el ejercicio.

Erik: No les gustaba

Pedro: sí.

Erik: ¿Y ustedes cuentan con algún servicio de Salud?

Pedro: Este, yo, este, y mi esposa y yo, sí, y mi hijo también, que era el ISSSTE, bueno, que es el ISSSTE. Mi hija, pues, el servicio de él, y mi hija y mis dos otras dos hijas, y mi hijo, el este el más chico tenía seguro, y las otras, pues, el el de gobierno Salubridad.

Sí, porque no trabajaban.

Erik: ¿Y dónde ustedes se atienden regularmente a qué distancia se encuentra la su clínica?

Pedro: En carro. Está como en treinta y cinco minutos la clínica. Treinta y cinco, cuarenta minutos entre la clínica y el, este, el de Darío Fernández, que son la la clínica familiar y el Hospital General.

Está sobre avenida revolución. Es corta la distancia, entonces, entre treinta y cinco a cuarenta minutos, este, nos nos quedan a las ubicaciones.

Erik: ¿Es el que está en Barranca del Muerto?

Pedro: Sí

Erik: ¿Y con qué regularidad su familia y usted acudían a hacerse chequeos generales?

Pedro: Mi esposa solamente cuando se sentía muy mal. Primeramente, yo no, pues, no, como no, casi no me enfermo.

Erik: Ajá.

Pedro: Este, no. Normalmente por cheque una vez al año que te hagas de que hacen, este, que vas y que te chequen, este, un examen general, ¿no?

Erik: ¿Y por qué y por qué no?

Pedro: ¿Perdón?

Erik: ¿Por qué no no realiza esto de los chequeos? No sé, a lo mejor falta de tiempo.

Pedro: No. Hoy últimamente, bueno, estos tres, cuatro años, cada año me hago, este, me hago el antihigiénico y un examen general, una vez al año.

Erik: Ok. Y ya centrándonos un poquito en el tema del COVID, ¿cuál fue su reacción al enterarse que existía el virus del COVID-19?

Pedro: Pues sí es de preocupación porque, pues, éramos, pues, somos muchos éramos, bueno, somos muchos aquí en tú casa.

Erik: Gracias.

Pedro: Sí nos estábamos cuidando, o sea, sí nos estábamos cuidando tanto que no nos fuéramos a enfermar y mi esposa era una de ellas, ¿no? La preocupación porque, pues, sabía que la condición que ella tenía, este, pues, era un poquito preocupante. De hecho, este, no sé si se lo comente a tú mamá, su mamá de mi esposa falleció quince días antes

Erik: Lo siento.

Pedro: De lo mismo ¿Sí? Y toda la familia de mis suegros, de mi esposa, sobrinos, de hermana, este, todos este tuvieron este todos se contagiaron.

Una de sus hermanas estuvo internada como dos meses con respirador y todo eso, y ella sí alcanzó a, pues, a a recuperarse.

Erik: Y estas y estas personas que fallecieron su suegra, también era una persona que vivía con diabetes.

Pedro: Parece que sí tenía. Sí. Y fíjate que ella también practicaba natación, pero ella tenía muchos años haciéndolo.

Erik: Ajá.

Pedro: Entonces ella sí tenía actividad física.

Erik: Ok. ¿Y ustedes cuando se enteraron de que existía este virus del COVID-19 tomaron medidas para evitar el contagio?

Pedro: Pues sí, te te te decía es que te te ponías el cubrebocas al salir, este, el sanitizante, de este procurar limpiar la, o sea, tener algo a la entrada para limpiarse los pies, todo ese tipo de de cosas.

Erik: Ok, y ustedes normalmente, ¿en dónde se informaban de lo que pasaba en la pandemia?

tomaron medidas para evitar el contagio?

Pedro: En las noticias. Mi esposa era fan de la de las noticias. A ella le gustaba estar como al pendiente de de cómo estaban las cosas.

Lo primero que hacía era prender la televisión y poner las noticias.

Erik: Ok, las noticias de la televisión, ¿verdad? Sí. ¿Recuerda cómo se llamaba el programa, del que veía de las noticias? ¿O en qué canal?

Pedro: En el canal dos, entre el dos y el cuatro. Ya ves que es hoy y el otro no me acuerdo como se llama.

Erik: Una vez que estaba ya la pandemia, ¿ustedes salían de casa algo?

Pedro: No, casi procurábamos no salir. Sí salíamos a lo esencial, ¿no? A surtir la despensa, y pero sí, casi no. Casi no.

Erik: Ok, durante el cuándo fue el tema de la segunda ola, bueno, el tema del COVID, ¿ustedes ya se habían jubilado o seguían trabajando?

Pedro: No, este, la universidad paró. Y estuvimos aquí en totalmente casi encerrados. Sí llegábamos a salir de repente, pero con, digo, con todas las precauciones que cubrebocas y llegar este limpiar y todo ese rollo.

Erik: Y cuando fue ese tema de la pandemia, ¿usted seguía persiguiendo su mismo sueldo? ¿La UNAM les recortó alguna parte o ya no les pagaron?

Pedro: Como pensionados, a nosotros los que nos, este, lo que nos que nos paga es el ISSSTE, y nos pagaba la pensión completa. Sí. Y a mi hijo, la UNAM le pagaba su sueldo íntegro.

Erik: Ah, ok.

Pedro: De los demás no te pude decir, yo creo que al esposo de mi, este, mi hija, pues sí, sí le bajó, este, pues obviamente el el pasaje del transporte público porque es, digo que es chofer, entonces sí le bajó el, este, el ingreso.

Erik: Sí, porque ya no salía tanta gente, supongo.

Pedro: ¿Y cómo fue su acercamiento al COVID? Emocionalmente, ¿cómo se sintieron al enterarse de esta nueva enfermedad?

Pues, no no sé si nos preocupaban, porque no sabíamos cómo cómo, este, cómo se desarrollaba.

A oírnos qué en en teoría, este, bueno, a a grandes rasgos, este, algunos síntomas, pero no no no no, a ciencia cierta siempre no sabíamos cómo cómo se presentaba.

Erik: Ok. ¿Y cómo fue el contagio de de su familiar de COVID? ¿Se imagina cómo cómo se contagió o dónde dónde fue este contagio?

Pedro: Fíjate que ella cuando se contagió, ella bajó ese día. Mi esposa bajó a la facultad, no sé a qué cosa, y con la persona que iba le avisa un día después de que su esposo salió positivo.

Y ella también entonces, se contagia por, no, pues, no sé cómo fue el contagio, pero su amiga le dijo, oye, ¿qué crees Normita? Hazte la prueba, porque mi esposo y yo ya salimos positivos.

Erik: Ok, entonces se contagió en el trabajo, al ir a la universidad

Pedro: No, se contagió por parte de, digo que el esposo de su amiga de ella las contagio, ya ella venía con su amiga platicando en su coche, porque bajaba con ella

en su carro, no bajaba el transporte público, bajaba en su coche, entonces se acompañaban a la facultad y le digo que ella le habla al otro día, decía medio espantada es que, ¿qué crees? Este, no me acuerdo cómo se llama su esposo y yo nos hicimos el, este, prueba y salimos positivos. Tú háztela. Entonces, al, este, al enterarse ya, se va y se hace la la prueba. Si salió positiva, Sí, sí, salió positiva también ella.

