Plan de acción comunitario: una propuesta de intervención desde el diálogo con los actores que atienden y enfrentan la pandemia

José Alejandro Meza Palmeros[1]
Sandra Elizabet Mancinas Espinoza[2]
María Graciela Freyermuth Enciso[3]

Resumen:
Este artículo explica una fase de un proyecto de investigación-intervención[4] que busca identificar la percepción de riesgo y las prácticas comunitarias adoptadas por los sujetos de estudio par prevenir y reducir los daños de la crisis por Covid-19, de acuerdo con sus características sociales, culturales y los tipos de interacción que mantienen con autoridades políticas y sanitarias. Presentamos una propuesta de intervención que se ha diseñado e implementado desde enero de 2020, en diálogo con diferentes interlocutores (vecinos, interventores sociales, autoridades gubernamentales de salud y asistencia social, docentes y enfermos). El Plan de Acción Comunitaria presentado incluye tres funciones principales: comunicativa, pedagógica y de asistencia social. Esta propuesta considera la percepción del riesgo y las prácticas de reducción de daños como objeto de intervención.
Palabras clave:
Covid-19 - Intervención social - Percepción del Riesgo, trabajo social, antropología médica.

Abstract:
This article explains a phase of a research-intervention project that seeks to assess the risk perception and the community practices adopted by the study subjects to prevent and reduce the damage of the Covid-19 crisis, according to their social and cultural characteristics and the types of interaction that they maintain with political and health authorities. We present an intervention proposal that has been designed and implemented since January 2020, in dialogue with different interlocutors (neighbors, practitioners, health and social assistance government authorities, teachers and sick people). The Community Action Plan presented includes three main functions: communicative, pedagogical, and social assistance. This proposal considers risk perception and harm reduction practices as the intervention object.
Keywords:
Covid-19, social intervention, risk perception, social work, medical anthropology.

[1] Doctor en Ciencias, en Ecología y Desarrollo Sustentable por el ECOSUR. Institución de adscripción: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores En Antropología Social (CIESAS, Noreste). E-mail: alejandro.meza@ciesas.edu.mx
[2] Doctora en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la UANL Institución de adscripción: Universidad Autónoma De Nuevo León. Instituto de Investigaciones Sociales. E-mail: sandramancinas@hotmail.com
[3] Doctora en Antropología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Institución de adscripción: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores En Antropología Social (CIESAS, Sureste). E-mail: gracielafreyermuth54@hotmail.com
[4] Percepción del riesgo, representaciones sociales y prácticas comunitarias ante la pandemia del COVID-19 en tres entidades de la República Mexicana. Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con número 312266

Introducción:

El pasado 30 de enero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de covid-19 como una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional, cuando se confirmaron 9 826 casos en China y 106 fuera de este país (OMS, 2020a). El 11 de marzo, la OMS caracterizó la Covid-19 como una pandemia, cuando el número de casos fuera de China se triplicó en las últimas dos semanas. Esto obligó a las autoridades políticas y sanitarias del mundo a tomar medidas extraordinarias que afectan el comportamiento humano, como la limitación de actividades cotidianas y sociales.

De acuerdo con el reglamento sanitario internacional (OMS, 2008), una emergencia de salud pública de importancia internacional es aquella que implica un riesgo para la salud de otros estados por su propagación, y demanda, por consiguiente, una respuesta internacional organizada y coordinada. Las acciones coordinadas de alcance global son la vigilancia, la notificación de casos y la puesta en marcha de las orientaciones técnicas que hace la OMS a través de un comité creado con este fin. Entre las recomendaciones de carácter extraordinario que dicho organismo puede hacer a los estados ante cualquier contingencia sanitaria de índole transmisible son: la realización de exámenes médicos, la realización de campañas de vacunación, y la aplicación de medidas restrictivas tales como la cuarentena de las personas que se consideren casos sospechosos y el aislamiento de las personas infectadas por el virus.

Debido a sus implicaciones potenciales en la salud de la población, el Consejo de Salubridad General mexicano emitió el pasado 24 de marzo el decreto por el cual se emprenden acciones extraordinarias en materia de salubridad general para "salvaguardar la salud y la integridad de los mexicanos ante la situación de emergencia que afecta al país." (SS, 2020a).

Como parte de estas acciones, se estableció una comunicación intensiva de riesgos para informar diariamente a la población sobre la situación epidemiológica. Se han emprendido también otras acciones que han generado inquietud y han perturbado la vida cotidiana de la población tales como las medidas de desinfección, el aislamiento social, el aislamiento de las personas enfermas en los servicios de salud y cremación de los cadáveres.

Como en cualquier crisis, hay contingencias previsibles –tales como la saturación hospitalaria– cuyas consecuencias (entre otras, las reacciones de la población) pueden ser imprevisibles. No obstante –como lo plantean trabajos que anteceden la presente propuesta– las acciones coordinadas y planificadas pueden salvar vidas y reducir los daños derivados de la emergencia (Freyermuth, Meneses y Meléndez, 2009).

Este artículo tiene como objetivo describir un Plan de Acción Comunitaria que contempla tres funciones: comunicativa, pedagógica y de asistencia social. Partiendo de los supuestos que toda enfermedad tiene un carácter social y que ante cualquier contingencia toda comunidad adopta una serie de prácticas ante situaciones que percibe como riesgosas o peligrosas. Dichas prácticas, que nosotros consideramos de reducción de daños, siempre devienen de condiciones estructurales, sociales y culturales de los sujetos, así como de características singulares y de los tipos de interacción que éstos mantienen con autoridades políticas y sanitarias.

ISSN 1852-2459

Percepción del riesgo y prácticas de reducción de daños

Denominamos prácticas de reducción de daño a la serie de acciones que los individuos emprenden para enfrentar una situación percibida como peligrosa (Nichter, 2006). Estas acciones manifiestan, por un lado, la síntesis de información diversa que atraviesa y es filtrada por estructuras de valoración socializadas en la familia y en la comunidad. Por otro lado, señalan el deseo de los individuos de evitar dicha situación por medio de las medidas que consideran más pertinentes, más racionales o que provocan mayor tranquilidad.

Con este concepto, pretendemos superar una noción moralizadora diádica frecuentemente reproducida en el discurso biomédico, que distingue los comportamientos exclusivamente entre aquellos correctos, o apegados a este discurso y aquellos incorrectos, asociados a la ignorancia y/o negligencia (Briggs, 2003). Consideramos al sujeto como constructor activo de estrategias; es decir, no reproduce pasivamente las prescripciones o recomendaciones médicas. Por lo contrario, las contrasta constantemente con su experiencia (Browner y Press, 1996). En este sentido, el sujeto discierne y adopta comportamientos fundamentados en un conocimiento corporizado en el que se puede integrar el discurso biomédico.

