

Sociodemografía de la desigualdad por Covid-19 en México

Sociodemographics of inequality by Covid-19 in Mexico

VERÓNICA MONTES DE OCA ZAVALA, MARÍA DEL PILAR ALONSO REYES,
MARÍA MONTERO-LÓPEZ LENA Y MARISSA VIVALDO-MARTÍNEZ

Resumen: Los efectos del Covid-19 han sido devastadores. En México, la desigualdad existente recrudeció sus efectos en diferentes poblaciones. Este artículo analiza, desde la demografía de la desigualdad, la información estadística del gobierno federal sobre la mortalidad por Covid-19; con especial referencia a las implicaciones en la salud de la población masculina por factores biopsicosociales de su género. Se incorporan datos de la Primera Encuesta Costos-Beneficios de las Estrategias de Adaptación en Salud, Economía y Sociedad (CoBESS-2020), realizada entre mayo y julio de 2020, que documenta algunas de las principales consecuencias que viven distintas poblaciones afectadas en México.

Palabras clave: Covid-19, desigualdad, género, masculinidades, riesgos, sociodemografía.

Abstract: Covid-19 has had devastating effects. In Mexico, the existing inequality intensified its effects on different populations. Using a demography of inequality approach, this article analyzes statistical information produced by the federal government on Covid-19 mortality; special reference is made to how the health of the male population is affected due to biopsychosocial factors proper to their gender. The article uses data from the First Survey on the Costs and Benefits of Adaptation Strategies in Health, Economy and Society (CoBESS-2020), conducted between May and July 2020, which documents some of the main consequences experienced by different affected populations in Mexico.

Keywords: Covid-19, inequality, gender, masculinities, risks, sociodemography.

La humanidad se ha enfrentado a un proceso pandémico del que no hay antecedentes históricos. Muchas poblaciones se han visto afectadas por el virus SARS-CoV2, que generó una nueva enfermedad llamada Covid-19. Uno de los efectos de la pandemia es que tal vez no habrá familia que no haya experimentado algún tipo de pérdida con esta enfermedad, ya sea por sus efectos directos e indirectos. Una característica especial de esta pandemia es que sus consecuencias son diferenciadas a partir de los atributos de los grupos poblacionales, sus características sociodemográficas, epidemiológicas, pero también de su posición en la estructura social y económica, abiertamente desigual. Pero ¿cómo surgió este fenómeno a nivel mundial? ¿Cómo afectó a México? ¿Qué consecuencias se observan en ciertas poblaciones de nuestro país? En este artículo se busca responder estas preguntas con los datos disponibles desde la sociodemografía de la desigualdad.

Sobre la primera pregunta, habrá que recuperar las declaraciones de las agencias internacionales que pertenecen a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), principalmente las emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que declararon el 11 de marzo de 2020 la alerta máxima por la pandemia por Covid-19 (WHO, 2020). Estas agencias tienen el objetivo de orientar el quehacer de las instituciones gubernamentales de salud de los diferentes Estados en el mundo. Sin embargo, las acciones llevadas a cabo en cada región han sido específicas, sobre todo porque esta pandemia ha mostrado una trayectoria geopolítica muy particular. Comenzó en Asia, en China para ser precisos, y llegó a Europa occidental, que atestiguó sus más crueles afectaciones en la población anciana. De ahí pasó a Alemania, Francia y España, para después llegar a América, avanzando de norte a sur. La experiencia pandémica mostró la geopolítica o, en otras palabras, la distribución del poder por países y regiones del mundo. También mostró las grandes debilidades del sistema capitalista global y la injusticia ambiental y social (Bringel, 2020). La forma y el tiempo de aparición y expansión pudieron dar ventaja a algunos países, pero lo cierto es que no todos los gobiernos analizaron esta trayectoria ni aprovecharon el tiempo que daba la dispersión geopolítica del virus.

Estados Unidos y Brasil son ejemplos claros de cómo el tiempo pudo haber dado ventaja a la instrumentación de acciones públicas para mitigar

o contener la expansión de la enfermedad. Los datos sobre la letalidad en ambos países, hasta el momento en que escribimos este artículo, son devastadores, considerando los avances médicos y técnicos en materia de salud (Romero *et al.*, 2021; Sáenz, 2021). Algo que también resalta es que ninguna enfermedad nueva había contado con tanta información en línea con un alto grado de actualización y difusión por parte de los ministerios de salud de cada país. A pesar de todo el esfuerzo, mucho se ha hablado del subregistro de la mortalidad, lo cual es posible, pues el desarrollo de los registros epidemiológicos depende en gran medida del desarrollo de los países, su acceso a la tecnología y sus posibilidades de gestionar información.

Como nunca, las agencias internacionales, universidades y organizaciones han documentado día a día la evolución de esta pandemia. Por ejemplo, en el momento de escribir este artículo sabemos que más de 170 millones de personas en el mundo han recibido confirmación de haber contraído Covid-19, con una mortalidad de 3.5 millones (31 de mayo de 2021). Estados Unidos reporta 33 millones de confirmados, con una mortalidad de 594 000 personas (JHU, 2021). En ese país, las muertes en poblaciones hispanas, afrodescendientes, personas adultas y mayores de 60 años, superan a las de las poblaciones blancas (Sáenz, 2021). Si bien se pensaba que esta enfermedad podía atacar a cualquier persona, lo cierto es que la experiencia europea propició que se pusiera especial atención a las personas longevas, pero posteriormente se comprendió que existen factores sociales y económicos que constituyen una desventaja para algunas poblaciones, lo que provoca una letalidad con carácter desigual.

La mayor exposición al riesgo por Covid-19 se debe a muchos factores externos e internos de la persona y de las poblaciones, pero la evidencia hasta ahora indica que el sexo/género, la edad, la condición étnica, el sector socioeconómico y el tamaño de localidad son las principales características que diferencian la exposición (Banerjee y Nair, 2020; Carvajal, 2020; Marcos, 2020; Montes de Oca y Ramírez-García, 2021; Ramírez, Montes de Oca y Mendoza, 2021; PNUD, 2020). Esto no es algo nuevo para las ciencias sociales y tal vez tampoco para las ciencias de la salud. La literatura sobre los determinantes sociales de la salud ya había mostrado cómo las personas y las poblaciones presentan diferente exposición al riesgo, aspecto que pareció olvidado, pero que hoy más que nunca cobra relevancia, pues

las condiciones de desigualdad se han mostrado con mayor crueldad, dada la fuerza del contagio por Covid-19 (Salama, 2021).

En todos los países, incluso en aquellos conocidos como desarrollados, quedó claro que antes de la pandemia se habían descuidado los sistemas de salud pública, lo que ocasionó que la salud de sus poblaciones quedara en manos del mercado capitalista. La pandemia demostró que hasta los países con mayor ingreso *per cápita* han sufrido estragos en sus sistemas de salud (ONU, 2020), pues la característica principal de esta nueva enfermedad es su gran dispersión y virulencia,¹ lo que ha obligado a los gobiernos a establecer medidas para prevenir el contagio y mitigar la pandemia.