Erik: ¿Y su esposa qué estaba acudiendo a la facultad?

Pedro: Aquí va, aquí iba a la facultad. Lo que pasa es que ella, te digo que ella se dedicaba a vender varias cosas entonces iba cobrar, pero el día de quincena, digamos hoy día diez le tocaba ir nadamas ese día uno o dos días a la quincena por que la UNAM les pagaba cada, bueno, pagan cada diez y veinticinco. Entonces, mi esposa, el día diez, no me acuerdo, diez, ese día bajó a a cobrar, nada más.

Cuando se reúne con su su amiga y se van en el coche, yo creo que, pues, no sé si por por medio de nada más de del habla, se le transmitió el virus.

Erik: Pues, podría ser. ¿Y usted cómo vivió la enfermedad de su familiar? ¿Qué pasaba por su mente al saber que su esposa se había contagiado?

Pedro: Pues, sí, estamos bien preocupados. Realmente, a mí, este, cuando nosotros nos enteramos, de que de que esté, de que está enferma, a ella la confinamos en la recámara y a mí me separan de ella.

Me dijeron, ¿sabes qué? Este, yo yo estoy contagiado, no te no quiero que tú también te contagies, no estés conmigo. Entonces, sí ya llegaba a verla, que te guste entraba yo como como doctor, ¿no?

Cinco minutos, hola, ¿cómo estás? ¿Cómo sigues? ¿Qué tal? ¿Cómo siente? Sal. Bueno, obviamente con, este, con las medidas, ¿no? con cubrebocas y, este, salías y luego luego, este, te te sanitizabas las manos con el gel.

Y aquí lo curioso del, te, te comento, las personas que no estuvimos con contacto al cien salimos positivos, y los que estuvieron atendiéndola salieron negativos, que

fue mi hijo, su esposa, mi hija y mi otro hijo. O sea, tengo, bueno, los hijos son cuates, o sea, los cuates, mi hijo y su esposa salieron negativos en la prueba.

Erik: Ay, eso sí está sí está extraño.

Pedro: Sí, digo, y mi mi hija, su pareja, y yo que si entrábamos te digo a saludarla a ver cómo te sientes, o sea preguntarle cómo está, cómo te sientes, qué, este, cinco minutos a verla y vámonos hacia afuera otra vez, salimos positivos en el examen.

Porque en cuanto fallece ella, al siguiente día, todos, pues, este, todos nos hicimos, este, la prueba.

Obviamente al enterarse, al dispositivo, igual que mi esposa me me confinaron a la recámara. Mi hija y su pareja se fueron a a la casa de su de su abuelita para que los atendieran, pero yo no tuve nada. No tuve fiebre, ningún dolor, ningún ningún mal, o sea, nada, nada, nada, nada, nada.

Erik: ¿Pero salió positivo al COVID?

Pedro: Sí, yo salí positivo.

Erik: Hay gente que no tiene síntomas, son asintomáticos.

Pedro: O sea, ni siquiera estuve, o sea, no se me fue el el olfato, el gusto, ni fiebre, ni dolor de cuerpo, nada, nada, nada, nada, nada, nada, nada.

Erik: Pues salió bien librado entonces.

Pedro: Entonces yo después de que después de la cuarentena fuimos al doctor y el doctor me mandó a hacer un este un examen general de no sé de cosas con hasta con electro, me hicieron en electro también y se vio bien, únicamente que salieron altos triglicéridos y el colesterol, que esos con especies, lo que es que es normal en en este caso. Pero me mandó tratamiento y ya con eso.

Erik: Muy bien, ¿y cómo decidieron llevar a su esposa al médico? o ¿cómo fue la atención que tuvo?

Pedro: A ella le está le al principio cuando este nos enteramos que este estaba contagiada, la bajamos con una doctora que le recomendó su amiga, que la estaba atendiendo. Y pues, efectivamente parece que sí le estaba haciendo, este, si le estaba dando resultados el medicamento, pero como te comento, a los diez, no nueve días fallece su mamá.

Erik: Entonces, a lo mejor también pudo ser emocional.

Pedro: De cayó ella, sí, decayó, ella sí de plano pues esta era muy apegada pues a su mamá, ella también una era viuda mi suegra, entonces al fallecer este su mamá sí su estado de ánimo como que decayó.

Erik: ¿Y a su esposa la ingresaron a algún hospital?

Pedro: Al Darío Fernández.

Erik: Y para llevarla, ¿cómo la transportaron?

Pedro: Tuvo que venir una ambulancia.

Erik: Entonces, llamaron por teléfono y llegó la ambulancia por su esposa.

Pedro: No. Desgraciadamente, tuvimos que contratar una ambulancia. O sea, la ambulancia nos cobró por hacer el, este, traslado, buscar el lugar.

Además, buscar el lugar porque no había.

Erik: Sí. ¿Recuerda más o menos la fecha?

Pedro: ¿Es es en la fecha?

Erik: Ajá. ¿Cuándo pasó esto?

Pedro: Mi esposa va a cumplir cuatro años el veintisiete, estuvo internada tres días.

Veinticuatro, veintisiete, veintiuno, veinticinco, se ingresa el veinticinco de enero.

Erik: Veinticinco de enero, sí, es la segunda ola. Fue cuando estuvo más alto el pico de decesos.

Pedro: ¿Sí? Sí, sí, sí, sí.

A ella la estaba atendiendo un doctor allí en, este, la tenía que llevar hasta Chalco, no me acuerdo cómo se llama el doctor, pero ya estaba ella con, este, asistida con el oxígeno, tenía el respirador y el oxígeno a a pesar de que se le estaba suministrando el medicamento que le había le habían recetado.

Erik: ¿Y este medicamento se lo daba el ISSSTE o ustedes lo compraban?

Pedro: No, lo tuvimos que comprar todo.

Erik: ¿También el oxígeno?

Pedro: Sí. Sí, sí, sí, sí, sí. Y más. Era andar, este, viendo dónde podías llenarte el tanque. Era allí en este en la Escandón, en el infla del Escandón.

Erik: ¿Y el tanque de oxígeno más o menos cuánto tiempo les duraba? ¿Y cuál era el costo, si recuerda?

Pedro: Hijo, la verdad, sí, no me acuerdo del costo del tan, creo que mil, creo que mil quinientos, mil quinientos, mil ochocientos, el cilindro grande, no sé de cuántos litros son la verdad no me acuerdo.

Erik: ¿Y cuánto tiempo les duraba ese cilindro?

Pedro: Creo que le duraba tres días, un tiempo estuvo con él con el el concentrador.

Erik: Sí.

Pedro: Los primeros, no busca, creo que seis siete días porque mi suegra tenía él lo tenía ahí en su casa, entonces al ya no ocuparlo pues lo lo ocupamos nosotros, nos los prestaron para que lo, pero no ya de como que empezó a fallar el el equipo y tuvimos que sustituirlo por el por el tanque, ya afortunadamente, bueno.

A la mano también mi suegra tenía, porque ella tenía, este, tenía ese servicio del seguro, ella del seguro, le proporcionar oxígeno siempre. Yo me acuerdo de que como desde hace como cinco o seis años, siempre tenía oxígeno en su casa. No sé por qué condición.

Erik: ¿Y cómo fue el proceso de atención que tuvo al ingresar al al ISSSTE, al ser atendida en el hospital?