Una de las preocupaciones que el personal de salud ha manifestado a lo largo de la pandemia es la automedicación, o el consumo de medicamentos (analgésicos, antigripales o antibióticos) sin prescripción profesional (Onchonga, 2020; Tejada y Medina-Neira, 2020). Esta práctica es incentivada por algunos medios de comunicación y redes sociales –donde se difunden, además, remedios caseros–. Se trata de medicamentos que el personal de salud y algunos servicios estatales de salud prescribieron con frecuencia, pero que dieron lugar a llamados de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para evitar su empleo. Sin embargo, se promovieron precipitadamente como efectivos para prevenir y tratar la Covid-19.

Observamos otras prácticas para reducir el riesgo de contagio que fueron ampliamente promovidas y que se ha demostrado su poca efectividad. Por ejemplo, la aplicación directa de desinfectantes en el cuerpo o de antisépticos bucofaríngeos, y el baño como medida de protección exclusiva. Si bien su empleo puede no ser nocivo, de acuerdo con lo documentado en la investigación que da pie al presente plan de acción, sí genera una falsa percepción de seguridad.

Estos ejemplos dan cuenta del carácter activo de los sujetos en la apropiación y refracción del discurso biomédico en su vida cotidiana (véase Meza-Palmeros 2021) para prevenir el contagio ante el Covid-19.

La intervención social y la experiencia compartida en diálogo con los sujetos de intervención

Nos referimos a la intervención como un proceso dialógico entre sujetos intervinientes (sujetos profesionales y sujetos nativos), donde la intervención profesional es apenas una de sus dimensiones. Dicho proceso requiere el establecimiento de un rapport y de una serie de tácticas operativas que, como como afirma Mallardi (2013) siempre están subordinadas a una estrategia. Además, requiere la comprensión de las relaciones sociales y las diversas situaciones de la vida cotidiana de los sujetos; de la posición del profesional -asumiendo que éste no es neutral ni aséptico- y del momento histórico (Mallardi, 2011). Entendiendo, tal como señala

ISSN 1852-2459

Guber (1994, citada en Madrid, 2011), el carácter contradictorio entre las prácticas, los valores y las normas, es decir las discordancias entre lo que las personas hacen, dicen que hacen y lo que se supone deben hacer.

Desde este enfoque, todos los sujetos que participan en la intervención están en diálogo permanente, negociando, confrontando y resistiendo. Con ello se da pie a una intervención etnográfica de las experiencias compartidas, en lugar de únicamente pretender describir y analizar las experiencias del otro (Page, 1988). Siguiendo a la autora antes citada, podemos decir que en este tipo de etnografía se evalúan mutuamente los posicionamientos de los actores participantes en un proceso de intervención, con la posibilidad de modificar el carácter de las acciones a realizar.

Finalmente, conjuntamos los saberes etnográficos y de trabajo social tomando como punto de partida la etnografía de las experiencias compartidas bajo las premisas antes dichas y la propuesta que recuperan Oliva y Mallardi (2011) del trabajo de Tobón y otras (1981), señalando que las funciones fundamentales de trabajo social son: asistencia, gestión y educación, las que no están al margen de las contradicciones del actual orden económico-social.

Al respecto, Oliva citada en Mallardi (2013: 14, 15), señala:

> […] la asistencia se produce a partir del contacto directo con los usuarios a través del suministro de prestaciones, sean bienes o servicios, que están delineados por las políticas públicas. Por su parte, la gestión es la función que incluye todas las acciones que procuran obtener y/o articular recursos, sea al interior del propio lugar de trabajo o con otras organizaciones o reparticiones. Finalmente, la función educativa tiene como objetivo transformar o modificar la manera de ver, pensar y comportarse de los usuarios en relación con la sociedad. Es una función que busca incidir en el modo de vivir y pensar las situaciones problemáticas que afectan el cotidiano de los usuarios (Cf. Iamamoto, 1997).

Estas funciones permiten afrontar a los ciudadanos -en tanto usuarios de políticas sociales y habitante de un territorio- situaciones problemáticas que afectan su cotidiano, como en este caso la Covid-19.

Metodología

La aproximación metodológica se realizó utilizando un abordaje etnográfico, que por las características de emergencia corresponde con lo que se conoce como evaluación etnográfica breve (Palinkas y Zatzik, 2009; Ackerman et al, 2017), utilizando como herramientas la etnografía digital, la observación participante, entrevistas semiestructuradas, entrevistas etnográficas (Guber, 2019) *in situ*, visitas y consultas domiciliarias.

Como parte importante de lo que llamamos "intervención etnográfica de emergencia" consideramos necesario adscribirnos metodológicamente a lo que se conoce como experiencia etnográfica compartida (explicada en el epígrafe anterior) e irnos a vivir durante el trabajo de campo a una de las comunidades de estudio[5].

[5] A la comunidad del Cerro de la Campana, en Monterrey, Nuevo León, aprovechando la presencia que ya se tenía en la zona, desde enero de 2020.

ISSN 1852-2459

Consideramos que eso nos permitiría consolidar y mantener el rapport necesario en el contexto de una enfermedad que, por su nivel de contagiosidad, genera desconfianza con "los de fuera", tal como lo ha señalado Mary Douglas (2002).

El proyecto de investigación-intervención

Como se ha dicho en el resumen, el presente Plan de Acción Comunitaria, hace parte de un proyecto de investigación mucho más amplio, que inició la primera semana de julio y concluirá la última semana de noviembre de 2020, aunque ya teníamos presencia en algunas de las comunidades[6]. Este proyecto se compone de tres fases: análisis situacional del problema; intervención y devolución; y formulación de recomendaciones en materia de comunicación para el cuidado de la salud, en el contexto del Covid-19, para la elaboración de políticas públicas.

A continuación, describiremos de manera muy breve el análisis situacional y la formulación de recomendaciones para la elaboración de políticas públicas, y nos centramos en la fase de intervención y devolución que cobija de manera más directa el diseño de este Plan de Acción Comunitario. En cada uno de estos apartados se mencionan las acciones táctico-operativas que se realizaron. Vale aclarar que, si bien estas fases se presentan en apartados distintos, en ningún momento constituyeron procesos autónomos y mutuamente excluyentes.

Análisis situacional del problema

En esta fase se buscó identificar y recolectar los mensajes relacionados con la pandemia, expresados por las autoridades sanitarias en las conferencias de prensa y boletines de salud oficiales tanto a nivel federal como en las tres entidades estudiadas (Nuevo León, Chiapas y Yucatán). La indagación de dichos mensajes se realizó a través del espacio digital, además de la prensa local, se realizó monitoreo en tres plataformas: Facebook, Twitter y YouTube. Y se sistematizaron bajo las categorías: valoraciones morales, políticas y económicas; atribuciones de responsabilidad y prácticas prescritas.

También se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a actores clave como autoridades sanitarias y personal de salud (personal médico, de enfermería y de trabajo social). Así como entrevistas etnográficas (Guber, 2019), caracterizadas por ejercerse en el marco de conversaciones informales con actores clave identificados in situ, así como observación participante. En el caso de Nuevo León, se realizaron visitas y consultas médicas domiciliarias y funciones de gestión en situaciones que requerían asistencia social y humanitaria con los vecinos de la comunidad participante.

