



Universidad Autónoma De San Luis Potosí
Facultad De Enfermería Y Nutrición
Maestría En Salud Pública



Construcción social del riesgo de covid 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina.

Tesis

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

L.E.O.O SANDRA GRISELL RUBIO MARTÍNEZ

DIRECTORA:

DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

COASESORA:

DRA. MARIBEL CRUZ ORTIZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

SEPTIEMBRE, 2022



Construcción social del riesgo de covid 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina. por Sandra Grisell Rubio Martínez se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



Universidad Autónoma De San Luis Potosí
Facultad De Enfermería Y Nutrición
Maestría En Salud Pública



Construcción social del riesgo de covid 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina.

Tesis

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

Presenta:

L.E.O.O Sandra Grisell Rubio Martínez

Directora:

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Coasesora:

Dra. Maribel Cruz Ortiz

San Luis Potosí, S.L.P. México.

Septiembre, 2022



Universidad Autónoma De San Luis Potosí
Facultad De Enfermería Y Nutrición
Maestría En Salud Pública



Construcción social del riesgo de covid 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina.

Tesis

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

Presenta:

L.E.O.O SANDRA GRISELL RUBIO MARTÍNEZ

Sinodales:

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra
Presidente

Firma

Dra. Mónica Luna Blanco
Secretaria

Firma

Dr. Yesica Yolanda Rangel Flores
Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P. México.

Septiembre, 2022

RESUMEN

Objetivo: Analizar la construcción social del riesgo para contraer COVID-19 en mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad indígena nahua en el periodo enero-diciembre 2021. **Material y método:** Aproximación cualitativa etnográfica en una comunidad nahua de la huasteca sur. Se entrevistó a 11 mujeres embarazadas con edad de 16 a 40 años. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas. El análisis se realizó bajo los principios básicos de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin. **Resultados:** La construcción social del riesgo de mujeres nahuas embarazadas descansa en los imaginarios sociales de maternidad y corporalidad, en el rol de madre-cuidadora socialmente impuesto. El riesgo percibido giró en torno al bebé *no nato*, de ahí que gestionar el riesgo estuviera en función de proteger al ser que se lleva en el vientre. No basta con comunicar el riesgo, ya que es la experiencia la que otorga legitimidad a la COVID 19. La muerte materna por COVID 19 se percibió fruto del destino. **Conclusiones:** El plan de respuesta dado a la pandemia tiene una visión higienista, preventiva y sanitarista de la enfermedad que no contempla el sentir, la experiencia de las personas, ni sus condiciones de vida. Lograr un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones solo será posible si se concibe a la mujer indígena, pobre, marginada o vulnerable como sujeta de derechos.

Palabras clave: Construcción social, riesgo, COVID 19, mujeres indígenas, embarazo

ABSTRACT

Objective: To analyze the social construction of the risk of contracting COVID-19 in pregnant women belonging to a Nahua indigenous community in the period January-December 2021. **Method:** Qualitative ethnographic approach in a Nahua community in the southern huasteca. Eleven pregnant women aged 16 to 40 years were interviewed. The interviews were audio-recorded and transcribed. The analysis was conducted under the basic principles of Strauss and Corbin's grounded theory. **Results:** The social construction of risk of pregnant Nahua women rests on the social imaginaries of maternity, corporeality, and the socially imposed role of mother and caregiver. Perceived risk revolved around the unborn child, hence risk management was a function of protecting the being carried in the womb. It is not enough to communicate the risk, since it is the experience that gives legitimacy to COVID 19. Maternal death from COVID 19 was perceived to be the result of fate. **Conclusions:** The response plan given to the pandemic has a hygienist, preventive and sanitary vision of the disease, which does not contemplate the feeling, the experience of the people, nor their living conditions. Achieving a healthy pregnancy, a safe delivery and a postpartum period without complications will only be possible if indigenous, poor, marginalized or vulnerable women are conceived as subjects of rights.

Keywords: Social construction, risk, COVID 19, indigenous women, pregnancy.