Pedro: Híjole, la verdad, si no te voy a, saber decir porque, ahí sí ya la que la acompaño fue mi hija. Ella iba con ella en la ambulancia y yo iba con ellos atrás, pero no, ella la ingreso y todo, y yo ya no supe.

Erik: Pero, por ejemplo, ¿ustedes podían ir a verla o cómo recibían información?

Pedro: No nos permitían, o sea, no había visitas. Todos los informes eran por teléfono. No había acceso a la a los hospitales, no había visitas, todo estaba restringido, visitas, no hay. Todo informe por su paciente es por teléfono.

Erik: ¿Y qué le pareció la prestación del servicio médico?

Pedro: Pues es, ¿qué te puedo decir? ¿No? El servicio que brinda el ISSSTE no es una de alta calidad, pero, pues, prestan el servicio, ¿no? La atención, a lo mejor no es al cien, pero ahí están, ahí están.

Erik: ¿Y usted considera que la atención de de las clínicas o de los centros de atención ayudaron a los pacientes y a los enfermos y a sus familiares para protegerlos de de algún deceso?

Pedro: Híjole, es que sí está está confuso, la verdad es que se oían muchas cosas que te decían ahí, y como no podíamos ver, o sea, no, en ese tipo de como de contestar esta pregunta no te lo podría decir porque físicamente no veíamos cómo era la atención, porque no nos permitía, o sea, no sabían ni cómo estaban, o sea, en este en qué este sala del del del hospital, las tenían este esté en cama. ¿No? realmente nunca pudimos ver, porque no se permitían la visita, entonces, no sabíamos si estaban en, a lo mejor lo tenían en el pasillo, en las camas, con pastillas o así.

Erik: ¿Y cada cuándo recibían la información del médico, este les hablaba?

Pedro: Cada veinticuatro horas o doce horas.

Erik: ¿Y todavía podían hablar con su paciente, con su esposa, o ya no tuvo la oportunidad?

Pedro: No. No, ya no. No, no, no, no, no permitía ni entrar, este, ni que entraran por celular, nada. No había modo de comunicarse con el paciente.

Erik: ¿Usted cree que, de alguna manera, el padecimiento de su esposa del crónico degenerativo de la diabetes influyó, de alguna manera, en el deceso?

Pedro: Sí, en parte y parte yo creo que lo emocional. Fíjate que hay otra cosa que te quería comentar. Ella aparte de una parte de la de la diabetes y la hipertensión, tenía problemas con las vías respiratorias, porque en alguna ocasión, pues, se metió a bañar, se le ocurre meterse a bañar y mezcla cloro, sarricida y agua caliente, entonces, hizo una bomba química y traía la faringe toda dañada.

Erik: Yo creo que también esa te influyó a ella. Con los problemas respiratorios. ¿Y eso tiene mucho que hizo su su bomba química?

Pedro: Unos seis años, siete años.

Erik: ¿Y tuvo algún problema? ¿Se desmayó, vomitó?

Pedro: Salió muy, este, sí, sentía que se le que le quemaba la garganta, ¿sí la llevamos al doctor? Y sí dijo, no, es que la peor tontería que puede hacer, señora, meterse a bañar, simplemente hasta con el cloro, mezclamos el cloro con agua caliente, los vapores los absorbe usted, los está respirando. Eso fue lo que le quemó la las vías respiratorias.

Erik: En su opinión y experiencia. ¿Cree que existen o algunos seguimientos que haya brindado el sector de salubridad o en este caso el ISSSTE en atención psicológica para las personas que hayan perdido a un familiar? ¿Usted recibió alguna llamada de algún psicólogo, alguna atención, ¿no?

Pedro: No, no, eso sí yo creo que sí les faltó a, este, al, yo creo que en general a todo el sector Salud, eso, este, le hizo falta el acompañamiento o el seguimiento de de de cómo se sentía la la, pues, las personas que perdieron algún familiar. Ninguno, en ninguno se acercó.

Erik: ¿Y algún otro servicio que le haya brindado el ISSSTE?

Pedro: No, ninguno, porque la, digamos, la cremación lo hicimos, este, no, es que estaba saturado todo eso.

Erik: Entonces, eso les generó otro costo, otro costo, no lo hicieron, no lo hizo el, este, el hospital.

Pedro: No, no, eso lo hicimos, este, que se tuvo que contratar servicio público particular.

Erik: Ok, porque también el gobierno manejaba que se les iba a dar como un apoyo a las personas que habían tenido COVID, que algunos les dieron o eso manejaban, que les daban dispensa o en el caso de las pérdidas familiares, que les daban, este, igual un apoyo justo para la cremación.

Pedro: Sí, sí, sí, es así, es así, este, a mi suegra, a mi suegra sí se lo dieron, y creo que creo que a mi esposa también, creo que sí la tramitó mi hija, ese sí o sea, sí parte de la, sí, sí nos apoyaron, es de la misma forma, sí, sí recibimos el apoyo nada más de una cantidad, este, no me acuerdo cuánto era, pero sí, sí, creo que sí la recibieron, mis hijos.

Erik: ¿Y cómo evaluaría usted la atención de del ISSSTE? Del uno al diez siendo uno muy bajo y diez excelentes, en cuanto a la atención.

Pedro: Pues la atención yo creo que era como un seis, siete, porque sí, la verdad, sí estaba, digo, no podemos decirle así porque te brindaba la atención, pero, como te comento, pues no no podías ver realmente qué tipo de atención te estaba prestando, ¿no?

Nos recibieron al paciente, pero más información eran, pues, está bien estable y y ya.

Erik: Ajá. Entonces, no era como como una atención tan detallada, a lo mejor sí estaban como sobresaturados.

Pedro: Ajá. Sí, no no no era tan detallada así, su paciente está oxigenando, está bajo, estable, este todo bien

Erik: ¿Cree que el sistema de salud quedó rebasado por la enfermedad?

Pedro: Sí estuvo rebasado, para ingresarla al al al hospital, tuve que contratar una ambulancia y la ambulancia estuvo buscando qué qué clínica le que le correspondía, o clínica digamos este del ISSSTE la podía recibir porque ni el López Mateo, ni el Veinte de Noviembre, ni el Fernando Quirón, ni el primero, el Primero de Octubre ninguno tenía, este, lugar. Lo único que encontró fue, este, en el en el Darío, y eso se tardó en en ingresarla como dos horas, porque decían que no, es que no hay lugar, si acá traigo hasta traían un número de uno número de serie del que les dan a ellos para ingresar.

Erik: Ajá.

Pedro: Si no, pues yo tengo no, no, tal, tal, tal, que sí hay lugar, no, no hay, y se metió el el el de la ambulancia, dice, no, aquí traigo yo ya la hoja de de ingreso con el número de folio fulanito tal tal tal.

Pero sí estuvo, realmente sí estuvo, este, en el momento donde estaba todo rebasado, rebasado, rebasado.

Erik: Ok. ¿Y en la actualidad usted sabe qué pasa con las personas que tienen COVID diecinueve? ¿O las que se llegan a contagiar?

Pedro: No. Este, no no no tengo el conocimiento que les pase. Fíjate que mi a mi hija mucho después de de de que fallece mi esposa o cuando estaba todavía no.