[6] En el caso de Nuevo León, iniciamos el trabajo de campo, en enero de 2020, en el marco de una Investigación Acción participativa que buscaba analizar las relaciones materiales de existencia y las configuraciones familiares en contextos precarios. Ese estudio tiene el objetivo de estudiar la vida cotidiana de las niñas y los niños, bajo la propuesta Teórica de Agnes Heller, a través de las categorías Vivienda, Alimentación, Trabajo, Redes familiares e institucionales y Salud; La primera fase fue con niñas y niños de una escuela de educación básica del Barrio de la Campana, en Monterrey, México y actualmente se encuentra en pausa debido a la contingencia sanitaria. Mientras que, en el caso de Chiapas, se tiene una presencia de largo aliento en las comunidades tanto por relaciones profesionales como personales.

ISSN 1852-2459

Intervención y devolución

Debido a que la presente crisis suscita situaciones que afectan el bienestar psicosocial, consideramos como parte del horizonte ético que acompaña esta investigación, realizar medidas de asistencia social, pedagógicas y de gestión de apoyo humanitario. Además, se desarrollará una campaña digital que permita generar una vía de información relativa a salud mental dirigida al personal de salud.

De igual manera se están implementando acciones de devolución de los resultados a las comunidades, empleando dos estrategias: la entrega de material informativo impreso, digital y audiovisual (algunos de ellos en Maya, Tsotsil y Tojolabal) que conjugue las lecciones aprendidas y la realización de estrategias de interacción directa en formato de taller y sesiones familiares e individuales de diálogo e información sobre cuidados a la salud. Las sesiones familiares e individuales se han realizado a través de visitas y consultas domiciliarias, de observación participante (en conversaciones informales en la calle, o en visitas de acompañamiento a distintos centros de salud, observación participante de la cotidianidad, gestión de recursos y ayuda humanitaria para atender el problema del hambre, talleres sobre cuidados en salud) y/o en el contexto de la consulta médica. Todo lo anterior se conjuga en el Plan de Acción Comunitario que hemos elaborado y que se expone más adelante.

Los insumos para la elaboración de este plan de acción son tanto la literatura científica relacionada con atención a emergencias sanitarias con características similares a la actual en cuanto a su daño potencial; distintos protocolos de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales y los resultados de la investigación del proyecto: percepción del riesgo, representaciones sociales y prácticas comunitarias ante la pandemia del Covid-19 en tres entidades de la República Mexicana.

El plan de acción es comunitario y busca orientar el comportamiento de los usuarios potenciales de los servicios de salud ante la emergencia. En esta situación, suelen tomarse decisiones fundamentadas en información confusa proveniente de fuentes diversas y polifónicas (Meza-Palmeros, 2021). De ahí que el presente plan de acción priorice la información científica y los resultados de nuestra investigación para desarrollar tres aspectos que hemos considerado útiles para construir una "ruta crítica" que contribuya a reducir los daños de la pandemia en la comunidad: comunicación, educación y asistencia social.

Formulación de recomendaciones para la política pública en materia de comunicación y gobernanza en salud

Estas serán entregadas a las autoridades sanitarias a través de diversos reportes de evidencias de los resultados obtenidos y de las estrategias de devolución realizadas, así como la entrega del Plan de Acción Comunitario.

Los territorios y los sujetos intervinientes

El trabajo de campo se llevó a cabo en 5 localidades de tres entidades de la República Mexicana: Chiapas (Socoltenango, Nueva Palestina y Las Margaritas), Yucatán (Yaxcabá) y Nuevo León (Monterrey, en la comunidad Cerro de la Campana).

Las localidades han sido elegidas por tres motivos: en primer lugar, porque se encuentran en fases distintas de la epidemia; en segundo lugar, porque tienen

ISSN 1852-2459

características socio demográficas diferenciadas (urbana/rural, población indígena/no indígena) y finalmente por oportunidad. Esto último se refiere a que, en las localidades elegidas, las personas involucradas en esta propuesta tenemos presencia, ya sea por cuestiones familiares, residenciales o por encontrarnos realizando trabajo de campo antes de la crisis, lo cual consideramos ventajoso.

Características sociodemográficas de las localidades elegidas

La localidad de Socoltenango, está situada en el Municipio de Socoltenango (Chiapas). Hay 4 863 habitantes, 2 326 hombres y 2537 mujeres, prácticamente en su totalidad son mestizos. El 13,90% de la población es analfabeta (el 11,91% de los hombres y el 15,73% de las mujeres). El grado de escolaridad es del 6.15 (6.41 en hombres y 5.92 en mujeres). Se dedican fundamentalmente al cultivo de maíz, frijol hortalizas, a la fruticultura, y al cultivo de caña. Con el desplome de la caña se ha dado la migración masiva de personas de 15-49 años a Estados Unidos. Estos migrantes se han dirigido a los estados de Oregón, Texas Ohio y Miami en los Estados Unidos y también a Cancún, Tijuana y Guadalajara, en México. Desde la epidemia se ha dado un retorno masivo de estos trabajadores a Socoltenango. La localidad cuenta con una casa de salud de primer nivel y el hospital más cercano se encuentra a dos horas por carretera en la ciudad de Comitán.

El segundo estudio de caso se realizó en la localidad Nueva Palestina situada Municipio de Ángel Albino Corzo. Cuenta con 3 475 habitantes, 1772 hombres y 1703 mujeres. El 14,68% de la población es analfabeta (el 11,17% de los hombres y el 18,32% de las mujeres). El grado de escolaridad es del 4.56 (4.85 en hombres y 4.26 en mujeres). Los habitantes de este poblado son cafeticultores y también siembran maíz y frijol. Desde el 1ero de abril se ha dado el retorno de migrantes que continúa hasta la fecha. Este retorno proviene de otros estados de la República Cancún, Saltillo, Tijuana, México y Monterrey.

El tercer caso se realizó en la cabecera municipal del municipio de Margaritas, que está enclavado en la selva de Chiapas. Las Margaritas es una localidad de 20 786 habitantes (9 947 hombres y 10 839 mujeres). El 25.1% de la población es indígena (5 209 habitantes). Cuentan con un Hospital Básico Comunitario. Sus habitantes se dedican a los servicios, al pequeño comercio, al manejo de la madera, también es un municipio agrícola que produce tomate, frijol, maíz y café. Al igual que en otros municipios de Chiapas las pequeñas localidades han cerrado sus accesos a los trabajadores migrantes retornados.