DEDICATORIA

A mis padres, Santos y Victoria,
a quienes debo todo lo que soy.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a cada una de las once mujeres nahuas que aceptaron participar en este proyecto. Sin ustedes construir esta tesis no hubiese sido posible.

A la Dra. *Yesica Yolanda Rangel Flores* y a la Dra. *Maribel Cruz Ortiz* gracias por enseñarme, corregirme, dejarme aprender de ustedes, pero sobre todo gracias por acogerme en los momentos más difíciles de mi vida como tesista.

Gracias *Sheila Martínez*, *Diana Patiño*: mis amigas, cómplices y aliadas en este largo y difícil viaje ¡si se pudo! Gracias *Sandra Martínez*, *Beatriz Benito*, por ser mi fuente de inspiración para ser mejor día tras día, por confiar en mí y darme luz en los momentos de oscuridad.

Agradezco, de manera muy especial, al Dr. *Luis Eduardo Hernández Ibarra*, a la Dra. *Mónica Adriana Luna Blanco*, a la Dra *Karla Ivonne Mijangos Fuentes*, quienes a través de sus comentarios, observaciones, sugerencias y críticas para este trabajo es que me fue posible analizar con una nueva lente lo dado por sentado.

Por último, gracias al *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)* sin su apoyo económico me hubiera sido difícil cursar el posgrado.

ÍNDICE

Resumen.....	i
Abstract	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	ii
Índice de cuadros	v
Índice de graficas	vi
Índice de mapas	vi
Índice de imágenes	vi
Índice diagramas	vii

INTRODUCCIÓN.....	1
I. JUSTIFICACIÓN.....	3
II. OBJETIVOS.....	11
III. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1 Genealogía del riesgo	12
3.2 Abordaje del proceso salud-enfermedad.....	13
3.2.1 México, una historia de epidemias	15
3.3 Salud materna	18
3.3.1 Política pública en salud materna.....	25
3.4 Abordaje del riesgo frente a la COVID 19	18
3.5 Construcción social del riesgo.....	29

3.5.1 Percepción del riesgo	30
3.5.2 Vulnerabilidad asociada al riesgo	32
3.5.3 Comunicación y gestión del riesgo	34
IV. METODOLOGÍA.....	35
4.1 Tipo de estudio.....	35
4.1.1 Selección del contexto de estudio	35
4.1.3 Sujetos y muestra-muestreo.....	36
4.2 Conceptos ordenadores	37
4.3 Técnicas de recolección de información	38
4.4 Procedimientos.....	41
4.5 Análisis de los datos.....	42
V. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	45
VI. RESULTADOS.....	49
7.1 Aspectos en los que descansa la percepción del riesgo de COVID 19	105
7. 2 Escenarios de vulnerabilidad como amplificadores del riesgo	116
7.3 Comunicación y gestión local del riesgo	133
VII. DISCUSIÓN.....	138
VIII.CONCLUSIONES.....	144
IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	146
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
XI. ANEXOS.....	160
11. 1 Anexo 1. Consentimiento informado	160
11. 2 Anexo 2. Cronograma de actividades	162
11. 3 Anexo 3. Matriz de observación	165
11. 4 Anexo 4. Guía de entrevista	166

11. 5 Anexo 5. Carta de no conflicto de interés.....	174
11. 6 Anexo 6. Aprobación Comité Académico MSP	176
11. 7 Anexo 7. Aprobación CEIFE.....	177
11. 8 Anexo 8. Aprobación Autoridad sanitaria local	178
11. 9 Anexo 9. Presupuesto	179

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro

1	Casos de COVID 19 en la microrregión sur de San Luis Potosí.....	6
2	Configuración inicial de las etapas de vacunación COVID.....	121
3	Vacunas aprobadas por la COFEPRIS, marzo 2022.....	23
4	Escenarios de vulnerabilidad como detonadores del riesgo de COVID 19 en mujeres nahuas en situación de embarazo	33
5	Comparativa entre comunidades.....	42
6	Características sociodemográficas del contexto de estudio.....	50
7	Indicadores de carencias sociales en el municipio.....	50
8	Características sociodemográficas del escenario de estudio.....	67
9	Características de las viviendas.....	69
10	Estado de escolaridad.....	72
11	Población económicamente activa.....	72
12	Afiliación a los servicios de salud.....	82