Ella sí se, sí, sí sale positiva, pero no me acuerdo por qué se contagió y su esposo, como es, digo, como era chofer de de chofer de del transporte colectivo, no sé si la contagió o no me acuerdo dónde salió. Ella salió positiva, pero bueno, salió ella.

A ella se le aplican dos vacunas. Antes de fallecer mi hija, porque mi hija fallece al año de su mamá, pero no de COVID. Ella murió por parecer que dice que por complicaciones o secuelas de la vacuna.

Erik: Órale, eso no no no lo tenía entendido de que habían habido decesos por las secuelas.

Pedro: Fíjate que una compañera de mí hija, dicen que es secuela de la vacuna, a ella la le le le pusieron la vacuna del astra. Entonces, dicen que una de sus secuelas del astra que tenían a mi hija le le le diagnosticaron trombosis severa pulmonar.

Y a una compañera de mi hija de la de la pedagógica vecina de su esposo de mi hija, varios fallecieron del mismo tipo de Trombosis.

Erik: Bueno, pues eso eso es algo importante que y que creo que le voy a dar un poco de seguimiento porque de esto sí no no no tenía información.

Pedro: Fíjese que sí.

Digo, este, nosotros nos enteramos así, digo, mi hija estuvo internada ocho días. Ocho días. El vecino, su amiga de mi hija también dice que estuvo como treinta días en el hospital, igual ya la iban a dar de alta y de repente falleció.

¿Y la vecina? Digo, mi a mi hija yo la internó un un catorce, no me acuerdo, no en febrero, diecisiete, algo así, pero tuvo ocho días.

Hablo con ella el domingo a mediodía. Papá, ya me van a dar de alta, me van a mandar con oxígeno porque, entonces, relativamente la tenían controlada.

Eso te estoy que, hablando que, a las doce del día, que era la visita, doce y media, hablé con ella. Doce horas después, me marca muy angustiada que la van a entubar porque la la oxigenación le bajó.

Y doce horas después me avisan que fallece.

Erik: Lo siento mucho. Discúlpeme por mover este tipo de de recuerdos que a veces sí tienden a a causar un poco de dolor al volver a revivir esto.

Pedro: Este, digo, mi esposa va a cumplir el el lunes, cuatro años, este lunes que viene, veinticinco.

Erik: Pues, lo siento, lo siento mucho. Y, por ejemplo, ¿usted cree que a lo mejor su esposa se hubiera salvado, hubiera tenido un mejor o más oportunidades si no sé, a lo mejor hubieran tenido un poco más de recursos económicos para llevarla a un hospital privado? ¿Cree que esto no hubiera podido haber pasado?

Pedro: Pues, este, bueno, es que, bueno, todos podemos suponer que sí, ¿no? Que sí. Ella, ¿qué crees? Que no quería ir, la verdad, la nosotros la ingresamos al hospital a engaños. Porque ella no quería ingresar al hospital, así como digo, yo creo que la las noticias y todo que lo que veía, yo creo que la tenía muy, este muy alterada, entonces, no no a un hospital, no a un hospital, no me lleven, no me lleven, no me lleven.

Pues obviamente, pues, nosotros cumplimos su su su deseo, ¿no? Que fue no no llevarla a un hospital.

Pero, ¿por qué ella lo así lo manifestaba? No, no, quiero que me lleve, no, no, no, no, no me lleve. Y ya la llevamos, pero, pues, con engaños.

Como te digo yo la llevaba con un doctor a hasta Tecamachalco, Tecamachalco, a Chalco, que la estaba controlando y estaba bien, pero de un miércoles, jueves, al lunes que fue lunes que le internamos nosotros, no sabemos qué qué qué pasó, o sea, qué qué fue lo que le detonó al al recaer.

Erik: ¿Y se pudo despedir de su esposa? ¿Hablo con ella antes?

Pedro: Vino la ambulancia, la subió, digo, este, subió mi hija y, este, digo, hija, este, ahorita ya vino la ambulancia, la teníamos con oxígeno.

Ella estaba tranquila, relativamente tranquila, ¿no? Así está. Tranquila. Ahí bueno, se ve, se veía tranquila, entonces, pues sí que estaba tranquilo, pero se veía tranquila.

Ya no nos dio tiempo de despedirnos porque, obvio, llegó la ambulancia y el protocolo ya ves que era meterla en una como cabina. Y este, ni tiempo medio de decirle nos vemos nada, nada, nada.

Con ella sí no fue ni, bueno, ni mi hija me dio tiempo de despedirme, lo único que te digo que platiqué con ella y todavía le digo, hija, no te preocupes, échale ganas y ya ya ya ya.

Fue lo único que platiqué con con mi hija, con mi esposa, sí, no.

No, aquí estuvimos, sí, la tuvimos bien, la estuvimos checando con el oxígeno, que estuviera bien, checando la la la oxigenación, la presión, porque también teníamos que checarle la presión, porque de repente como que se se le subía.

Se subía, su azúcar, su azúcar, se le estaba monitoreando, pues de hecho a la doctora que la atendía nos pedía que le le lleváramos una bitácora de a determinada hora de la oxigenación ¿qué era?

La oxigenación, este, la presión no me acuerdo de que otra cosa, entonces, lleva una bitácora cómo estaba el control.

Erik: Y las pérdidas de su familiar, en este caso de su esposa, ¿modificó su estilo de vida?

Pedro: Te modifica todo. Sí, sí, sí, me modificó todo. Este, pues a todos nos pegó, a lo mejor, este, este, muchos no lo demostramos. Por obvias razones. Sí. Y, pues, cada quien, yo creo que cada quien lo asimiló a su a su manera, ¿no?

Este, mi hijo, a lo mejor, su esposa, pues, lo lo acompañó, mi hija, pues, sí, también a mi hija sí le pegó mucho, a mi otra hija, pues, también, ella sí, la más chica sí tuvo que ir a, este, a al psicólogo y al tanatólogo, ella sí se atendió con el tanatólogo, y los demás, ¿no? Pues, yo creo que cada uno a su a su modo, ¿no?

Yo, obviamente, este, viendo a la tanatóloga en su página o en su canal vas oyendo y vas tratando de comprender, ¿por qué? porque es este que dices no no pasa, no lo dejas de superar, pero bueno, nos va a costar trabajo todavía asimilado, ¿no?

Erik: Pues sí, pero eso es también es parte de de del aprendizaje. Buscar también ayuda y también entender que a veces, justo como dicen, las cosas pasan por algo.

Pedro: Sí, sí obviamente, digo, yo lo yo veo con las conferencias de la tanatóloga.

Y sí te explica, por eso decías, este, me decías, ¿y sí le hubieras llevado un un, este, a un lugar más mejor?

Es lo que explica la tanatóloga, él hubiera ya no es no existe, aunque lo hubieras llevado al mejor hospital donde le brindaron todas las mejores atenciones, ya su destino está marcado, o su término ya lo tiene definido.

Entonces dice, no se sientan, este, mal, porque si es que si yo hubiera hecho esto, yo hubiera hecho lo otro, él hubiera no existe ya su su término estaba, bueno ya su destino estaba dicho, digo, aunque lo hubiera llevado a lo mejor hospital lo único que ibas a hacer es prolongarle un poquito más pero su su su fecha de que ya estaba establecida.

Erik: Ok. ¿Y en su vida actual cambió algo de de su comportamiento después del virus? No sé, alimentación, deporte, a una vida más saludable.