Por su parte, en Yucatán, el trabajo de campo se realizó en el municipio de Yaxcabá. De acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el municipio de Yaxcabá se clasifica como una localidad con alta marginación, con una población de 3,007 habitantes, de los cuales 1,443 mujeres y 1564 varones. El 13.4% de la población de 15 años o más no tiene ninguna escolaridad. El promedio de escolaridad en la población mayor de 15 años son 6 años. El 70% de la población del municipio de Yaxcabá se caracteriza por hablar la lengua maya. La región sur de Yucatán se destaca por su actividad agrícola, sin embargo, debido a las constantes sequías y a la falta de apoyo al campo, las personas han tenido que desplazarse en busca de trabajo a la Riviera maya o a la ciudad de Mérida y retornan a su localidad los fines de semana. Ahora, debido a la contingencia del Covid-19, las personas han tenido que regresar a su casa y algunas se han quedado sin trabajo y por lo tanto sin dinero.

ISSN 1852-2459

En Nuevo León, el trabajo de campo se realizó en un barrio en la localidad de Monterrey, perteneciente al municipio del mismo nombre. Este sector cuenta con 2600 habitantes, de los cuales 1321 son hombres y 1289 mujeres. De esta población, 615 son niñas(os) de 0 a 11 años. El promedio de hijos nacidos vivos es de 2.67. Del total de habitantes, 610 (23%), son nacidos en otra entidad. De esta población migrante, únicamente 18 son hablantes de lengua indígena. En lo relativo a la escolaridad es importante mencionar que 75 personas de entre 3 y 11 años no asisten a la escuela, mientras que 125 personas de 15 o más años no refieren alguna escolaridad (INEGI, 2010). La población productiva se dedica a labores de servicios y de construcción principalmente. En la colonia se encuentra un centro de salud de primer nivel de atención médica que ha abierto de manera intermitente durante el transcurso de la pandemia.

Sujetos intervinientes

Los sujetos participantes fueron tanto personas nativas de las comunidades estudiadas como profesionales (médicas/os, trabajadoras/es sociales, enfermeras/os, promotoras/es de salud, personal de asociaciones civiles y asociaciones de beneficencia privada, maestras/os e investigadoras/es). Todos tienen una presencia cotidiana a través de distintos procesos de intervención, aunque focalizados en la asistencia social.

Los sujetos nativos en el caso de Monterrey, fueron elegidos inicialmente a través de la solicitud de consulta médica de una asociación civil que trabaja en la zona. Y posteriormente, mediante contacto directo por WhatsApp, llamadas telefónicas o por medio del dispensario médico-social que instalamos en la zona durante 4 meses. En el caso de las otras localidades mediante los vínculos vecinales de quienes recogieron la información y mediante la búsqueda intencional de sujetos considerados claves.

Los sujetos intervinientes profesionales fueron convocados por oportunidad, recurriendo a nuestras redes de colaboración. Y nosotros participamos conjuntando nuestros saberes de medicina, trabajo social y antropología. Ocupando posiciones de atención a la salud desde lo que se ha denominado *personal de atención de primera línea*, aunque nosotras/os situadas/os en el territorio, en el que -como ya se dijo antes- residimos durante 5 meses. En este sentido, consideramos que una de las características más importantes de la intervención es su carácter interdisciplinario, entendiendo con ello la coordinación epistemológica entre los niveles empíricos, pragmáticos y normativos (Max-Neef, 2005).

El Plan de Acción Comunitario

Se presenta un Plan de Acción Comunitario como parte de un proceso de investigación-intervención en salud, cuya estrategia central reúne funciones pedagógicas, de comunicación y de asistencia social, encaminadas todas ellas a la apropiación de conocimientos científicos sobre cuidados de la salud para reducir los efectos de una situación potencialmente dañina, como es la Covid-19 (Figura 1).

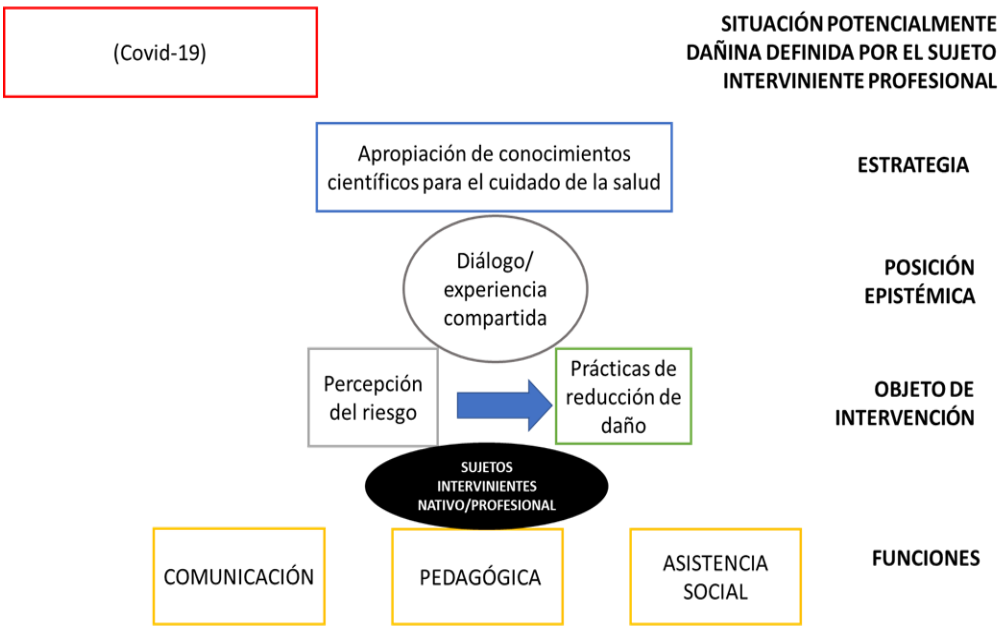
Definimos la apropiación, recuperando los trabajos de Chapela y Jarillo (2001), como una manifestación de carácter emancipatorio de los sujetos dentro de un proceso pedagógico en el cual son ellos quienes utilizan la información -contextualizada en sus necesidades y valores- para transformar diversas situaciones

ISSN 1852-2459

problemáticas en su vida cotidiana. En ese sentido es que consideramos que, en los procesos de intervención, los sujetos intervinientes son tanto los sujetos nativos, es decir las/os vecinas/os de las comunidades como los sujetos profesionales (médicas/os, trabajadoras/es sociales, enfermeras/os, promotoras/es de salud, personal de asociaciones civiles y asociaciones de beneficencia privada, maestras/os e investigadoras/es) que se encuentran realizando tácticas de intervención en el barrio de La Campana, incluidos nosotros.

Todos estos sujetos, como parte de la posición epistémica del proceso de investigación-intervención, participamos de manera dialógica en la puesta en marcha de distintas tácticas operativas que hacen parte de este de Plan Acción Comunitario para reducir los efectos de la pandemia causada por el Covid-19, tal como se esquematiza en la figura 1.

Figura 1
Representación esquemática del Plan de Acción Comunitario



Fuente: elaboración propia

A continuación, se explican cada una de las funciones que hacen parte dicho plan, así como los resultados que sustentan su importancia y las acciones puntuales que consideramos fundamentales para que se lleven a cabo como parte de cada una de ellas.