MÉXICO ANTE EL COVID-19: ESTRATEGIA POLÍTICA Y TENDENCIA DE UNA PANDEMIA

México se enfrenta a la nueva enfermedad Covid-19 con un sistema de salud que por décadas experimentó la ausencia de una coordinación general, falta en la supervisión de compra y distribución de medicamentos, baja inversión pública, déficit en la capacitación de profesionales de la salud, infraestructura obsoleta, entre otros aspectos. El sistema de salud en México, como el de muchos países, experimentó fragmentación, un ambiente propicio para la corrupción, el desmantelamiento de áreas médicas básicas, la subrogación de servicios con altos costos al erario y menor presupuesto, todo ello en medio de un cambio epidemiológico (Welti y Montes de Oca, 1997; Waitzkin, 2011; Uribe y Abrantes, 2013). Además, el sistema de salud, como parte de las instituciones de seguridad social, estaba transitando por un “silencioso” proceso privatizador y una inversión insuficiente para atender las necesidades derivadas del perfil epidemiológico de la población, que mostraba un régimen mixto en materia de enfermedades transmisibles y crónicas. Estas últimas, de gran avance entre poblaciones mayores, pero también en jóvenes (Samper-Ternent *et al.*, 2012).

La llegada ligeramente postergada del Covid-19 a México le permitió al gobierno federal prepararse en distintos campos. Al inicio de la nueva administración (2018-2024), había comenzado el desmantelamiento del

¹ La virulencia mide el grado o la capacidad que tiene el microorganismo para causar daño.

Seguro Popular, que había establecido como meta alcanzar, en 2012, la cobertura universal (Knaul *et al.*, 2012), sin lograrlo. Los datos del Censo 2020 confirman que la población mexicana reportó en junio del primer año pandémico una cobertura de servicios de salud de 73.5%, principalmente otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (ISSSTE) (51%), seguido por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi)/Seguro Popular (35.5%), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o ISSSTE estatal (8.8%), instituciones privadas (2.8%), Pemex, Sedena y sistema militar (1.8%), entre otros (ISSSTE, 2020). Estos datos evidencian la fragmentación del sistema de salud y la ausencia de una cobertura universal, condiciones en las cuales recibimos al Covid-19.

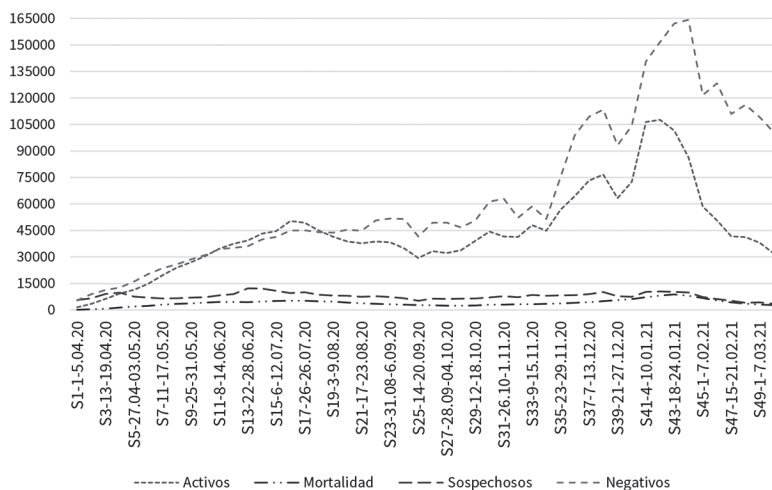
En este contexto, el gobierno buscó habilitar infraestructura hospitalaria instalada y abandonada para adaptarla a las nuevas condiciones pandémicas; también coordinó esfuerzos entre hospitales privados y públicos, capacitó *ipso facto* personal médico, además de crear, en enero de 2020, el Insabi, cuya misión, según el *Diario Oficial de la Federación* (2020), es “proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. En esta misma etapa, se revisó la estrategia basada en evidencia epidemiológica, a partir de la experiencia obtenida en las crisis del SARS y del MER.² Alberto José Piamo Morales y Mayra García Rojas (2020) refuerzan esto indicando que las características virológicas, el comportamiento epidemiológico y las manifestaciones clínicas eran similares y útiles para revisar el SARS-CoV2, y por ello, las medidas de contención y tratamiento poblacional e individual sobre este virus debían asumirse con la experiencia acumulada, obtenida a partir de enfrentar los virus ya mencionados.

La Secretaría de Salud, a través de su Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, fue la encargada de diseñar la estrategia para la contención de la pandemia. Esta primera fase, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020), comenzó el 7 de enero y finalizó el 27 de febrero, cuando se detectó el primer caso confirmado. A partir de

² SARS: síndrome respiratorio agudo grave; MERS: síndrome respiratorio de Medio Oriente.

ahí, se identifican tres fases de dispersión del virus, las cuales están caracterizadas por un lento crecimiento del contagio, hasta noviembre de 2020. Después se observa un primer aceleramiento pronunciado en diciembre para, luego de un ligero descenso hacia el 27 de diciembre, incrementarse de manera abrupta y alcanzando un pico máximo hacia el 7 de febrero; a partir de ahí, se desciende con periodos escalonados. La gráfica 1 muestra el comportamiento del virus activo, los casos sospechosos, los negativos y la mortalidad para la población mexicana a través de los datos oficiales del gobierno federal por semana desde abril de 2020. Puede observarse que la información de casos activos crece de una forma lenta pero continua de abril a julio. A partir de la segunda mitad de julio se muestra un descenso hasta el mes de septiembre; posteriormente, se presenta un crecimiento continuo hasta enero de 2021, cuando se inicia la fase de descenso y estabilización.

Gráfica 1
Evolución de los casos activos, fallecimientos, negativos y sospechosos por Covid-19. México, abril de 2020-marzo de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en la información del portal <coronavirus.gob.mx>.

Asimismo, en la gráfica 1 se muestra la evolución de la mortalidad en el contexto de todos los afectados. Sin embargo, la mortalidad, como veremos a continuación, muestra diferenciales importantes entre hombres y mujeres, así como entre distintos grupos de edad de la población. Para analizar esta

información adoptamos una perspectiva de desigualdad en los estudios sociodemográficos que nos permite entender los datos sobre el comportamiento del Covid-19.