Pedro: Pues, seguimos, yo sigo haciendo lo lo mismo, o sea, digo, a lo mejor sí vario un poquito el tratar de comer menos carne, un poquito más de verduras.

Y el ejercicio, pues, digo, no he dejado de de estar este yendo a nadar, últimamente, este, me metieron al gimnasio, mi hijo, me metí al gimnasio, y entonces pues, sí, tratan de tenerme ocupado.

Erik: ¿Crees usted que estaría preparado para una próxima pandemia?

Pedro: Preparado, preparado yo creo que ya con lo que nos pasó ya tendríamos que estar más al pendiente de todo esto, porque ya pasaste por algo que desgraciadamente paso.

Erik: Y ya por último ¿qué reflexión o aprendizaje le dejó la pandemia de COVID-19?

Pedro: Híjole, qué aprendizaje que nos deja. Pues es que exactamente tener, este, atender las recomendaciones que te da, ¿no? Es que era no salir, no reuniones, no porque muchas veces no lo hacías, ¿no? y decías vámonos a la calle. O sí voy a salir con esto. No. No, no, no pasa nada, sí, muchas veces, este, como que las recomendaciones como que sí las tomamos un poco más a la ligera y no realmente como debe de ser.

Y nos decían no salgan no salgan únicamente a lo más esencial y ya, pero yo creo que con esto pues ya la próxima, esperemos que no pase pues ahora sí a pegarnos a lo que nos indican, ¿no?

Realmente no no salir, o sea, todo el tipo de recomendaciones que te den. Obviamente porque ya ya tuvimos una mala experiencia. Digo, el de mi esposa fue única, ¿no? Y de mi hija no puede ser que fue, este, fue de lo mismo, pero fue consecuencia de.

Erik: Ok, pues, le agradezco por la por la entrevista. Es, bueno, va a ser muy muy importante justo para culminar todo esto y tratar de entender cómo es de que se vivió este este tema de de la pandemia.

Y una vez más muchísimas gracias. Sé que volver a narrar este tipo de de historias es un poco doloroso porque se vuelve a recordar como si hubiera sido ayer lo que pasó.

Pedro: Y te digo, ya se ya se acerca la fecha, digo, estamos hablando que son cuatro, cinco días, ¿no?

Erik: Sí.

Pedro: Digo, el de mi esposa es ya ya a la vuelta. De mi hija es casi un mes, pero pues es lo mismo, ¿no?

Y te digo, de mi hija sí, este, pues no sabemos realmente, porque fue si, este, ni los doctores sabían qué tenía, no sabían qué tenía, no no no no la dieron, la iban a dar de alta porque yo creo que ya ya necesitaban también desocupar la cama.

Pero te digo, se iba a ir del hospital con oxígeno porque no le habían controlado la oxigenación, seguía teniendo la oxigenación baja.

Lo que yo sé es que fue a consecuencia de la vacuna fue por el deceso que paso, y te digo no fue una persona fueron varias personas conocidas que fallecieron casi en las mismas condiciones, estuvieron internadas e igual murieron por lo mismo.

Erik: Entonces ya sería todo, lo dejo que atienda su llamada y una vez más le reitero muchísimas gracias por la ayuda.

Pedro: Ok, sí, está bien. Nos vemos.

Erik: Cuídese. Gracias. Hasta luego.

Anexo 5.

Transcripción de entrevistas: Entrevista al señor Jahir Monroy Mejia

La entrevista se llevó a cabo de manera amena y relajada, aunque al tocar temas sensibles como el deceso de su mamá, el entrevistado se mostró afectado al recordar todo el proceso.

Erik. Mi nombre es Erik Fernando Monroy Pintor, soy estudiante de la licenciatura en Promoción de la Salud. Estoy realizando esta investigación como parte del proceso de titulación, y el objetivo es entender cómo las familias vivieron y afrontaron la atención durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19, especialmente en los centros de atención temporal de los CAT-COVID-19.

En esta entrevista busco conocer tu experiencia, tus pensamientos, aprendizajes, porque esto es muy valioso, ya que me ayuda a comprender mejor los aspectos que funcionaron y aquellos que podrían mejorar en el futuro, tanto en el ámbito de la atención médica como en el ámbito de la promoción de la salud.

Quiero asegurarte de que todo lo que compartas será tratado de forma confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos. Si en algún momento deseas pausar o detener la entrevista, no hay ningún problema.

También quiero recordar que puedes decidir no responder cualquier pregunta con la que no te sientas cómodo. ¿Tienes alguna duda o inquietud antes de que comencemos?

Jahir: No.

Erik: ¿Todo perfecto?

Jahir: Todo bien.

Erik: Muy bien. Pues vamos a darle. Primero me gustaría que me contaras un poco de cómo estaba constituida tu familia, tu familia en núcleo, tu papá, mamá, hermanos, hermanas, ¿cómo era tu familia antes de la pandemia?

Jahir: Pues, se puede decir que feliz, no sana, porque, pues, sabemos que existen enfermedades como la diabetes. Ajá. A través de que se vino esta enfermedad, pues, empezamos a decaer. ¿Por qué? Porque dañó a mi mamá, a mi papá y, pues, principalmente a mi mamá por la diabetes. No se le pudo tratar como se debía, y eso complicó la enfermedad.

Erik: ¿Cuántas personas habitaban en tu hogar?

Jahir: Habitábamos siete personas.

Erik: ¿Siete? ¿Cuántos niños?

Jahir: Dos niños y cinco adultos.

Erik: Entonces, antes de la pandemia, ¿cómo crees que era la salud de tu familia?

Jahir: Pues, regular, ni tan buena ni tan mala.

Erik: ¿Y para ti qué entiendes por salud?

Jahir: Pues, estar al cien, ¿no? Que tu cuerpo esté saludable, que no tengas enfermedades. Ajá.

Erik: Entonces, ¿tu papá y tu mamá tenían diabetes?

Jahir: Mi mamá sí, mi papá no. ¿No? Porque sabemos que la diabetes, pues, es, este, hereditaria, ¿no? Ajá.

Erik: ¿Y cuál era la ocupación de tus papás antes de enfermarse?

Jahir: Mi papá trabajaba en el gobierno y mi mamá era trabajadora en casa. Ok.

Erik: Y normalmente en sus tiempos libres, ¿qué hacían?

Jahir: Este, pues, para nada. Yo creo que a descansar. Ajá. Cuando llegaba mi mamá, pues, como llegaba bastante cansada, pues, se relajaba y ya, este, bueno, llegaba, hacía su comida, para que le diera de comer a mi hermana y a mi papá.

Erik: Ajá.

Jahir: Y de ahí tomaba un rato para descansar y, pues, para ver la televisión.

Erik: Ok. ¿Cómo eran las condiciones de su hogar y sus accesos básicos antes de la pandemia? Bueno, es decir, ¿tú consideras que tu situación económica influyó a que se expusieran al virus?

Jahir: Pues yo creo que sí, ¿no? Porque había la necesidad de salir a trabajar. Ajá. Y, pues, no podíamos estarnos encerrados como tal, porque teníamos necesidades, ¿no? Teníamos que convivir con toda la gente, usar el transporte público para movernos.

Erik: Ok, y normalmente cuando ustedes comían, ¿qué recuerdas cuáles eran sus comidas favoritas de, bueno, de en familia, ¿qué es lo que normalmente comían?