Función comunicativa

Como se ha demostrado en la literatura, la percepción del riesgo –es decir, la manera particular en que los individuos y los colectivos sociales asocian determinadas situaciones con el peligro– orienta su comportamiento y constituye uno de los aspectos más delicados con relación a la información que recibe la población (Solovic,

1986; Banegas, 1997). En este sentido, el papel de los medios de comunicación es muy relevante en momentos de crisis como el actual.

A partir de febrero, las autoridades gubernamentales nacionales y estatales han difundido incesantemente información de la pandemia con un considerable contenido epidemiológico. El 28 de febrero se inicia la campaña informativa permanente del Gobierno Federal mediante conferencias de prensa diarias. Como lo señalan Freyermuth Meza y Torres (2020), esta comunicación intensiva ha contribuido notablemente a definir los conocimientos de la población sobre la pandemia, así como las causas que se le atribuyen.

El uso de los distintos medios de comunicación ha contribuido a generar un flujo de información contradictoria y confusa. Los medios digitales han posibilitado que la ciudadanía produzca y divulgue información de diferente naturaleza y ha generado una "infodemia", es decir, una epidemia de información (Zarocostas, 2020).

La credibilidad y la confianza en la autoridad han determinado la percepción del riesgo ante la pandemia (Shao y Hao, 2020; Alyanak, 2020). Esto ya había ocurrido en otras crisis sanitarias. Por ejemplo, durante la epidemia llamada de "las vacas locas" en el Reino Unido, la desconfianza y poca credibilidad en las autoridades sanitarias fueron obstáculos importantes para que la población aceptara las recomendaciones preventivas (Bennett, 1999).

De acuerdo con nuestras observaciones en la investigación antes mencionada, las experiencias negativas en la interacción con el sector de la salud contribuyen a desacreditar la información emitida por las autoridades sanitarias. Recorridos burocráticos injustificadamente prolongados o experiencias de maltrato han contribuido a alimentar explicaciones conspirativas en las que se plantean intenciones negativas por parte del personal de salud. Por ejemplo, algunas personas han opinado durante entrevistas que en ciertos hospitales se mata deliberadamente a la población. Otras personas mencionaron que se les ha querido ingresar por la fuerza a los servicios de salud si dan positivo a la prueba PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa, conocida coloquialmente como la prueba del raspado bucofaríngeo) para identificar la presencia de Covid-19.

En México, con la puesta en marcha de la Jornada Nacional de Sana Distancia, las unidades hospitalarias aplicaron una serie de medidas para regular la interacción entre las personas hospitalizadas y sus familiares. Dichas regulaciones se concretaron básicamente en barreras materiales para impedir el contacto entre ellas. Si bien está comprobado que el aislamiento es una de las medidas más eficaces para evitar el contagio, también se ha demostrado que una protección adecuada lo minimiza significativamente, y que, si los familiares siguen con rigor las medidas de seguridad, no tendrían por qué contagiarse (Consuegra-Fernández y Fernández-Trujillo, 2020).

Sin embargo, tal como lo señalan los protocolos de la atención a los familiares de las personas ingresadas en los hospitales (IMSS, 2020; ISSSTE, 2020), el discurso se ha concentrado en el distanciamiento físico –excepto cuando se trata de niños/as y de personas con discapacidad–, lo que ha contribuido a que se dé poca importancia a otras posibilidades de interacción en el contexto hospitalario, pese a que sí se están realizando[7].

[7] En un ejercicio de devolución con integrantes del Colegio de Licenciados en Trabajo Social en Nuevo León que laboran en el ámbito de la salud, se identificaron las siguientes acciones de comunicación entre los pacientes hospitalizados y sus familiares: videollamadas a través de dispositivos móviles; visitas

ISSN 1852-2459

La comunicación entre los pacientes y sus familiares es fundamental, ya que se ha comprobado que tanto la experiencia subjetiva de la soledad como el aislamiento social tienen importantes implicaciones para la salud de las personas (House, Landis y Umberson, 1988). Por ejemplo, se demostró que el aislamiento social a causa de la influenza H1N1 trajo consigo daños psicológicos (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020).

En este sentido, pudimos confirmar que la pérdida de contacto con la familia y con el "mundo" es uno de los miedos más recurrentes entre las personas con covid-19 y entre los miembros de la comunidad que estudiamos. "No quiero ir al Seguro[8] porque si me llevan ahí, ya no salgo", nos dijo un vecino cuando le planteamos la posibilidad de recibir tratamiento hospitalario. Nuestros interlocutores relataron con frecuencia historias de familiares o conocidos que ingresaron al hospital con síntomas leves de covid-19 –u otro padecimiento– y una vez ahí, su condición se agravó y fallecieron solos, sin que su familia los volviera a ver, lo que se considera muy triste y penoso.

A lo largo del trabajo de campo durante la investigación mencionada, observamos que familias que habían tenido algún miembro hospitalizado tuvieron contacto con múltiples sujetos que les dieron información distinta –y a veces contradictoria– sobre el estado de salud de su familiar. A veces esta información había sido también extemporánea: llegaron a pasar hasta 24 horas antes de que se estableciera contacto con la familia, demora que incrementaba si el ingreso había sido en fin de semana.

El miedo al aislamiento y los desajustes en la comunicación entre las personas hospitalizadas por covid-19 y sus familiares ha desincentivado la búsqueda oportuna de atención hospitalaria cuando las complicaciones de la enfermedad hacen imposible su manejo en casa.

Recomendaciones sugeridas en el ámbito comunicativo

Continuar con campañas de comunicación que brinden información oportuna y confiable es la mejor manera de vencer el miedo (OMS, 2017) y el estigma. Es importante que se comuniquen los riesgos que tiene la población de enfermar de Covid-19, las medidas de prevención, las vías de contagio, el tratamiento y sus limitaciones, y las secuelas que esta enfermedad puede generar, empleando para ello sólo aquella información de la que se tiene certeza.

Es indispensable comunicar que las medidas de prevención como el uso de cubrebocas, distancia física de 1.5 metros entre las personas y el lavado de manos, deben mantenerse aún con las personas de confianza, vecinos y familia (especialmente con aquellos que no habitan en el mismo domicilio).

Es necesario que en la información que se comparta la necesidad de acudir a consulta médica ante cualquier signo o síntoma indicativo de Covid-19 y el reconocimiento de aquellos que son indicativos para decidir el momento oportuno para solicitar atención hospitalaria. Alertando a la población sobre los daños a la salud que la automedicación puede provocar.

Resulta urgente incorporar mensajes sobre dos temas: prevenir y evitar el estigma y la discriminación invitando al apoyo y solidaridad familiar y vecinal; así como en

virtuales a través de salas habilitadas exprofeso en algunos hospitales; realización de videos para conmemorar fechas especiales (día de la madre, día del padre); cartas escritas a mano; en algunos casos vistas presenciales en los jardines de una clínica privada, observando todas las medidas de seguridad.

[8] Nombre coloquial para referirse al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

ISSN 1852-2459

información sobre los cuidados necesarios para la recuperación, diferenciando si la persona requirió apoyo respiratorio o no.