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica

1	Causas directas e indirectas de muerte materna en México (2002-2018)	8
2	Casos positivos en Tamazunchale.....	53

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa

1	Ubicación geográfica del escenario de estudio.....	66
---	--	----

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen

1.....	Sanitización constante de espacios.....	56
2.....	Acciones derivadas del operativo <i>ponte el cubrebocas</i>	59
3.....	Acciones instrumentadas por la autoridad municipal.....	60
4.....	Ejemplo de gestión comunitaria del riesgo	65
5.....	Carretera a Tlalnepantla, deslave del cerro por la lluvia.....	66
6.....	Contraste en la arquitectura de los hogares nahuas.....	70
7.....	Parte interna de dos hogares nahuas.....	71
8.....	Centro de salud local	84

DIAGRAMAS

Diagrama

1	Categorías de análisis	112
----------	------------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

En México, durante el periodo 2020-2021, la COVID 19 se posicionó como la principal causa de muerte materna, en consecuencia, para toda mujer cursar el proceso de embarazo se constituyó una etapa de mayor riesgo, sin embargo, el riesgo de COVID 19 es una categoría que va más allá de cualquier predicción estadística y matemática.

En ese sentido, el documento que tiene en sus manos tiene como objetivo ofrecer un panorama sobre la construcción social del riesgo de COVID 19 en mujeres nahuas embarazadas. Este estudio se adscribe a la línea de investigación *salud y enfermedad en grupos vulnerables* del posgrado en Salud Pública de la UASLP y resulta de un trabajo de investigación etnográfica llevado a cabo en municipio nahua catalogado en alto riesgo de transmisión comunitaria de COVID 19. Es un intento por comprender no solo la complejidad del riesgo de COVID 19 sino también dar cuenta de las omisiones, injusticias y consecuencias de las medidas de salud pública instauradas.

Analizar la interacción entre riesgo percibido, vulnerabilidad sociocultural, física y económica, y la estrategia de comunicación-gestión local del riesgo solo fue posible a partir de recuperar la experiencia de 11 mujeres nahuas, quienes cursaron un embarazo durante la tercera y cuarta ola de COVID 19, se incluye la experiencia de parteras/parteros tradicionales, y del personal de salud, quienes en conjunto se configuraron como actores sociales clave en la atención a la salud materna en tiempos de contingencia sanitaria.

El entramado teórico en el que se erige este estudio se subyace en los postulados teóricos de Wilches Chaux, Ulrich Beck, Mary Douglas, Luis Gonzalo Iglesia y Jordi Farré, quienes son sociólogos, antropólogos y comunicólogos del riesgo.

Esta tesis se encuentra estructurada en once apartados. En el primero se enuncia el problema que originó el estudio, así como su justificación. En el segundo se presenta el objetivo que guio el estudio. Aproximarse a la noción de riesgo implica considerar las concepciones sobre salud / enfermedad, por tal motivo el tercer apartado ofrece al lector un breve recorrido histórico que da cuenta de estos procesos desde la cosmovisión occidental e indígena, así como su abordaje, además se presenta una síntesis de la política pública en torno a la salud materna en México, y finalmente, los referentes elegidos a nivel teórico. En el cuarto apartado se describe la metodología. En el quinto el lector encontrará las consideraciones éticas y legales. En el sexto son presentados los resultados derivados de la estancia etnográfica y del análisis de las entrevistas. En el apartado séptimo se encuentra la discusión. El octavo apartado contiene las conclusiones. En el noveno el lector encontrará los comentarios y sugerencias derivadas de este estudio. En el apartado décimo se encuentra la bibliografía, finalmente los anexos.