Jahir: Pues chucherías como la pizza, o las hamburguesas, que era lo que cuando juntábamos, que era lo que comíamos, ¿no?

Erik: ¿Y con qué bebidas suelen acompañar ese tipo de comida?

Jahir: Con refresco.

Erik: ¿Y más o menos con cuánta regularidad toman refresco?

Jahir: ¿Ahorita?

Erik: Ajá, o en ese tiempo.

Jahir: Pues casi diario. La mayoría del día comemos con refresco, porque a veces comemos con agua, este, o si es agua, pues es agua de sabor. Ajá.

Erik: Endulzada con azúcar, ¿verdad?

Jahir: Exacto. Ok.

Erik: ¿Y ustedes hacían algún tipo de actividad deportiva en familia? No sé, que fueran a caminar o hacer algo, ¿qué hacían? ¿A qué dedicaban su tiempo libre?

Jahir: Pues no, de hecho, no. Pocas veces yo creo que nada más cuando yo creo que nos sentíamos muy estresados, de repente sí nos íbamos por la mañana que nos daba, nos salíamos a caminar, pero por lo regular casi no hacíamos nada de ejercicio. Bueno, ejercicio, y de hecho hasta la fecha seguimos sin hacer algún ejercicio.

Erik: Entonces, ¿actividades deportivas? ¿no?

Jahir: No, nada.

Erik: Ok. Y otra pregunta que es un poco más, este, íntima, más o menos, ¿cuál cuánto era el salario mensual de tu familia aproximadamente? Es un aproximado, no tiene que ser exacto.

Jahir: Ajá, pues yo creo que aproximado entre todos como de unos treinta mil más o menos, unos veinticinco mil tal vez.

Erik: Oye, y todas estas actividades de que no hacían ejercicio, ¿era por falta de tiempo o por qué no?

Jahir: No, pues yo creo que, pues, pues, la hueva de no tener una actividad, ¿no? Y que, ay, mejor me paro más tarde y me descanso. Puedo aprovechar una mañana para ir a correr o ir a caminar. O sea...

Erik: ¿Prefieres dormir que hacer ejercicio?

Jahir: Pues sí.

Erik: Y con el dinero que ustedes percibían como familia, ¿les alcanzaba para poder acceder a una despensa básica?

Jahir: Pues sí, de hecho, sí.

Erik: ¿Y normalmente en qué es en lo que gastaban su dinero? ¿En alimentos, en medicamentos?

Jahir: Pues no, bueno, pues sí, básicamente en alimentos, porque vimos que tiene un ingreso, ¿no? Y lo demás, pues, en chucherías, este, o en ir a dar la vuelta por ahí.

Erik: Ok. ¿Y ustedes contaban con algún tipo de servicio de salud?

Jahir: Bueno, mis papás con seguro, con IMSS, con seguridad. Mi papá, pues, por parte de ellos, sí tenían, este, ¿no? Mi papá, mi mamá y mi hermana. Yo, como pues ya no, este, en ese momento no tenía yo independencia porque trabajaba, este, por aplicación y no te dan ahí, este, algún seguro, bueno, el de salubridad. Ahora sí que, pues no, yo no contaba con eso.

Erik: ¿Y ahorita actualmente dónde se atienden? ¿Y qué tan lejos les queda de su domicilio?

Jahir: Bueno, ahorita ya cuento con seguro. Este, pues, la clínica familiar nos queda como a unos veinte minutos, media hora, y el hospital más cercano, pues sí, nos queda como a unos cuarenta y cinco minutos más o menos.

Erik: Ok. ¿Y normalmente con qué regularidad su familia o ustedes acuden a hacerse un chequeo general?

Jahir: Híjole, yo creo que en ese tiempo yo no me he hecho ni un chequeo, y pues mis hijos tampoco. Mi esposa, pues, ella sí, porque apenas se puso mala y se estuvo yendo a checar, estuvo tratándose porque se le formaron piedras en la vesícula, entonces ya se estuvo checando, pero regularmente no nos checamos.

Erik: ¿Y esto a qué se debe?

Jahir: Yo creo que, no sé, igual por la desidia, ¿no? De andar batallando, de ir a perder el tiempo, ¿no? Ajá. Y yo creo que, pues, a futuro, sí te hace falta, porque pues sí, te hace falta que te hagan un chequeo para evitar alguna enfermedad que puedas tener y no lo notes. Pues sí.

Erik: Entonces, ustedes, por ejemplo, ¿actualmente se sienten bien con su sistema de salud? ¿Tienen alguna complicación o en ese tiempo tuvieron algún malestar?

Jahir: Pues, con el COVID, sí. Bueno, antes del COVID, pues, estábamos bien. Vino el COVID, nos preocupó a todos, a mis hijos, a mi esposa, a mis papás, a mi hermana, y en base a eso, yo quedé, así como que muy sofocado. Me sofoco mucho porque, pues sí, y me sofoco muy rápido.

Erik: ¿Y cuál fue, ahorita hablando del COVID, la reacción que ustedes como familia tuvieron al enterarse de que existía este virus nuevo, que estaba saliendo en las noticias? ¿Tomaron algún tipo de medida o qué fue lo que pensaron?

Jahir: Pues yo creo que al principio no, porque vivimos en otro país, ¿no? No lo vimos tan importante, no pensamos que llegara tan rápido aquí a la Ciudad de México, pero, pues sí, ya cuando vimos que ya estaba el virus, nosotros tratamos de tomar precauciones, tratar de usar cubrebocas cuando salíamos y usar bastante gel antibacterial.

Erik: ¿Y crees que eso funcionó?

Jahir: No, en lo más mínimo.

Erik: Ok. Pero ¿por qué no crees que funcionaban ese tipo de medidas?

Jahir: Porque, pues, de todas maneras, nos contagiamos, a pesar de que nos cuidábamos, no nos ayudó en nada. Ni porque nos poníamos doble cubrebocas, terminamos contagiándonos.

Erik: Ok. ¿Y recuerdas tu experiencia en los centros de atención COVID? ¿Los hospitales, alguna vez recibieron algún tipo de seguimiento, apoyo, una vez que tu familiar ya tuvo el alta del COVID?

Jahir: Pues no, de hecho, nadie nos tratamos en algún hospital. Bueno sí, en una clínica particular, bueno, una de esas de farmacias que están cerca. El médico era muy bueno y tenía bastante gente porque trataba mucho ese tema, pero ha sido una independencia como ahí existe, ¿no?

Mi mamá sí, ella cuando se puso ya bastante grave, vino tres veces la ambulancia, la estabilizó, la chequearon y todo, pero la tercera vez ya se la llevaron al ISSSTE

de Tláhuac. Nos decían que estaba estable, que estaba estable, y de un día para otro dijeron que ya había fallecido.

Erik: Lo siento mucho. ¿Me podrías contar un poquito más de cómo fue ese tipo de contagio de tu mamá? ¿Cómo fue que empezó? ¿Cómo se dieron cuenta que tenía COVID? ¿Cómo fue evolucionando la enfermedad?

Jahir: Sí. Este, empezó con dolor en los pulmones, que le dolía mucho, y los estudios no arrojaban nada. Después empezó a tener problemas con la oxigenación, la saturación le bajaba, se descontrolaba muy rápido. Ahí fue donde sospechamos de COVID, pero ya era demasiado tarde porque ya todos habíamos tenido contacto con ella sin protección ni nada.