Es importante que la comunidad tenga conocimiento de su derecho a ver a su familiar hospitalizado. Por ello, se deben informar las distintas vías de comunicación disponibles entre las familias y las personas hospitalizadas, observando siempre el buen trato entre el personal de salud y los ciudadanos.

Consideramos fundamental dialogar sobre las pautas sanitarias a observar en la realización de velación, cremación, sepultura y novenario, o bien privilegiando el uso de la tecnología en la realización de éstos. Previo a ello, es necesario que la comunidad conozca qué profesional o profesionales de la salud son responsables de comunicar el fallecimiento de una persona y orientar los trámites de recuperación del cuerpo.

Finalmente, es importante que todos los mensajes que se emitan sean claros, concretos y vistosos[9]; de diversos tipos -elaboración de material impreso (carteles, trípticos, cuadernillos), audiovisual (videos cortos, audios)- y que en su difusión se empleen distintas vías: redes sociales y talleres de capacitación.

Función pedagógica

Como señalan Chapela y Jarillo (2001), el saber y las prácticas de salud constituyen constructos sociales históricamente determinados. El sujeto se construye en el contexto de relaciones pedagógicas marcadas por la interacción social y la intersubjetividad. Por este hecho, los saberes en salud se encuentran socialmente distribuidos, a partir de relaciones de poder.

La función pedagógica no se limita a difundir información sino a facilitar que distintos saberes en salud puedan ser distribuidos y apropiados de acuerdo con las necesidades colectivas. Al considerar la intervención en el marco de un espacio pedagógico, asumimos la interlocución con un sujeto activo, que interpreta, dialoga, confronta y se apropia de la información de acuerdo con una subjetividad construida histórica e intersubjetivamente a través de la experiencia.

Aunque las tácticas que se centran en la comunicación a través del empleo de los medios de comunicación pueden facilitar el acceso a distintos saberes, y por consiguiente contribuir a una distribución más equitativa de saberes, en estos el contexto subjetivo se encuentra ausente. No es posible identificar la intencionalidad o el posicionamiento del emisor. El sujeto interactúa con la información que recibe simplemente excluyéndola o apropiándosela.

Por el contrario, en la función pedagógica que seguimos se plantea la posibilidad del diálogo. Los posicionamientos son más claros, al igual que la posibilidad de confrontación y cuestionamiento. Durante este proceso es cuando se da la posibilidad de negociar los distintos discursos y de una intervención etnográfica de las experiencias compartidas, tal como se mencionó en epígrafes anteriores. Siguiendo a Page (1988), un diálogo emerge en cualquier acto comunicativo en donde la evaluación mutua de posicionamientos tiene la posibilidad de modificar el carácter de la comunicación subsiguiente. Por ejemplo, durante la intervención in sutu distintos sujetos se negaron a ir al hospital, aunque esto fuera contrario a nuestra recomendación. No obstante, como interventores tuvimos que respetar su decisión para gestionar y proveer un manejo domiciliario.

[9] Véase el anexo 1.

ISSN 1852-2459

Recomendaciones de carácter pedagógico

Uno de los objetivos de la educación para la salud es contribuir a desarrollar competencias para buscar, discriminar y comprender información confiable sobre salud (Glanz, Rimer y Viswanth, 2008). Por tal motivo es indispensable desarrollar tácticas pedagógicas de búsqueda de información de fuentes confiables en salud y asistencia social.

Por ejemplo, a través de estudios internacionales y de las conferencias de prensa de la Secretaría de Salud en México se ha podido reconocer el papel de la edad –y las enfermedades asociadas a ésta– en la sobrevivencia de los enfermos de covid-19. Y que el virus también se propaga entre personas aparentemente sanas, cuya carga viral puede ser menor.

Es indispensable que en la función pedagógica participen vecinos de la comunidad y actores que para ellos representen autoridad moral y confianza, como miembros de iglesias, activistas, asociaciones civiles, personal de salud y de asistencia social, sean institucionales o no. Enfatizando que como no tenemos una cura ni una vacuna segura contra la covid-19, podemos evitar contagiarnos tomando las sencillas medidas descritas en este plan de acción.

Otras experiencias (Freyermuth, Menesses y Meléndez, 2009) han mostrado que contar con un plan familiar para actuar ante una contingencia de salud, como sería que un miembro de la familia enferme, puede contribuir a salvar vidas. Consideramos recomendable que dicho plan pueda llevarse a cabo con el acompañamiento u orientación del personal de salud (principalmente medicas/os y trabajadoras/es sociales), para lo cual elaborar localmente un listado de personal de salud que pueda asistir a la familia podría ser de gran ayuda, para adelantarnos a la contingencia desde casa.

Para enfrentar un eventual evento de salud como consecuencia de la Covid-19 en nuestra familia es importante que contestemos las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo debo buscar atención médica?
- ¿A dónde acudiré en caso de sentirme mal y presentar signos y síntomas compatibles con la Covid-19?
- ¿Dónde puedo realizarme la prueba?
- ¿Qué puedo hacer en caso de presentar síntomas leves?
- ¿Qué puedo hacer en caso de síntomas moderados y graves?
- ¿Cómo me trasladaré en caso de requerir ayuda?
- ¿Quién o quiénes pueden acompañarme y cuidarme durante mi proceso de enfermedad?
- ¿Tengo algo de dinero ahorrado para los gastos necesarios tales como transporte, alimentación, medicamentos y equipo médico como un oxímetro? ¿Cómo podría conseguir dinero en caso necesario?
- ¿Cómo podré comunicarme con mis seres queridos en caso de tener que acudir a un hospital?

Es menester que este plan de familiar se apoye en preguntas, ya que las respuestas no están determinadas por el sujeto interviniente profesional, sino por el sujeto interviniente nativo, lo que da lugar a un proceso pedagógico dialógico. Sin embargo,

ISSN 1852-2459

estas preguntas deben adaptarse al contexto de las comunidades en donde se interviene.

Las acciones de carácter pedagógico pueden llevarse a cabo de manera virtual y/o presencial, durante reuniones exprofeso, durante visitas domiciliarias y haciendo uso de redes sociales. Por lo tanto, pueden tener alcance comunitario, grupal o familiar.

Función de asistencia social

Tal como lo indica la OMS (2020b) la salud está determinada por una serie de condiciones de carácter social, como aquellos en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como por las características del sistema de salud. De aquí las diversas maneras en que las personas nos enfermamos y somos atendidos denotan las inequidades en salud.

La pandemia por covid-19 ha profundizado las inequidades en salud. Si bien la clase social no implica mayor o menor inmunidad ante la enfermedad, sí representa condiciones económicas particulares para afrontarla. En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020) señala que los efectos socioeconómicos más graves de esta enfermedad se van a observar entre las mujeres y los sectores de ingresos bajos y medios bajos, donde los trabajos suelen ser informales o temporales y no se pueden hacer desde la casa, y las familias viven hacinadas, muchas veces sin acceso a agua potable y saneamiento. Además de que el acceso de estos sectores a la atención médica es muy limitado.