LA SOCIODEMOGRAFÍA DE LA DESIGUALDAD EN MÉXICO ANTE EL COVID-19

En los estudios de la población, la demografía de la desigualdad ha sido propuesta como una perspectiva para observar los datos estadísticos de manera crítica y superar la evidencia descriptiva, sin análisis, sobre las relaciones de poder que se establecen, y así entender las causas de la reproducción de la desigualdad. Alejandro Canales (2021) propone superar la tradicional mirada de la demografía concentrada en aspectos técnicos y metodológicos de medición e índices de desigualdad que utilizan modelos estadísticos de diversa complejidad que, aunque importantes, no siempre sustentan una perspectiva crítica que contribuya al entendimiento de la desigualdad en las sociedades contemporáneas.

Para ello, propone dos enfoques críticos a la perspectiva tradicional de la demografía: por un lado, el enfoque individualista que conceptualiza a la desigualdad como una distribución de atributos, recursos, privilegios y derechos entre un conjunto de individuos; por otro lado, el enfoque estructuralista y relacional, que supone condiciones de diferenciación entre sujetos sociales, que se constituyen como tales a partir de un sistema de relaciones que los vincula entre ellos.

Canales (2021) recupera, de una manera muy original, al sociólogo Göran Therborn (2016), quien abona a la discusión sobre la marginación y la exclusión que experimentan las personas y los grupos en ámbitos importantes de la vida. Therborn elabora tres manifestaciones y fuentes de diferentes formas de desigualdad entre los individuos. La primera es la *desigualdad vital*, que se refiere a las diferencias socialmente condicionadas en indicadores de bienestar como la mortalidad, la esperanza de vida, la morbilidad y la salud infantil y en la niñez. La segunda es la *desigualdad existencial*, que se refiere a los déficits en los dominios de la vida que proporcionan sentido y esperanza, como la autonomía, la dignidad, la libertad, el respeto y la capacidad de autorrealización. La tercera, la *desigualdad de recursos* —que es como se usa comúnmente el término—, se refiere al

acceso diferencial a los recursos materiales. Esta clasificación busca enfatizar las dimensiones importantes de la desigualdad, así como su naturaleza compleja, generalizada e interactiva, y sus nefastas consecuencias en todos los aspectos del bienestar.

La perspectiva de Therborn (2016) y la propia de Canales (2021) complementan una discusión también clásica sobre las imbricaciones de las relaciones de poder que se establecen en la sociedad entre hombres y mujeres desde una perspectiva de género, edad, clase social, identidad sexo-genérica, raza/etnia que se ha impulsado desde las corrientes feministas de la década de los años ochenta (Crenshaw, 1989; Lorde, 1984; Expósito Molino, 2012). Ahí la concepción de interseccionalidad hace un llamado a identificar las desigualdades por género, que también se acumulan a lo largo del curso de la vida y que durante el Covid-19 aparecen como condicionantes que vulneran las trayectorias vitales de las poblaciones con consecuencias en las tres manifestaciones de desigualdad (vida, existencia y recursos), lo que se expresa en la esperanza de vida y riesgo ante la muerte. Igualmente, mujeres y hombres, de manera directa e indirecta, pueden verse afectados por esta nueva enfermedad dependiendo de las condiciones estructurales que experimentan en cada contexto.

En esta propuesta, nosotras sostenemos que los efectos que el Covid-19 ha ocasionado en las poblaciones responden a este enfoque estructural de desigualdad expresado en la desigualdad vital por intermedio de la desigualdad de recursos y la ausencia de igualdad existencial. La pandemia en México, así como la propuesta de confinamiento voluntario que estableció el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, pudieron propiciar una exposición al contagio con impactos diferenciales en cuanto a territorio, sexo y edad, inicialmente, pero también por sector socioeconómico y condición de morbilidad.

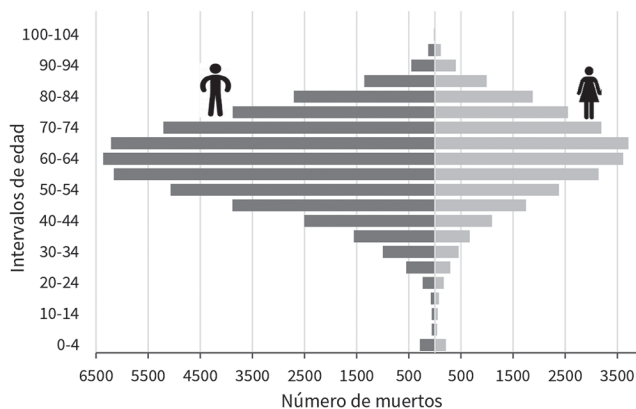
Las estructuras de desigualdad impuestas en décadas previas actuaron en detrimento de unas poblaciones en contraste con otras durante la pandemia. En los hogares mexicanos, la estrategia propició que algunos miembros del hogar se vieran obligados a salir de casa regularmente, exponiéndose al contagio. En términos generales, la evidencia muestra que la población masculina se expuso al contagio fuera de los hogares, pero también la población femenina se expuso a otros riesgos en el interior de sus hogares, como la intensificación de actividades domésticas, del trabajo de cuidado

y de la violencia (Inmujeres, 2020). En este artículo haremos una especial referencia a las implicaciones en la salud y vida de los varones, tanto por factores biológicos de su sexo como por aspectos sociales vinculados con su género en contextos socioeconómicos y étnicos de desventaja.

Para ello, recuperamos a Alan White (2020), quien explora en un estudio en Gran Bretaña las posibles implicaciones biomédicas (sexo) y socio-culturales (de género) de la pandemia en los hombres. Menciona que ser hombre ha demostrado ser un factor de riesgo particular para desarrollar gravemente la enfermedad y la mortalidad. Mediante modelos estadísticos sobre la posibilidad de desarrollar el Covid-19 grave como resultado de condiciones de salud subyacentes, sugiere que 6% de la población masculina mundial puede estar en riesgo de requerir ingreso hospitalario si está infectada, en contraste con el 3% en mujeres. En los mayores de 70 años, se estima que 26% de los hombres y 14% de las mujeres están en riesgo de hospitalización. Su trabajo se basó en la suposición de que los hombres corren el doble de riesgo que las mujeres de desarrollar de forma grave la enfermedad y la mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles en los hombres. La evidencia epidemiológica que este autor encontró tiene de fondo la propagación de la enfermedad en contextos de desigualdad interseccional, donde las diferencias de género, clase social y etnia colocan a los hombres que habitan en zonas menos favorecidas y que pertenecen a etnias no blancas en un campo dispar que afecta su vida en mayor medida.

Desde esta lógica, para el caso de México, la gráfica 2 muestra las defunciones observadas en los registros del gobierno federal por esta enfermedad en pacientes hospitalizados. Las personas más afectadas fueron los varones en edades jóvenes, adultas y avanzadas. Esto pone de manifiesto dos aspectos relevantes: por un lado, que los hombres tienen una respuesta diferente a las recomendaciones para prevenir el Covid-19 que el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, movilizó durante más de 400 conferencias vespertinas; por el otro, que también tienen comportamientos asociados con su condición social de género, lo que podría estar vinculado con la desigualdad de recursos que impacta la desigualdad vital expresada en la mortalidad observada.