Erik: Entonces, ¿la primera que se contagió fue tu mamá?

Jahir: Sí.

Erik: ¿Y contagió a toda tu familia?

Jahir: Exacto.

Erik: ¿Y cómo fue que llegaron a este centro de atención? ¿Quién los llevó? ¿Cómo llegaron ahí? ¿Hablaron por teléfono o qué hicieron?

Jahir: Sí, se le habló a la ambulancia porque te digo que ya estaba, este, ya la tercera vez que la saturación estaba por los suelos y hablamos para que vinieran de emergencia. Ellos se cubrían, ahora sí que, de pies a cabeza, entraban a la casa, la estabilizaban y ellos mismos nos decían que no, que lo conveniente era que se tratara aquí en la casa, porque en un hospital, con tanta gente que ya había, ya no había suficiente medicamento para darles un tratamiento adecuado.

Y pues ya, este, ¿cómo se llama? Pues sí, ya no, no la anotaban cómo era, y pues la tercera vez fue cuando la ambulancia se la llevó, y como era independiente del IMSS, del ISSSTE, perdón, se la llevaron al ISSSTE de Tláhuac, según era el hospital que estaba dedicado para todo eso del COVID, y ahí la iban a cuidar muy bien, pero, pues, creo que no.

Erik: Y cuando la tuvieron ustedes en su domicilio, ¿cuáles eran los cuidados que le daban?

Jahir: Pues, la teníamos con oxígeno y, este, acostada boca abajo.

Erik: ¿Y ese oxígeno quién se los daba? ¿Iban por él a algún lugar?

Jahir: Íbamos a recargar los tanques, conseguimos prestados unos tanques para irlos a recargar y que tuviera oxígeno todo el tiempo.

Erik: ¿Y ese oxígeno lo compraban o se los daba alguien?

Jahir: No, se compraba.

Erik: ¿Más o menos te acuerdas cuánto costaba cada tanque y cuánto tiempo les duraba?

Jahir: Creo que alrededor de cuatrocientos, quinientos pesos. Y dependía de los litros que le dáramos por minuto de oxígeno. Mientras más le dábamos, más rápido se vaciaba el tanque.

Erik: Y en tu experiencia, ¿cómo crees que fue la atención que recibieron en estos centros de atención COVID? ¿Ustedes recibieron algún tipo de seguimiento o apoyo después de lo que pasó con tu mamá?

Jahir: No, de hecho, ya no. Ya no recibimos ni llamadas ni nada. Nos tratamos ahora sí de que con una enfermera que venía a inyectarnos para salir de todo esto.

Erik: Ajá. Y normalmente ustedes, ¿dónde se informaban de todo esto que pasaba con la pandemia? ¿A través de la televisión, internet? ¿Dónde veían ese tipo de noticias?

Jahir: Pues sí, de hecho, a través de la televisión y del internet, porque, pues, se puso muy cañón esto de la pandemia, y pues en todos lados lo veías, hasta en la calle lo escuchabas.

Erik: Y durante este tiempo que se enfermó, que tu papá se enfermó, ¿siguió trabajando? Igual, ¿tu mamá siguió trabajando?

Jahir: No, de hecho, mi mamá, pues, como no aguantaba el dolor y se sentía muy mal, estuvo aquí en casa. Y mi papá, luego no iba a trabajar para estar con ella, llevarla a sus estudios, o ayudarla a moverse, porque sí, como que se desvanecía.

Erik: ¿Y tu papá siguió percibiendo el sueldo, igual tu mamá?

Jahir: Mi mamá no, como al cien por ciento, pero sí le dieron un apoyo. Y mi papá, pues sí, siguió recibiendo su sueldo.

Erik: Y tú y tus hijos, bueno, y tu esposa evidentemente, ¿qué cuidados tuvieron?

Jahir: Pues, al principio como no pensamos que fuera COVID, porque ella decía que solo era dolor de pulmón, nos tratamos normal, ¿no? Paracetamol y otra pastilla que no recuerdo, que era la que mandaban mucho. Porque de hecho hasta cuando te hacías la prueba y salía positivo, te daban un tratamiento.

Erik: ¿Y ustedes emocionalmente cómo se sintieron al saberse positivos de COVID y durante todo este lapso que vivieron con su mamá enferma?

Jahir: Pues, al principio, pues, fue un impacto. Primero fui yo, resulté positivo. Luego mi esposa fue a hacerse la prueba y salió negativa, pero yo positivo. Me puse en cuarentena, mis hijos los llevaron al día siguiente a hacer la prueba y salieron positivos. Yo me encerré con mis hijos en un cuarto, nos aislamos y mi mamá estaba en otro cuarto.

Después, a los dos, tres días, mi esposa volvió a ir, mi papá y mi hermana también, y ya resultó que todos teníamos COVID.

Erik: ¿Qué pasaba por su mente al saber que todos se contagiaron? ¿Cómo lo vivieron? ¿Qué pensaban? ¿Qué sentían?

Jahir: Pues, sentíamos feo, ¿no? Porque no podíamos salir, ya nos habíamos desesperado porque llevábamos mucho tiempo encerrados. Fue muy estresante.

Erik: ¿Y cómo fue el proceso de atención de tu mamá en el hospital? ¿Te comentaron algo? ¿La llegaste a ir a ver? ¿Cómo era ese proceso? ¿Cómo les pasaban información?

Jahir: No, no nos dejaban ir a verla. Nos llamaban cada tercer día, si no recuerdo mal. O diario, nos marcaban y nos daban informes. Decía un doctor: "Estoy checando a Patricia, su saturación ahorita está estable" y cosas así.

Erik: ¿Y su oxigenación?

Jahir: No, no tuvimos nada. O sea, no tuve la suerte de despedirme de ella ni cruzar la última palabra con ella. Cuando la sacaron de la casa en la camilla, la vi por la ventana porque yo estaba aislado. Fue la última vez que la vi.

Erik: Lo siento mucho.

Jahir: Sí... enoja.

Erik: Y después de que falleció tu mamá, ¿qué pasó con ustedes? ¿Tuvieron algún tipo de apoyo del gobierno o del hospital?

Jahir: Pues no, de hecho, nada. No hubo ni llamadas ni visitas ni nada. Lo único que nos dieron fue un número para marcar por si queríamos un apoyo económico por haber tenido COVID, pero solo te daban como diez mil pesos y ya, era lo único.

Erik: ¿Y el proceso para la cremación o el funeral cómo fue? ¿Recibieron algún tipo de ayuda en ese sentido?

Jahir: No, nada. Todo lo tuvimos que hacer nosotros. Nos dieron sus cenizas y ya, no hubo más apoyo ni seguimiento.

Erik: ¿Cómo fue para ustedes recibir la noticia del fallecimiento de tu mamá?

Jahir: Fue horrible, porque nos decían que estaba estable. Un día antes nos dijeron "está estable", y al otro día nos llamaron para decirnos que ya había fallecido. Fue como un balde de agua fría. No nos dejaron verla, no nos dejaron despedirnos ni nada. Solo nos dijeron "ya falleció" y que fuéramos a recoger sus cosas.

Erik: ¿Y cómo ha sido para ustedes lidiar con esta pérdida?