En el trabajo de campo de la investigación que fundamenta este plan de acción, constatamos estas carencias y otras más que acentúan las inequidades en salud. Muchas personas en las comunidades estudiadas que trabajaban en el sector informal perdieron su fuente de ingresos. Principalmente las empleadas domésticas, los jardineros y los hombres que se dedican a la construcción, así como los migrantes que trabajaban en lugares turísticos o en Estados Unidos. De igual forma, con las medidas de confinamiento las personas que comían gracias a la solidaridad vecinal vieron mermadas sus posibilidades de alimentarse (Meza-Palmeros, 2020). Esto ha dado lugar a que algunas personas padezcan hambre.

Diversas asociaciones civiles y religiosas, y el gobierno de manera intermitente, han atendido el hambre. Los actores de una asociación civil que interviene en la zona de nuestra investigación, a quienes entrevistamos, nos informaron de personas que hacían solo una comida al día y se proveían de las despensas que recibían de las organizaciones. Esta situación es más crítica en las zonas urbanas y los hogares unipersonales cuando se presenta el Covid-19. Así lo pudimos constatar con un señor que tenía un trabajo precario, quien pasó dos días sin comer, uno porque no tuvo hambre debido a la enfermedad, y otro porque no tuvo qué comer.

En algunas comunidades, las condiciones del terreno dificultan la asistencia médica a los enfermos de covid-19. En una de las comunidades estudiadas a cuyas viviendas se llega por escalinatas de pendiente pronunciada, subir los concentradores de oxígeno (facilitados por una asociación civil) implicó todo un despliegue de fuerza y resistencia. El suministro irregular de energía eléctrica -debido a las precarias conexiones- representa un riesgo para el equipo de apoyo respiratorio, y fue motivo de preocupación de las personas enfermas y sus familias, que la alimentación de oxígeno se interrumpiera.

ISSN 1852-2459

Una situación que requiere especial atención dentro de la crisis sanitaria es el fallecimiento. Debido a que los rituales de velación y entierro son considerados espacios de riesgo para el contagio de Covid-19 y requieren de muchos cuidados para llevarse a cabo y, al estigma que acompaña a esta enfermedad el duelo suele ser más doloroso (SS, 2020b).

La Secretaría de Salud sugiere que estos rituales se restrinjan al máximo o se omitan (SS, 2020b), lo que para muchas familias es difícil de aceptar. Tenemos conocimiento de que se han llevado a cabo rituales de velación y novenarios, lo que representa, recuperando a Illich (2006) prácticas de profundos significados culturales y afectivos sobre la salud y la muerte en la cosmovisión de las comunidades. Por ello, sería oportuno "modernizar las prácticas populares"[10] para la velación y el novenario, es decir, proponer formas seguras para realizarlas, quizá mediante el uso de la tecnología.

En medio de la pena que los embarga, los dolientes deben hacer los trámites funerarios, que en el contexto de la pandemia suelen ser más complejos, en particular cuando el fallecimiento ocurrió en el domicilio. Esto conlleva un mayor desgaste físico, emocional y económico para los familiares y las comunidades.

A pesar de que el certificado de defunción es gratuito, en el trabajo de campo constatamos -al acompañar a dos familias en su gestión- que los familiares de una persona fallecida en su domicilio tuvieron que pagar a las autoridades forenses hasta $ 3,000, pesos (equivalente a 150 USD) e invertir un tiempo excesivo en el recorrido de una intrincada red burocrática, para obtener el documento. Estas familias desconocían los trámites para enterrar o cremar al difunto.

El fallecimiento de una persona por Covid-19 no representa para los familiares el final del proceso, sino que constituye el principio de una serie de recorridos burocráticos en que deben ser acompañados y orientados.

Por todas las razones antes dichas y tal como lo dijo una médica entrevistada, la Covid-19 es una enfermedad "de la familia", ya que ésta se convierte en "paciente" desde el momento en que el contagio se debe monitorear entre sus miembros. Además, no sólo la salud de la familia puede verse comprometida, sino también su economía, debido a que tanto las personas enfermas como las que las cuidan deben suspender sus actividades remuneradas. De aquí que necesiten a la vez asistencia médica y social.

Recomendaciones sobre asistencia social

Es recomendable que las y los sujetos intervinientes profesionales y nativos construyan alianzas y redes dirigidas a la información y asistencia a las comunidades, en las que se involucre instancias de gobierno, personal de salud local, asociaciones civiles, promotores profesionales y voluntarios de salud.

En caso de fallecimiento, tener claro que las/os trabajadoras/es sociales de las unidades hospitalarias son los profesionales capacitados para orientar el reconocimiento y la recuperación del cuerpo, así como la obtención del certificado de defunción y la información de instancias gubernamentales que apoyan en los gastos funerarios.

Es importante continuar, reforzar y ampliar la disponibilidad de acompañamiento emocional a la población en general, particularmente a las personas que se han

[10] Illich, (2006), sólo del entrecomillado.

ISSN 1852-2459

sobrevivido a la Covid-19 y tienen secuelas de distinto orden, a sus familias y a aquellas encargadas de su cuidado.

Es igualmente importante contar con un directorio de instituciones que ofrecen asistencia social en los siguientes rubros, explicando los requisitos para acceder a ella:

a) Apoyo alimentario
b) Apoyo y acompañamiento emocional
c) Realización de dictámenes médicos para la solicitud de equipo de apoyo
d) Préstamo de concentradores y tanques de oxígeno
e) Apoyo en realización de pruebas de Covid-19
f) Programas de empleo
g) Programas de apoyo económico
h) Apoyo para gastos funerarios

Finalmente, es importante no desconsiderar que la asistencia social es un derecho ciudadano y como tal debe estar garantizado por el Estado. Sin embargo, hemos visto que la asistencia humanitaria ha sido vital para afrontar esta crisis sanitaria.

Reflexiones finales

La Covid-19 es una enfermedad nueva. Y como en toda situación nueva, usualmente ocurren dos posiciones polarizadas. Una, caracterizada por la inacción y otra determinada por acciones unidireccionales e impositivas, generalmente derivadas de los sujetos intervinientes profesionales.

Como se ha dicho desde el inicio de este artículo, si bien este material tiene una impronta táctico-operativa, no pretende ser una receta de actuación, sino una apuesta por el diálogo entre distintos saberes con base en la experiencia compartida, lo que nunca está al margen de tensiones y relaciones de poder entre los distintos sujetos intervinientes (véase, Mancinas, 2014).

Se trata, entonces de una propuesta incipiente en el tipo de intervenciones -que nosotros llamamos- dialógicas, es decir, procesos que tensionan lo que Dietz (2011) ha denominado “la introspección estetizante” y la “externalización movilizante”. Y en el caso de la Covid-19 representa generar y construir un Plan de Acción Comunitaria en la tensión entre los saberes nativos y los saberes profesionales que se reproducen a través de procesos de medicalización.