I. JUSTIFICACIÓN

El 31 de diciembre de 2019 Wuhan, provincia de Hubei China, se convirtió en el epicentro de un brote de casos de *Coronavirus Disease 2019* (COVID 19), una nueva enfermedad respiratoria ocasionada por el virus emergente SARS-CoV-2. Esta novedosa enfermedad se caracterizó por generar signos y síntomas leves (fiebre, cefalea, tos, estornudos, mialgias, artralgias, irritación ocular, diarrea, anosmia, ageusia y/o astenia), que a raíz de la presencia de condiciones biológicas como la edad, enfermedades crónicas, embarazo e inmunosupresión podía evolucionar a cuadros clínicos graves y ocasionar la muerte.

En virtud de lo anterior la COVID 19 se constituyó una amenaza para la salud de cualquier individuo, por tanto, el 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una emergencia de salud pública de preocupación internacional (1), y solicitó a cada nación iniciar el despliegue inmediato de acciones preventivas de salud pública para mitigar y contener la magnitud de la enfermedad.

El 11 de marzo la COVID 19 fue declarada pandemia (2), desde entonces la respuesta internacional se dirigió a comunicar y gestionar el riesgo de contagio. Estas estrategias de Salud Pública se configuraron la base angular para promover cambios conductuales (3) a fin de prevenir nuevos casos de COVID 19. Dicho esto la *plantilla para la planificación de comunicación de riesgos y participación comunitaria* (4) fue la herramienta para desarrollar y actualizar los planes de respuesta a la pandemia. La platilla señala que para mantener la confianza en las acciones que el estado instrumenta debe tenerse en cuenta:

- cómo se informa y/o educa a la población sobre lo que debe hacer para prevenir el contagio,
- cómo se construyen argumentos para convencer a la sociedad sobre la necesidad de hacerlo, y

- adecuar las estrategias a contextos locales específicos, ya que el plan debe incluir la diversidad de la audiencia, las herramientas y los medios de los que se dispone para transmitir el mensaje (3).

Por otra parte al planificar toda respuesta sanitaria habría que tener en cuenta la situación de los Sistemas Nacionales de Salud, en particular, aquellos de la Región de América Latina y el Caribe, ya que un análisis (previo a la pandemia) informó de profundas deficiencias estructurales y funcionales (5). Además, tras visualizar el potencial de la COVID 19 para obstaculizar el derecho a la salud la OMS instó a cada país a reestructurar los protocolos y lineamientos de atención, de no hacerlo toda unidad de salud se vería sobrecargada e insuficiente.

México fue el primer país de América Latina que implementó un diagnóstico confirmatorio del virus, estructuró lineamientos de tamizaje y habilitó cursos virtuales (1) en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la COVID 19, tanto para profesionales de salud como para población en general.

En este país el primer caso importado se registró el 28 de febrero del 2020, tras esto se dio inicio con la fase 1 de la epidemia, de esta manera la autoridad sanitaria federal desplegó estrategias de salud pública dirigidas a prevenir, mitigar y contener el riesgo de contagio. Así, el 29 de febrero del 2020 marcó el inicio de la conferencia de prensa *COVID 19*, la cual se transmitió por radio, televisión, y redes sociales (YouTube) hasta el 11 de junio del 2021 (24, 25). La conferencia estuvo encaminada a informar a la población sobre el panorama clínico y epidemiológico de la COVID 19. El eje central del discurso se centró en promover las siguientes acciones:

- promover el confinamiento voluntario bajo el lema “quédate en casa”
- seguir medidas básicas de higiene, lavado de manos (al tocar cualquier objeto), uso de etiqueta respiratoria (al toser o estornudar), saludar a distancia (> 2 metros), uso del cubrebocas (a nivel federal su uso se consideró opcional no así a nivel estatal y local);
- evitar salir de casa (principalmente si se presenta fiebre). La compra y venta de productos básicos se limitó a una sola persona por familia;

- aislamiento estricto ante prueba positiva de COVID 19 y/o después de tener contacto con una persona con diagnóstico de sospechosa y/o positivo;
- insistir en reprogramar eventos de concentración masiva, suspender temporalmente actividades no esenciales (actividades que no representen ingresos económicos para la mayor parte de la población) y
- evitar lugares con aglomeración de personas, en particular aquellos espacios con nulo o parcial seguimiento de las medidas de higiene.