Jahir: Difícil, muy difícil. Al principio era como si no fuera real. Luego empiezas a sentir la ausencia y duele mucho. A veces, cuando salgo, siento como que la voy a

encontrar en la calle, que todo fue un error y que sigue aquí. Es un sentimiento muy raro.

Erik: ¿Y la pérdida de tu mamá afectó la dinámica familiar? ¿Cambió algo en su familia después de esto?

Jahir: Sí, bastante. Ya no es lo mismo. Antes había más unión, más convivencia. Ahora todo cambió. Con los hermanos de mi mamá, por ejemplo, ya casi no tenemos contacto. Nos distanciamos mucho después de que ella falleció.

Erik: ¿Y tú crees que, si hubiera habido una mejor atención médica, tu mamá habría podido sobrevivir?

Jahir: Yo creo que sí. Nos dijeron que, si la hubiéramos dejado en casa, tal vez habría tenido más oportunidad de sobrevivir. Porque en el hospital no había medicamentos suficientes, no había personal suficiente, y nos han contado que ahí prácticamente dejaban morir a los que ya estaban muy graves porque no podían hacer mucho por ellos.

Erik: ¿Y tú qué recomendarías para mejorar la atención médica en situaciones como la pandemia?

Jahir: Pues más médicos, más medicamentos, más equipo. No sé, que haya realmente un sistema de salud que funcione, que te den seguimiento, que te informen bien. Porque en ese tiempo ni siquiera sabíamos qué estaba pasando. Solo nos decían "está estable" hasta que de repente ya no lo estaba.

Erik: ¿Y tú crees que el nivel socioeconómico influyó en la atención médica que recibieron?

Jahir: Yo creo que sí. Si hubiéramos tenido dinero para pagar un hospital privado, tal vez mi mamá seguiría aquí. Pero tampoco es una garantía. Yo conocí gente que tenía dinero, que se atendió en hospitales privados y tampoco la libraron. Así que al final, creo que no era solo el dinero, sino que realmente no había un tratamiento eficaz.

Erik: ¿Cómo ha sido para ti emocionalmente todo este proceso?

Jahir: Pesado, muy pesado. Como te decía, a veces siento que la voy a ver en la calle, como si no hubiera pasado. Me cuesta aceptarlo. Pero pues, es algo con lo que tenemos que aprender a vivir.

Erik: ¿Y qué reflexión o aprendizaje te dejó la pandemia?

Jahir: Que hay que apoyar a los demás. Porque en su momento, mucha gente nos apoyó y eso se agradece. También aprendí que la vida puede cambiar de un momento a otro, y que hay que valorar a la familia mientras la tenemos.

Erik: Muchas gracias por compartir tu historia, Jahir. Sé que no es fácil hablar de esto, pero de verdad aprecio mucho que lo hagas.

Jahir: No hay problema. Gracias a ti por escuchar.

Anexo 6

Cartas de Consentimiento Informado

Ciudad de México, a __20__ de __1__ del 2025.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

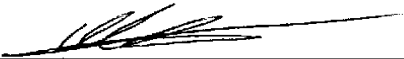
Yo Jahir Isaac Monroy Mejía, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **“Experiencias en los Centro de Atención Temporal COVID-19, durante la segunda ola de contagios en México. Estudio de caso en dos familias del área conurbada de la Ciudad de México, desde la Promoción de la Salud”**, cuyo objetivo es describir la manera en la que influyen los determinantes sociales de la salud para la atención, prevención y rehabilitación que tuvieron dos familias en los Centros de Atención Temporal COVID-19 durante la segunda ola de la pandemia., esta consistirá en responder una entrevista que pretende ampliar el panorama de esta investigación, haciendo de mi contribución algo enriquecedor para estos fines.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato digital a través de la aplicación zoom para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la carrera de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, que guían la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. El investigador responsable del estudio, Erik Fernando Monroy Pintor se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plante acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Tesis antes mencionada del investigador. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.


Jahir Isaac Monroy Mejía
Participante


Erik Fernando Monroy Pintor
Investigador

Ciudad de México, a 20 de 1 del 2025.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

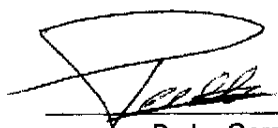
Yo Pedro García González, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **“Experiencias en los Centro de Atención Temporal COVID-19, durante la segunda ola de contagios en México. Estudio de caso en dos familias del área conurbada de la Ciudad de México, desde la Promoción de la Salud”**, cuyo objetivo es describir la manera en la que influyen los determinantes sociales de la salud para la atención, prevención y rehabilitación que tuvieron dos familias en los Centros de Atención Temporal COVID-19 durante la segunda ola de la pandemia., esta consistirá en responder una entrevista que pretende ampliar el panorama de esta investigación, haciendo de mi contribución algo enriquecedor para estos fines.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato digital a través de la aplicación zoom para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la carrera de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, que guían la investigación.

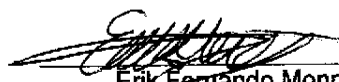
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. El investigador responsable del estudio, Erik Fernando Monroy Pintor se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plante acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización.

Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Tesis antes mencionada del investigador. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.



Pedro García González
Participante



Erik Fernando Monroy Pintor
Investigador

Anexo 7

Decesos por semana

Semana	No de decesos
Semana 42 (11 de octubre - 18 octubre 2020)	433
Semana 43 (19 octubre – 25 octubre)	512
Semana 44 (26 octubre - 1 noviembre)	506
Semana45 (2 noviembre – 8 noviembre)	554
Semana46 (9 noviembre- 15 noviembre)	610
Semana47 (16 noviembre – 22 noviembre)	698
Semana 48 (23 noviembre - 29 noviembre)	800
Semana 49 (30 noviembre – 6 diciembre)	869
Semana 50 (7 diciembre - 13 diciembre)	1,109
Semana 51 (14 diciembre – 20 diciembre)	1,341
Semana 52 (21 diciembre – 27 diciembre)	1,539
Semana 53 (28 diciembre - 3 enero 2021)	1,743
Semana 1 (4 enero – 10 enero)	1,916
Semana 2 (11 enero – 17 enero)	2,127
Semana 3 (18 enero – 24 enero)	2,243
Semana 4 (25 enero – 31 enero)	2,166
Semana 5 (1 febrero – 7 febrero)	1,829
Semana 6 (8 febrero – 14 febrero)	1,482
Semana 7(15 febrero – 21 febrero)	1,230
Semana 8 (22 febrero – 28 febrero)	1,098
Semana 9 (1 marzo – 7 marzo)	996
Semana 10 (8 marzo – 14 marzo)	880
Semana 11 (15 marzo –21 marzo)	718
Semana 12 (22 marzo – 28 marzo)	630
Semana 13 (29 marzo – 4 abril)	575
Semana 14 (5 abril – 11 abril)	450
Semana 15 (12abril – 18 abril)	467
Semana 16 (19 abril – 25 abril)	316
Semana 17 (26 abril – 2 mayo)	280

Semana 18 (3 mayo – 9 mayo)	183
Semana 19 (10 mayo – 16 mayo)	163
Semana 20 (17 mayo – 23 mayo)	124
Semana 21 (24 mayo –30 mayo)	95
Semana 22 (31 mayo – 6 junio)	58
Total de decesos	30,740