Gráfica 2
Estructura por edad y sexo de las personas fallecidas por Covid-19
(hospitalizadas) en México, 2020-2021



Fuente: Elaboración propia con base en la información del portal <coronavirus.gob.mx>.

La mayor mortalidad masculina por Covid-19 también puede asociarse con la informalidad en el mercado de trabajo, que alcanza 60% en México. Datos del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, 2021) revelan como tasas de participación económica en trabajo no remuneradas de 72.8% en hombres y 95.38% en mujeres. Estas tasas responden a la ausencia de trabajo remunerado formal pero también, en el caso de las personas mayores, de la necesidad de buscar algún ingreso para soportar el confinamiento. Según esta misma institución, la tasa de jubilación en personas mayores es de 21% (31% hombres y 12% mujeres). Esta situación obligó a la población sin remuneración a buscar el sustento familiar fuera del hogar y aumentar su riesgo de exposición a la enfermedad. También la pérdida del empleo pudo motivar nuevas incursiones de búsqueda laboral.

Para abonar a este argumento, la Primera Encuesta Costos-Beneficios de las Estrategias de Adaptación en Salud, Economía y Sociedad en México ante la Pandemia por Covid-19 (CoBESS, 2020),³ realizada de

³ La CoBESS es una encuesta con 2800 casos contestados a nivel nacional, que fue aplicada por medios digitales (teléfonos, celulares y computadoras) para mantener las recomendaciones sanitarias del gobierno federal. La mayoría de los participantes fueron mujeres con edades de 30 a 39 años.

mayo a junio de 2020, mostró que de los que tenían trabajo, 14% perdieron su empleo durante el confinamiento por la pandemia por Covid-19 y señalaron como la razón principal el hecho de que la empresa donde trabajaban cerró. Ello representa claramente una de las consecuencias económicas de la pandemia, ya que las empresas medianas y pequeñas, comercios, prestadores de servicios, entre otros giros, no prioritarios, enfrentaron grandes problemas para permanecer abiertos y muchos se vieron obligados a detener actividades ante la crisis sanitaria. En estos casos, para lograr sostener económicamente a la familia, se recurrió a tres fuentes: apoyos familiares, ahorros personales y venta de bienes, con lo que se logró resolver el día a día, pero sin excedentes (CoBESS, 2020).

La literatura advierte que las personas mayores han sido las más afectadas por riesgo y mortalidad durante la pandemia. En los países desarrollados debido, por un lado, a la mayor proporción de personas envejecidas, y por otro, a la fallida estrategia de control y mitigación de la pandemia en instituciones de cuidados de largo plazo. En México, el contagio y sus afectaciones en la mortalidad en este grupo etario pueden estar explicados conforme a los argumentos de White (2020), los cuales vinculan diferencias interseccionales por edad y sexo, lo que complementa nuestra lectura desde la mirada de género y a la exposición al riesgo derivado de desigualdades estructurales o de recursos que impacta la desigualdad vital, expresada en mayor mortalidad masculina.

En el caso de la mortalidad femenina, la exposición al riesgo también tiene una correspondencia con las actividades económicas de las jefas de familia como proveedoras. Llama la atención que en el sector salud de México, 70% de las profesionales de la salud que hicieron frente a la pandemia son mujeres (Inmujeres, 2020). Nos referimos a actividades como enfermería, laboratoristas que examinaron las muestras de las pruebas de Covid-19, trabajadoras sociales, personal de limpieza en hospitales públicos y privados. Sólo en el personal médico la proporción de mujeres es

Es importante señalar que el porcentaje de respuesta de personas mayores de 60 años (17.55%) es relevante, ya que muestra una amplia participación de este sector de la población principalmente afectado por la pandemia. La población entrevistada, de forma significativa, cuenta con un nivel escolar superior, aunque se obtuvieron respuestas de participantes que cubrieron todos los niveles educativos.

de 30%. En este sentido, un área de urgente investigación es la exposición al riesgo desde una perspectiva de género de la población femenina, ya que ellas representaron la primera línea en las actividades esenciales que atendieron a las poblaciones contagiadas.

Desde la perspectiva de género, observamos que, durante esta pandemia, los roles tradicionales de género y la división sexual del trabajo se reforzaron. El Inmujeres (2020) advirtió sobre esta tendencia regresiva en el interior de los hogares mexicanos ante la pandemia, pues las mujeres, con o sin actividades laborales remuneradas, asumieron con mayor intensidad trabajo reproductivo que, si bien existía y se llevaba a cabo, con la pandemia se intensificó, a partir de trabajo doméstico, trabajo de cuidado de niños, niñas y personas mayores.

La CoBESS (2020) muestra que la pandemia provocó cambios en los hogares y en los grupos familiares. En cuanto a los tipos de aislamiento que los entrevistados tuvieron, se identificaron diferencias: mientras los hombres indicaron que sólo salieron por comida y que limitaron el contacto social, las mujeres tuvieron comportamientos más tradicionales, ya que el porcentaje de respuesta en este rubro fue de 62.2%, lo que muestra que los hombres tuvieron más exposición al riesgo por diversos motivos. En ese sentido, los roles de género que la literatura ha advertido reproducen las condiciones de desigualdad vital, existencial y de recursos que muestran uno de los más dolorosos efectos sobre la vida de las poblaciones y sus hogares.

EXPOSICIÓN AL RIESGO Y DESIGUALDAD VITAL EN CONTEXTO DE PANDEMIA

En la discusión sobre las masculinidades se ha advertido fuertemente la necesidad de repensar los mandatos sociales sobre la condición masculina, el papel de proveedor y la carga que representa cumplir en un sistema que degrada la vida humana y el valor de la fuerza de trabajo masculina (De Keijzer, 2003). Tal pareciera que la exposición al riesgo se integra a la concepción de ser hombre, reduciendo sus años en salud y vida (Salguero Vázquez, 2007; Figueroa Perea y Frazoni, 2011; White, 2020).