La pandemia por COVID-19 trastocó la cotidianeidad del planeta, sin embargo no fue la única situación que trajo consigo consecuencias devastadoras, ya que el manejo de la epidemia exacerbó problemas biológicos, psicológicos y sociales. Ejemplo de esto tenemos en la estrategia de *reconversión hospitalaria* cuyo objetivo estribó en mantener la funcionalidad y accesibilidad a los servicios de salud (1) al clasificar a toda unidad hospitalaria en unidad COVID o NO COVID, como resultado, los servicios de atención ambulatoria fueron suspendidos, lo que supuso el cese de las actividades llevadas a cabo en centros de atención primaria.

Otro ejemplo radica en el *Protocolo para el manejo de la epidemia*, publicado el 24 de marzo en el *Diario Oficial de la Federación*, por el cual se estableció la *Jornada Nacional de Sana distancia (JNSD)*. Así, tanto la llegada de la COVID 19 como el distanciamiento social desencadenó la mayor crisis económica del siglo XXI, como respuesta a esta crisis el 30 de mayo del 2020 (7) se inició la reapertura gradual de actividades económicas, sociales y educativas.

Transitar a una nueva normalidad llevaba implícito el incremento de la movilidad social y con ello el aumento en el riesgo de contagio, por tanto, a partir del 01 de junio del 2020 la autoridad sanitaria instituyó el semáforo de riesgo epidemiológico (8), herramienta cartográfica que permitió regular el uso del espacio público.

Desde la estadística y matemática predictiva se advirtió que de seguirse el confinamiento voluntario el final de la pandemia ocurriría el 05 de septiembre del 2020 (9), no obstante, hasta agosto 2022 se habían presentado cinco olas epidémicas de COVID 19 con un acúmulo de 6 857 470 casos positivos y 328 230

defunciones (10), panorama epidemiológico al que habría que sumar aquellas defunciones y casos sintomáticos / asintomáticos no notificados.

En San Luis Potosí el primer caso importado de COVID 19 se registró el 13 de marzo del 2020, hasta el 27 de junio del 2022 había un acúmulo de 186 781 casos positivos y 7 556 defunciones. Durante este periodo el mayor número de casos se produjo en Soledad de Graciano Sánchez, Ciudad Valles y Tamazunchale (11), por lo que fueron declarados municipios con alto riesgo de transmisión comunitaria. A raíz de esa declaratoria Tamazunchale fungió como sede del estudio. A continuación se presenta el panorama epidemiológico de la microrregión de la que este municipio forma parte.

Casos de COVID 19 en la microrregión sur de San Luis Potosí

Municipio	Casos positivos
Tamazunchale	4, 698
Xilitla	1 175
Axtla de Terrazas	1 265
Matlapa	1 020
San Martín Chalchicuautla	488
Tampacán	401
Total	9, 047

Cuadro 1. Fuente: Elaboración propia a partir del informe COVID 19: situación epidemiológica jurisdiccional. Actualizada al 27 de junio del 2022, 09:00 horas. Disponible en: Servicios de Salud de San Luis Potosí <https://cutt.ly/XKHUgzzg>

A raíz del aumento de casos positivos la mayor prioridad por comunicar y gestionar el riesgo giró en torno a grupos poblacionales catalogados en alto riesgo de contagio. Dicha prioridad se sostuvo en estudios clínicos que advertían que personas menores a 5 años y mayores a 65, personas con enfermedad crónica no controlada (diabetes mellitus, hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, enfermedad renal crónica, infección por VIH, cáncer) y mujeres embarazadas podían desarrollar cuadros clínicos graves de COVID 19 y morir (5,12,13).