Bibliografía

ACKERMAN, S; TIEU, H: SCHILLINGER, H; HOSKOTE, & LYLES, G. (2017). Meaningful use in the safety net: a rapid ethnography of patient portal implementation at five community health centers in California, Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 24, Issue 5, Pages 903–912, https://doi.org/10.1093/jamia/ocx015

ALYANAK, O. (2020). Faith, politics and the covid-19 pandemic: The Turkish response, en Medical Anthropology. doi: 10.1080/01459740.2020.1745482.

BANEGAS J. R. (1997). La comunicación de riesgos en salud pública. SEE 10: 1-2.

BENNETT P. (1999). Understanding responses to risk: some basic findings en Bennett P. & Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press, pp. 3-19.

BRIGGS, C. L. (2003). Why Nation-States and Journalists Can't Teach People to Be Healthy: Power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses on Health. Medical Anthropology Quarterly, 17(3), 287-321

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., y RUBIN, G. J. (2020). "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence", en The Lancet.

BROWNER, C. H., & PRESS, N. (1996). The production of authoritative knowledge in American prenatal care. Medical Anthropology Quarterly, 10(2), 141-156.

CEPAL (2020). Informe especial Covid-19. No. 3. El desafío social en tiempos del COVID-19. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf

CONSUEGRA-FERNÁNDEZ, M. y FERNÁNDEZ-TRUJILLO, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas, en Revista de Bioética y Derecho. 50:81-98.

CHAPELA, C. y JARILLO, E. (2001). Promoción de la Salud, siete tesis del debate. Cuad. méd. soc. (Ros.); (79): 59-69.

DIETZ, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 6 (1), Pp. 3-26

DOUGLAS, M. (1973). Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú, trad. de E. Simons, Madrid: Siglo XXI.

FREYERMUTH G, SERGIO MENESES y MELÉNDEZ, David. (2009). Plan de Seguridad; un Modelo de Diseño y puesta y marcha de Acciones para disminuir la Muerte Materna. En: La Muerte Materna. Acciones y Estrategias hacia una Maternidad Segura. Serie: Evidencias y Experiencias en Salud Sexual y reproductiva. Mujeres y Hombres en el Siglo XXI. Freyermuth, G. y Sesia, P. (coordinadoras). México. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Pp.123-132.

FREYERMUTH G, MEZA A, TORRES G. (2020). Covid-19. Conocimientos y explicaciones causales desarrolladas por la población mexicana. Resultados preliminares. Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle, 14(54), 167-200.

DOI: http://doi.org/10.26457/recein.v14i54.2652

GUBER, R. (2019). La etnografía: método, campo y reflexividad. Siglo XXI editores.

GLANZ, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.

HOUSE, J. S., Landis, K. R., y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. Science, 241(4865), 540-545.

ILLICH, I. (2006). Némesis Médica, en Obras reunidas I. México: FCE.

INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Ciudad de México, 2010. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/ Consultado el 28 noviembre del 2019.

IMSS (2020). Lineamiento para el ingreso de familiares a hospitalización y reporte del estado de salud a familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 Versión 2. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE (2020). Guía Operativa para Salvaguarda de los Derechos Humanos en la Atención Médica durante la Pandemia por COVID-19. México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

MANCINAS, S. (2014). "La construcción" del sujeto de intervención en trabajo social. Un análisis histórico-crítico. Praia Vermelha. v.24, n.2, p. 377-402.

MADRID, L. (2011). La observación en la práctica profesional del Trabajador Social. En: Oliva, A. y Mallardi, M. Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil. UNICEN.

MALLARDI, M. (2013). Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad. Tandil. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Problemáticas Internacionales y Locales.

MALLARDI, M. (2011). La entrevista en trabajo social. Aproximaciones a un objeto polilógico. En: Oliva, A. y Mallardi, M. Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil. UNICEN.

MAX-NEEF, M. A. (2005). Foundations of transdisciplinarity. Ecological economics, 53(1), 5-16.

MEZA-PALMEROS, J. A. (2021). Prescripciones alimentarias y límites de la medicalización. Polifonía y utilización de medios de comunicación en una población urbana de México. Saúde e Sociedade, 30:1, 1-11 DOI 10.1590/S0104-12902021200136

MEZA-PALMEROS, J. A. (2020) Risk perception, coronavirus and precariousness. A reflection on fieldwork under quarantine, Health Sociology Review, 29:2, 113-121, DOI: 10.1080/14461242.2020.1785321

NICHTER, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. Desacatos, (20), 109-132.

OLIVA, A. y MALLARDI, M. (2011). Capítulo introductorio: procesos de intervención y tácticas operativas en trabajo social. En: Oliva, A. y Mallardi, M. Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social. Tandil. UNICEN.

OMS. (2017). Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk com- munication (ERC) policy and practice. Geneva: World Health Organization.

OMS (2020a). Situation Report-24 [Consultado el 12 junio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/2020 0213-sitrep-24-covid-19.pdf?sfvrsn=9a7406a4_4 Organización Mundial de la Salud

OMS (2020b). Determinantes sociales de la salud. [Consultado el 20 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

OMS (2008). Reglamento sanitario internacional (2005). Ginebra: OMS.

ONCHONGA, D. (2020). "A Google Trends study on the interest in self-medication during the 2019 novel coronavirus (COVID-19) disease pandemic", en Saudi Pharmaceutical Journal: SPJ, 28(7): 903.

PAGE, H. E. (1988). Dialogic principles of interactive learning in the ethnographic relationship. Journal of Anthropological Research, 44(2), 163-181.

PALINKAS, L.A., ZATZICK, D. Rapid Assessment Procedure Informed Clinical Ethnography (RAPICE) in Pragmatic Clinical Trials of Mental Health Services Implementation: Methods and Applied Case Study. Adm Policy Ment Health. 46, 255–270 (2019). https://doi.org/10.1007/s10488-018-0909-3

SHAO, W. y HAO, F. (2020). Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID–19 in a highly polarized environment. Social Science & Medicine (1982), 261, 113235. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113235.

SLOVIC, P. (1986). Informing and educating the public about risk. Risk analysis, 6(4), 403-415.

SS (2020a). Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). México, Secretaría de Salud.

SS (2020b). Lineamientos de Manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-19. (SARS-CoV-2) en México. Versión 21 de abril de 2020 [Consultado el 12 junio de 2020]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19_21042020.pdf México, Secretaría de Salud.

TEJADA, S. F. y MEDINA-NEIRA, D. (2020). La automedicación promovida por medios de comunicación, un peligro con consecuencias en tiempos de crisis de salud pública por la COVID-19, Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 31(3).

ZAROCOSTAS, J. (2020). How to fight an infodemic. The Lancet, 395(10225), 676.

Anexo 1

Tríptico para familiares y comunidades de las personas fallecidas por Covid-19

Rev. Plaza Pública, Año 13 - Nº 24, Dic. 2020
ISSN 1852-2459