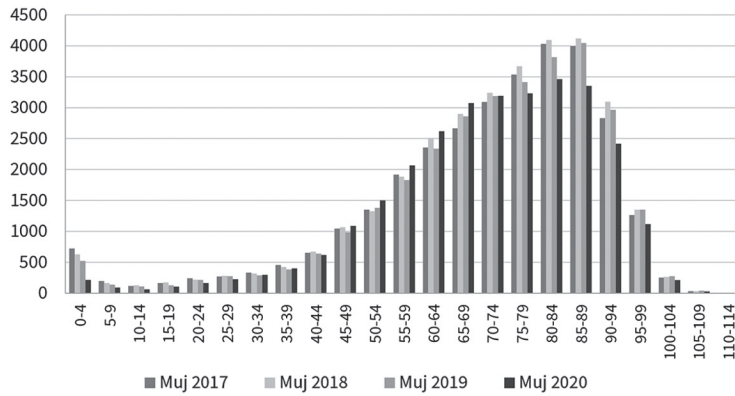
María Antonia Ribas Bonet (s/f) señala algunas características del patriarcado que muestran los espacios de las poblaciones masculinas en el mercado de trabajo: los hombres cobran más que las mujeres en los dis-

tintos sectores de actividad, porque hay complementos en los salarios que se otorgan a los hombres, quienes son considerados jefes de familia y tienen la obligación de mantenerla, incluyendo a las esposas; es decir, el modelo tradicional de la familia se mantiene implícito en el mercado laboral. Mariana Galindo y Viridiana Ríos (2015) señalan que la desigualdad económica entre hombres y mujeres se establece a través de cuatro características: 1) cambio tecnológico; 2) globalización; 3) baja protección a empleados temporales; 4) bajos salarios mínimos. Estos factores producen desigualdades de género, pero también contradicciones importantes que pretenden construir condiciones de privilegio, desigualdad y riesgo entre hombres y mujeres, como lo han argumentado María Alejandro Salguero Vázquez (2007) y Benno de Keijzer (2003).

En la Ciudad de México, donde se concentró el impacto de la pandemia, la mortalidad observada en los años 2017-2020 sigue la línea expuesta con anterioridad. Las gráficas 3 y 4 muestran el exceso de mortalidad de la población masculina en 2020. Destaca el hecho de que a partir de los 40 años se identifica la mayor afectación, en las edades productivas de los jefes de hogar.

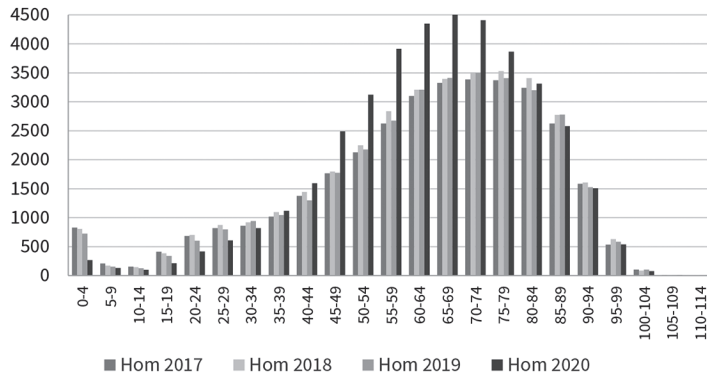
La mortalidad masculina en el grupo de hombres mayores de 40 años ocasiona que los hogares enfrenten eventos de viudez, orfandad y una disminución de los ingresos y de los recursos activos de las familias, lo que propicia que otros miembros tengan que insertarse en el mercado laboral; en algunos casos, con una posible interrupción de trayectorias educativas. La reorganización de la dinámica de los hogares ante el fallecimiento de alguno de sus miembros podría traer consigo la intensificación de las actividades en las mujeres en tanto jefas de familia, redistribución del trabajo de cuidados, la modificación de las relaciones intergeneracionales, entre muchos otros cambios. Un cuestionamiento que deberá ser analizado en el futuro es cómo estas lamentables pérdidas serán soportadas por las familias y cómo afectarán el desarrollo de las diferentes generaciones.

Gráfica 3
Defunciones de mujeres por grupos de edad, Ciudad de México, 2017-2020



Fuente: Elaboración propia con base en las actas de defunción en el Registro Civil de la Ciudad de México a partir de 2017 (Gobierno de la Ciudad de México, 2021).

Gráfica 4
Defunciones de hombres por grupos de edad, Ciudad de México, 2017-2020



Fuente: Elaboración propia con base en las Actas de defunción en el Registro Civil de la Ciudad de México a partir de 2017 (Gobierno de la Ciudad de México, 2021).

De acuerdo con la CoBESS (2020), se reafirma que el trabajo de cuidados es un elemento fundamental para el sostenimiento de la vida humana que debe ser reconocido y reorganizado. De acuerdo con esta encuesta, las

actividades domésticas dentro del hogar fueron realizadas por personas de ambos sexos: los entrevistados cocinaron o prepararon alimentos (97.8% mujeres y 94% hombres), y realizaron actividades como barrer, limpiar y asear la vivienda (98.2% mujeres y 96.2% hombres). Asimismo, llevaron a cabo actividades como alimentar mascotas (70.4% mujeres y 65.8% hombres), lavado y tendido de ropa (96.6% mujeres y 87.8% hombres), reparación de cosas en su hogar (66.8% mujeres y 83.2% hombres) y hacer compras para la despensa (93.3% mujeres y 96% hombres). La información muestra que se conservan roles tradicionales, pero hay ciertos procesos de cambio en las actividades del hogar entre hombres y mujeres. Tal vez el periodo pandémico permite revalorar las actividades de reproducción doméstica y cambiar los roles establecidos por el mandato patriarcal hacia una mayor redistribución de tareas para la sostenibilidad de la vida (CoBESS, 2020).

Respecto al cuidado directo, la misma CoBESS (2020) indicó que hubo familiares que requirieron cuidados en general (27.3% mujeres y 19.5% hombres). El 19% cuidó a menores de seis años; igual porcentaje cuidó personas entre 6-59 años, y 31% cuidó a personas con 60 años y más. El 25% señaló que proporcionó cuidados a personas con alguna discapacidad. El cuidado de otros fue desempeñado principalmente por mujeres y se enfocó a cuidados directos, como preparar alimentos (79%), bañar o asear (42%), dar terapia física (36%) y apoyar en tareas escolares (57%), aunque no se descarta la participación masculina.

LA COMORBILIDAD COMO CATEGORÍA DE DESIGUALDAD VITAL ANTE EL COVID-19

De acuerdo con White (2020), existe un fuerte vínculo entre la pobreza y los altos niveles de mortalidad, especialmente en etnias no blancas de Inglaterra, que representan 62% de todos los pacientes varones en cuidados intensivos que viven en los dos quintiles más bajos de privación (en comparación con 44.7% de la etnia blanca). En un análisis de los factores de riesgo clínicos contra los perfiles demográficos de las primeras 5 683 muertes en Inglaterra, el riesgo planteado por la privación y por la raza no se explicó por tasas más altas de mala salud u otros factores de riesgo clínicos, lo que sugiere que estaba más relacionado con cuestiones sociales

y ambientales locales, como vivir en zonas superpobladas, viviendas más pobres, falta de atención médica accesible y ser empleado en entornos más arriesgados (White, 2020).

También hay niveles más altos de comorbilidad asociados con las formas graves de la enfermedad, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad en hombres de etnia no blanca. Así, el agravamiento de los factores de riesgo en las comunidades más desfavorecidas puede dar lugar a que las secuelas negativas de la pandemia también sean soportadas por aquellos con menos recursos para gestionar. Pero esto no explica toda la vulnerabilidad, y es preocupante observar que una revisión temprana de las muertes en trabajadores de la salud en el Reino Unido encontró que 94% de las muertes en médicos eran hombres y que 94% de las muertes en el personal médico eran de etnia no blanca.