De entre todos los individuos en situación de riesgo particular atención merece toda mujer que transita por un embarazo, ya que previo a la pandemia la muerte materna (MM) se constituía un evento prevenible asociado a la pobreza, inequidad y a la mala calidad de los servicios de salud. Con el arribo de la COVID 19 los modelos predictivos advertían de un aumento indirecto en la mortalidad materna (14), ya que una reducción del 5 % en la cobertura de los servicios de salud incrementaría la MM en un 8.7 %; una reducción del 10 % la acrecentaría en un 14.7 %, y una reducción del 25 % la aumentaría en un 38.6 %.

Aunado a esto, desde septiembre 2020, los estudios clínicos sobre embarazo y COVID 19 sostenían que durante esta etapa son producidos cambios fisiológicos (respiratorios e inmunes) con el potencial de incrementar el riesgo de padecer la infección en su forma más grave. La evidencia científica advirtió que presentar COVID 19 mientras se cursa un embarazo aumenta:

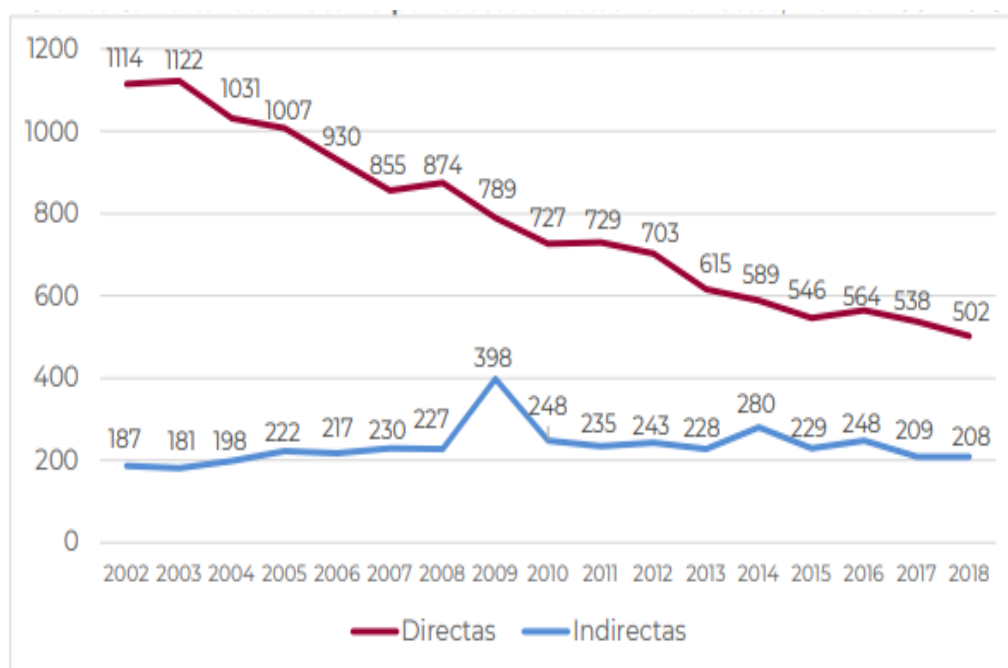
- 2.4 veces la posibilidad de requerir oxígeno complementario,
- 2.9 veces la posibilidad de requerir ventilación mecánica y
- 22.3 veces la posibilidad de muerte materna (15).

Ante la magnitud del problema al que se enfrentaría toda mujer embarazada el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA) (16) instó a los gobiernos a implementar, diseñar y evaluar todo protocolo y lineamiento garante de la salud materna, y a insistir en el carácter prioritario de comunicar el riesgo que supone cursar la COVID 19 en esta etapa de la vida. Pese al despliegue de estrategias para prevenir el riesgo en este grupo poblacional, desde el 2021, en América Latina y el Caribe se han reportado más de 270 000 mujeres embarazadas positivas a COVID-19, y más de 2 600 MM atribuidas a esta causa (13).