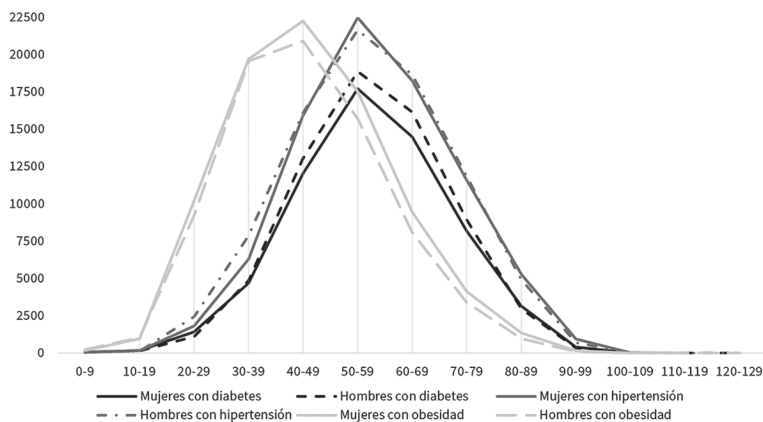
La evidencia que encuentra White (2020) desde la lectura de Therborn (2016) y Canales (2021) implicaría identificar cómo la desigualdad existencial, a través de una ausencia de igualdad en los derechos laboral y social, afecta la igualdad de recursos y, en esa medida, la vida misma. La desigualdad estructural que viven hombres y mujeres, de diferencias étnicas en el caso de Inglaterra, tiene clara intersección con la edad y el género, lo que favorece el impacto de la desventaja en esa sociedad, la muerte y la enfermedad, cuyas consecuencias afectan más a quienes tienen menos recursos sociales y sufren de más desigualdades acumuladas históricamente (Montes de Oca y Ramírez-García, 2021).

Los determinantes de la salud y su vínculo con entornos no favorables a la salud ponen de manifiesto que la desatención al cuidado de la salud responde a factores que trascienden la perspectiva clínica. Las condiciones en que se realiza el trabajo, sin salario permanente ni seguridad social en la vejez, son evidencias de la desigualdad de recursos de Therborn (2016) y la desigualdad estructural propuesta por Canales (2020), que pueden explicar los resultados de la mortalidad en México. La gráfica 5 muestra la población masculina y femenina infectada de abril de 2020 a mayo de 2021 en México. Se observan tres grandes curvas con una afectación por sexo y grupos de edad diferentes. La obesidad es una enfermedad preexistente al Covid-19 que afecta en edades más tempranas, y la hipertensión y la diabetes en edades posteriores. La población que padece alguna de estas enfermedades vive bajo diagnóstico médico con cuidados permanentes, y

ahora tiene un riesgo más explícito en la pandemia. Es población que puede depender de cuidados dentro y fuera del hogar para mantener cierta funcionalidad, pero también es población que está expuesta a mayores riesgos durante la pandemia, que no pudo seguir las normas de confinamiento por razones sociales y económicas. La gráfica 6 muestra la población fallecida que tenía hipertensión y diabetes; sobresalen los varones en edades adultas y avanzadas.

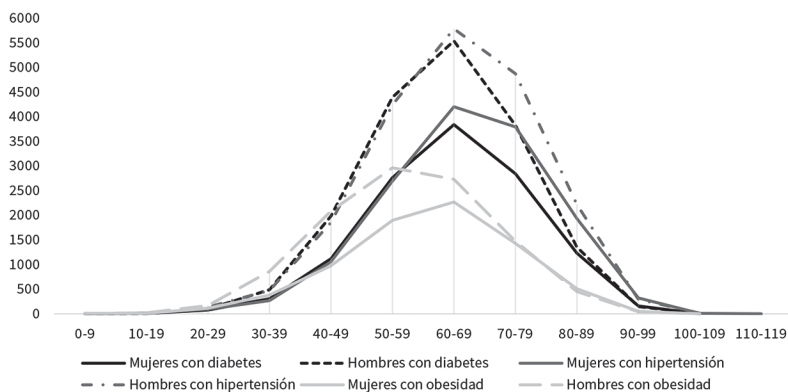
La encuesta CoBESS (2020) mostró que 47% de los participantes indicó que padecía alguna enfermedad y que podía representar un riesgo. De esta población, 50% tenía obesidad y sobrepeso; 29.7%, hipertensión arterial; 13.58%, diabetes mellitus; 9.41%, enfermedades respiratorias; 3.78%, otras enfermedades cardíacas. Hoy sabemos que las condiciones previas de salud pueden agravarse si es que las personas contraen el Covid-19. Algunos estudios realizados recientemente muestran que la letalidad es más alta en caso de diabetes y obesidad. La población entrevistada mayoritariamente no fumaba y no consumía drogas; no obstante, al considerar el consumo de alcohol, las respuestas se ubicaron entre la disminución y el no consumo. También se revisó el concepto de percepción de sí mismo con respecto a otras mujeres y hombres de la misma edad. Es interesante apreciar que los hombres se percibían mejor en comparación con otros y en las mujeres la respuesta mayoritaria era igual. Esto muestra mucho del perfil psicológico respecto a la autovaloración y a los recursos cognitivos que se preservan ante una crisis. Esta evidencia no es menor, ya que el tratamiento de información durante la pandemia puso a prueba no sólo los recursos económicos y sociales, sino también los psicológicos y los emocionales. De aquí que factiblemente puedan derivarse implicaciones negativas sobre la funcionalidad psicológica de los mexicanos como resultado del manejo de la información, muchas veces confuso y sesgado.

Gráfica 5
 Población contagiada por Covid-19 que presentó alguna de las tres principales enfermedades por grupos de edad y sexo. México, datos acumulados de abril de 2020 a mayo de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en la información del portal <coronavirus.gob.mx>.

Gráfica 6
 Población fallecida por Covid-19 que presentó alguna de las tres principales enfermedades por grupos de edad y sexo. México, datos acumulados de abril de 2020 a mayo de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en la información del portal <coronavirus.gob.mx>

Las condiciones de salud en las poblaciones son resultado del entorno de vida general, pero también de las desigualdades estructurales que se normalizan en el mercado de trabajo y la dinámica social o familiar. Las manifestaciones de la desigualdad que propuso Therborn sugieren nuevas e importantes investigaciones que analicen desde el ámbito de lo social las evidencias en salud. Ni la muerte ni la enfermedad son naturales: entender cuándo y quién muere amerita investigaciones como la de White (2020), pero también desde la demografía de la desigualdad sugerida por Canales (2021). Sin embargo, es necesario alimentar los registros gubernamentales con datos socioeconómicos que permitan ubicar la posición de las personas en la estructura laboral. La interseccionalidad por género y edad debe complementarse con la condición étnica y el sector socioeconómico, ya que podrían identificar las imbricaciones del poder que impactan nuestra existencia y nuestra calidad de vida.