Este panorama de muerte representó un retroceso de más de 20 años de trabajo en pro de la salud materna para México, Argentina y Brasil, países donde la COVID 19 se convirtió en la principal causa de MM (17,18). Para México la MM asociada a COVID 19 le llevó a recordar el impacto de la pandemia *influenza AH1N1*, ya que en 2009 se colocó como primer causa de MM indirecta (ver *Gráfica 1*).

En abril 2020 la autoridad sanitaria federal dio a conocer 2 defunciones maternas secundarias a COVID 19. Dichas defunciones marcaron su debut como cuarta causa de MM en el *informe semanal de notificación inmediata de muerte materna (SE 15-2020)*, y en julio 2020 ocupó la posición principal con 73 defunciones (*SE 28-2020*). Hasta febrero del 2022 un total de 47,334 mujeres embarazadas y puérperas habían resultado positivas a COVID 19, y se había notificado de 665 defunciones maternas (19), cifra que supera las 398 muertes maternas (20) atribuidas al virus *influenza AH1N1*.

Causas directas e indirectas de muerte materna en México (2002-2018)



Fuente: SALUD/CNEGSR Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal. SINBA. Cubos dinámicos⁴⁷.

Gráfica 1. Fuente: Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Secretaría de Salud. México. pág. 32 Disponible en: <https://bit.ly/3QCaHXn>

En lo que concierne a San Luis Potosí la base de datos de los Servicios de Salud no ofrece estadísticas exactas. El informe nacional indica que en esta entidad a finales del 2021 se habían reportado de 815 a 1 156 casos positivos, y 28 defunciones (21,22) (sin especificar la procedencia urbana o rural de las mujeres). Para el estado potosino este número de defunciones representó un retroceso de

dos décadas (22) de trabajo en pro de la salud materna. Ante el panorama de muerte materna cabe destacar que las persistentes brechas de desigualdad en salud son traducidas en riesgos diferenciales para las mujeres en situación de embarazo (23), por lo que garantizar la salud materna durante la pandemia implica considerar que en contextos urbanos, rurales y/o indígenas opera de forma diferenciada la pobreza, la desigualdad, y la vulnerabilidad. Esta última engloba causas internas y externas del contexto que pueden detonar en riesgos tanto directos como indirectos hacia las mujeres en situación de embarazo.

Bajo esa línea, considerar el panorama epidemiológico de COVID 19 en mujeres indígenas embarazadas permite dar cuenta que Yucatán, Quintana Roo, Guerrero, Oaxaca, Nayarit y San Luis Potosí (21) son los estados con mayor registro de casos positivos durante esta etapa. Además, desde septiembre 2020, San Luis Potosí se ha posicionado como la tercera entidad con mayor registro de casos de COVID 19 en personas indígenas dedicadas al hogar y en trabajadores (24).

En esta entidad la población indígena en su mayoría son nahuas y teenék (25,26) cuyo asentamiento se ubica en la región huasteca. Esta región se caracteriza por un bajo índice de desarrollo humano en salud (0.72), educación (0.75) e ingreso económico (0.58) (22), que se traduce en acceso deficiente a los servicios de salud, bajo promedio de escolaridad, altos niveles de pobreza, marginación y vulnerabilidad.

Ante este problema sucinto desde la antropología y sociología del riesgo se ha instado a la Salud Pública a analizar el riesgo de COVID 19 desde una vertiente sociocultural (27–31), ya que la estrategia de comunicación y gestión del riesgo de COVID 19 debe reconocer que el riesgo no se limita a la esfera biológica, sino que se construye a partir de la percepción, la vulnerabilidad y la comunicación social que opera en un contexto específico. Dicho lo anterior, esta tesis sostiene que toda mujer nahua embarazada cuenta con una visión propia y compartida con la que interpreta y significa (32–34) el proceso salud /enfermedad / atención, el embarazo mismo y el riesgo que supone la COVID 19. Esta visión es influenciada por la