Hoy como nunca en la historia de la salud mundial podemos identificar nuevos patrones de mortalidad que tienen grandes afectaciones en la dinámica de los hogares y en la sociedad en su conjunto. La cobertura universal en salud, la seguridad social en materia de pensiones, las transferencias hacia poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como otros apoyos, deberán estar presentes en las acciones públicas establecidas por el gobierno mexicano; de lo contrario, la exposición al riesgo se incrementará en hombres y mujeres con grandes impactos en sus hogares. Necesitamos pensar en la salud pública desde las condiciones de vulnerabilidad construidas en gobiernos insensibles ante la discapacidad, los trabajadores informales, las personas en condición de pobreza, la población indígena, personas mayores y personas migrantes.

REFLEXIONES FINALES

El campo de la demografía de la desigualdad es amplísimo y considera muchos desafíos teóricos, técnicos y metodológicos. Sin embargo, es una perspectiva brillante para tratar de entender las condiciones de salud de las poblaciones, así como los efectos de la pandemia. La información estadística, proporcionada por el gobierno federal, fue analizada con un enfoque que trató de superar la mirada descriptiva y problematizó algunos hallazgos para futuras investigaciones. Es claro que las poblaciones más

afectadas por el Covid-19 fueron hombres en etapas adultas y en la vejez, lo que sugiere un entramado de dificultades y exposición al riesgo para enfrentar no sólo la enfermedad, sino la estrategia de confinamiento. Las mujeres experimentaron la muerte, pero también, en el interior del hogar, viejas y nuevas condiciones de vulnerabilidad. El resultado general es una alarmante mortalidad en edades adultas y avanzadas, inesperada y dolorosa para los hogares y las familias mexicanas, con un impacto intergeneracional.

La perspectiva con la que interpretamos este comportamiento se fundamenta en la demografía de la desigualdad propuesta por Canales (2021) que recupera las tres miradas de la desigualdad que propuso Therborn (2016): desigualdad vital, desigualdad existencial y desigualdad de recursos. Ambas miradas complementan la visión de la interseccionalidad por género, clase social, raza/etnia, que permite entender una masculinidad expuesta a riesgos por mandatos patriarcales que vinculan los privilegios y la desigualdad, que alimenta la brecha entre hombres y mujeres. La recuperación de White (2020) también impulsa a pensar por qué ser hombre puede representar un factor de riesgo en México y el mundo ante la pandemia.

Para complementar estos datos, la encuesta CoBESS (2020) mostró que hay vulnerabilidades importantes que potenciaron el riesgo de padecer Covid-19, como obesidad, hipertensión arterial o diabetes, enfermedades crónicas que por su incidencia poblacional pudieran ser muy bien consideradas otro tipo de pandemia. Se evidenció también la importancia de los vínculos afectivos, de la percepción de apoyo y ayuda práctica, de las redes sociales, de la comunicación, de la estabilidad económica como recursos psicológicos, sociales y económicos que contribuyen a mantener la salud mental de la población y permiten enfrentar el confinamiento en forma más eficiente y eficaz.

Cabe mencionar la importancia de integrar a programas de rehabilitación a la población que fue infectada y logró sobrevivir al Covid-19, muchos jefes y jefas de familia que, sin lugar a dudas, son parte de un capital generacional que abona a la dinámica social y comunitaria.

Estudios como el que se describe en este texto permiten identificar un gran campo de investigación que desde una perspectiva crítica puede impactar en las esferas esenciales del funcionamiento humano, como la economía, la dinámica familiar, social y comunitaria, así como la percepción de calidad de

vida. Los hallazgos son evidencia fundamentada para la instrumentación de políticas públicas orientadas a la promoción del bienestar social; los temas de las masculinidades, de la perspectiva de género y de la desigualdad resultan orientaciones críticas para desmontar las relaciones de poder establecidas y normalizadas en nuestra sociedad. Además, es necesario apreciar el bienestar de la población no desde visiones sectoriales aisladas, sino desde perspectivas en las que se compartan metas y se evalúen resultados. Esta pandemia mostró que la salud pública está vinculada con el empleo informal y no remunerado; al final, la salud es tan importante que no se puede dejar sólo a los médicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Banerjee, Debanjan, y Vasundharaa Nair (2020). “The untold side of Covid-19: Struggle and perspectives of the sexual minorities”. *Journal of Psychosexual Health* 2 (2): 113-120. Disponible en <DOI: 10.1177/2631831820939017>.
- Bringel, Breno (2020). “Geopolítica de la pandemia, escalas de la crisis y escenarios en disputa”. *Geopolítica(s). Revista de Estudios sobre Espacio y Poder* 11: 173-187. Disponible en <DOI: 10.5209/geop.69310>.
- Canales, Alejandro (2021). “Demografía de la desigualdad” [en línea]. *Revista Nueva Sociedad* 293. Disponible en <<https://nuso.org/articulo/demografia-de-la-desigualdad/>>.
- Carvajal, Santiago (2020). “Impactos del Covid-19 en personas LGBT” [en línea]. *Dejusticia*. Disponible en <<https://www.dejusticia.org/impactos-del-covid-19-en-personas-lgbt/>>.
- Crenshaw, Kimberle (1989). “Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine”. *Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum* 140: 139-168.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2020). *Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar*. 21 de diciembre.
- Expósito Molino, Carmen (2012). “¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España” [en línea]. *Investigaciones Feministas* 3: 203-222. Disponible en <<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/41146>>.
- Figuroa Perea, Juan Guillermo, y Josefina Frazoni (2011). “Del hombre proveedor al hombre emocional: construyendo nuevos significados de la masculinidad entre varones mexicanos”. En *Masculinidades y políticas públicas: involucrando hombres en la equidad de género*, coordinado por Francisco Aguayo y Michelle Sadler, 64-81. Chile: Universidad de Chile-Facultad de Ciencias Sociales.

- Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122642/2011_Libro_Masculinidades_y_Politicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Galindo, Mariana, y Viridiana Ríos (2015). “Desigualdad” [en línea]. *Serie de Estudios Económicos* 1. Disponible en <https://scholar.harvard.edu/files/vrios/files/201508_mexicoinequality.pdf?m=1453513192>.
- Gobierno de la Ciudad de México (2021) Actas de defunción en el Registro Civil de la Ciudad de México a partir de 2017. Disponible en <<https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/actas-de-defuncion-en-el-registro-civil-de-la-ciudad-de-mexico>>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Resultados del Censo de Población y Vivienda. Disponible en <<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2020). *Covid-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género*. Disponible en <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543160/Covid19-cifrasPEG.pdf>>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (2021). Indicadores básicos. Disponible en <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/panorama_general.php?menu1=6&IDTema=6&pag=1>.
- Johns Hopkins University (JHU) (2021). Covid-19. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponible en <<https://coronavirus.jhu.edu/>> [consulta: 31 de mayo de 2021].
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, Francisco Caballero, Mauricio Hernández-Ávila, Mercedes Juan, David Kershenobich, Gustavo Nigenda, Enrique Ruelas, Jaime Sepúlveda, Roberto Tapia, Guillermo Soberón, Salomón Chertorivski y Julio Frenk (2012). “The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico”. *Lancet* 380: 1259-1279.
- Keijzer, Benno de (2003). “Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina”. En *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, coordinado por Carlos Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás, 137-152. Lima: Redes Jóvenes.
- Lorde, Audre (1984). “Age, race, class, and sex: Women redefining difference. En *Sister Outsider*. Berkeley: Ten Speed Press.
- Marcos, Laura (2020). “Covid-19 y envejecimiento: ¿por qué afecta más a las personas mayores?” [en línea]. *Muy Interesante*. Disponible en <<https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/covid-19-y-envejecimiento-por-que-afectamas-a-las-personas-mayores>>.
- Montes de Oca, Verónica, y Telésforo Ramírez-García (2021). *El impacto del Covid-19 en el envejecimiento en México. Un análisis a partir de la protección social y la situación socioeconómica de las personas mayores*. En prensa.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2020). “El derecho a la salud durante una pandemia debe garantizarse según las necesidades diferenciadas de cada población” [en línea]. Disponible en <https://coronavirus.onu.org.mx/wp-content/uploads/2020/05/Discriminacion_o_violencia_contra_personas_LGBTI-1.pdf>.
- Piango Morales, Alberto José, y Mayra García Rojas (2020). “SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2: lo que se sabe de estos coronavirus epidémicos” [en línea]. *Panorama. Cuba y Salud* 15 (3): 64-75. Disponible en <<http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>>.
- Primera Encuesta Costos-Beneficios de las Estrategias de Adaptación en Salud, Economía y Sociedad (CoBESS) (2020). Universidad Nacional Autónoma de México-Dirección General de Asuntos del Personal Académico-Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020). “Desarrollo humano y Covid-19 en México: desafíos para una recuperación sostenible” [en línea]. Disponible en <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Desarrollo%2520Humano%2520y%2520COVID19%2520en%2520Mexico.%2520Final.pdf>>.
- Ramírez, Telésforo, Verónica Montes de Oca y Juan Carlos Mendoza (2021). “Las personas LGBT+ durante la pandemia por Covid-19 en México”. *Revista Mexicana de Sociología*. En dictamen.
- Ribas Bonet, María Antonia (s/f). “Desigualdades de género en el mercado laboral: un problema actual” [en línea]. Disponible en <https://dea.uib.cat/digitalAssets/128/128260_4.pdf> [consulta: 16 de marzo de 2021].
- Romero, Dalia Elena, Jéssica Muzy, Giseli Nogueira Damacena, Nathalia Andrade de Souza, Wanessa da Silva de Almeida, Celia Landmann Szwarcwald, Deborah Carvalho Malta, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Luis Otávio Azevedo, Renata Gracie, Maria de Fátima de Pina, Margareth Guimarães Lima, Ísis Eloa Machado, Crizian Saar Gomes, André Oliveira Werneck y Danilo Pereira Rodrigues da Silva (2021). “Older adults in the context of the Covid-19 pandemic in Brazil: Effects on health, income and work/Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho”. *Cuadernos de Salud Pública* 37 (3). Disponible en <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>>.
- Sáenz, Rogelio (2021). “El Covid-19 en los Estados Unidos”. *En Las personas mayores ante el Covid-19. Perspectivas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez*, coordinado por Verónica Montes de Oca y Marissa Vivaldo-Martínez. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Secretaría de Desarrollo Institucional-Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez. En prensa.

- Salama, Pierre (2021). *Contagio viral, contagio económico. Riesgos políticos en América Latina*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales/Alas.
- Salguero Vázquez, María Alejandra (2007). “El significado del trabajo en las identidades masculinas”. En *Reflexiones sobre masculinidad y empleo*, coordinado por María Lucero Jiménez Guzmán y Olivia Tena Guerrero, 429-448. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Samper-Ternent, Rafael, Alejandra Michaels-Obregon, Rebeca Wong y Alberto Palloni (2012). “Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases”. *Salud Pública* 54 (5): 487-495.
- Secretaría de Salud (2019). *Primer informe sobre desigualdades en salud en México*. México: Secretaría de Salud-Observatorio Nacional de Inequidades en Salud.
- Therborn, Göran (2016). *Los campos de exterminio de la desigualdad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Uribe, Mónica, y Raquel Abrantes (2013). “Las reformas a la protección social en salud en México: rupturas o continuidades”. *Perfiles Latinoamericanos* 42: 135-162.
- Waitzkin, Howard (2011). *Medicine and Public Health at the End of Empire*. Boulder: Paradigm.
- Welti, Carlos, y Verónica Montes de Oca (1997). “Envejecimiento: los servicios de salud y la seguridad social”. *Población y Cambio Social. Revista Latinoamericana de Población* 1 (1).
- White, Alan (2020). “Men and Covid-19: The aftermath”. *Postgraduate Medicine* 132 (S4): 18-27. Disponible en <<https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1823760>>.
- World Health Organization (WHO) (2020). “Director-General’s opening remarks at the media briefing on Covid-19” [en línea]. Disponible en <<https://www.who.int/dg/speech-es/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid19-11-march-2020>> [consulta: 12 de junio de 2020].

Verónica Montes de Oca Zavala

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población por el Colegio de México. Investigadora Titular C del Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III. Temas de especialización: envejecimiento demográfico, derechos humanos, políticas públicas, estudios gerontológicos, sistemas de protección social, redes sociales de apoyo. Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades, Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, Ciudad de México.

María del Pilar Alonso

Doctora en Administración Pública por el Posgrado de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Departamento de Matemática de la Facultad de Ciencias de la UNAM. Temas de especialización: estadísticas sociales, demográfica y envejecimiento.

María Montero-López Lena

Doctora en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Posgrado en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM. Temas de especialización: salud mental, soledad y vejez.

Marissa Vivaldo-Martínez

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, con estudios de doctorado en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Temas de especialización: desarrollo comunitario, gerontología y envejecimiento. Campus 3, Ex Fábrica de San Manuel S/N, San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala, Tlaxcala.

Las autoras agradecen al proyecto DGAPA-PAPIIT Costos-beneficios de las estrategias de adaptación en salud, economía y sociedad en México ante la pandemia por Covid-19 (IG300221) de la UNAM. También agradecen a Diego Ruiz y Elizabeth Mora Gil, por el apoyo en las gráficas, el cuidado y la sistematización bibliográfica. ●