comunicación del riesgo y la vulnerabilidad que opera en el contexto donde construye su vida.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la construcción social del riesgo para contraer COVID-19 en mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad nahua en el periodo enero-diciembre 2021. Como pregunta inicial se planteó fundamental indagar ¿cómo construyen el riesgo para contraer COVID-19 mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad nahua en el periodo enero-diciembre 2021? Para dar respuesta a esta pregunta fue necesario ahondar en ¿cuál fue la percepción del riesgo para contraer COVID-19 de estas mujeres? ¿cómo la vulnerabilidad sociocultural, física y económica condicionó esta construcción del riesgo? ¿a partir de qué estrategia de comunicación y gestión del riesgo se edificó esta construcción?

II. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar como las mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad indígena nahua en el periodo enero-diciembre 2021 construyen el riesgo para contraer COVID-19.

Objetivos específicos:

- Describir la percepción del riesgo de COVID-19 generada por mujeres embarazadas nahuas de Tamazunchale SLP
- Identificar la manera en que la vulnerabilidad sociocultural, física y económica condicionó la construcción social del riesgo en mujeres embarazadas nahuas de Tamazunchale SLP.
- Describir la estrategia de comunicación y gestión del riesgo local que influyó en la construcción del riesgo en mujeres embarazadas nahuas de Tamazunchale SLP.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Genealogía del riesgo

En cada época, entre e intrasociedades, el ser humano ha configurado una variedad de concepciones, interpretaciones y prácticas relacionadas con eventos capaces de atravesar los límites geográficos y entre grupos sociales. La historia permite dar cuenta de eventos *amenazantes, peligrosos y de riesgo* (35) que han generado daños, complicaciones y pérdidas. Ejemplo de esto tenemos en plagas, epidemias, inundaciones, sequías, heladas, derrumbes, sismos, maremotos, actividad volcánica, explosiones, contaminación ambiental, guerra y terrorismo.

El origen del término *riesgo* es incierto, sin embargo puede situarse en la inseguridad generada a partir del desarrollo científico y tecnológico del siglo XVIII (36), ya que refiere a *la probabilidad futura de pérdida o daño en un período de tiempo específico* (37), y tanto su cálculo como su evaluación se subyace en la ideología capitalista, y en los principios de la teoría económica (35), como resultado, su abordaje lleva implícito la estimación costo-beneficio. En cuanto a su inserción en las iniciativas de Salud Pública (38) esta se produjo a principios del siglo XX (1901), y desde entonces ha tenido dos funciones esenciales:

- 1) fungir como dispositivo metodológico, ya que para reducir su efecto se apela a la responsabilidad y a la adquisición de conocimientos. De este modo para promover cambios conductuales la *educación para la salud* se configura prioritaria.
- 2) fungir como instrumento operativo de control social, toda vez que controla aspectos relacionados con el cuerpo, el estilo de vida, lo genético y lo ambiental.

Desde las ciencias sociales, antropología y sociología del riesgo, se ha advertido que el estudio y abordaje del riesgo no puede reducirse a términos cuantitativos (35), ya que en la sociedad opera un riesgo subjetivo o percibido (38). El riesgo

percibido es fruto de la interpretación que el ser humano elabora sobre los fenómenos que producen riesgo, salud y enfermedad. Dicha interpretación no puede ser considerada irracional, ya que posee su propia lógica y significado. Además, a estas categorías cada sociedad, en un tiempo y espacio determinado le imprime características particulares, por tal motivo, a continuación se presenta una breve reseña sobre la concepción salud, enfermedad, y su abordaje.

3.2 Abordaje del proceso salud-enfermedad

De mediados del siglo XIV (1350) hasta mediados del siglo XVIII (1750) tanto la enfermedad como el peligro fue atribuido a la divinidad, el destino y la suerte. Este periodo fue identificado como *etapa del miedo o edad de la sangre* (36), ya que toda calamidad (epidemias y pestes) obedecía a una razón de la que solo los dioses podían dar cuenta. El sacrificio fue una medida empleada para anticiparse a la *amenaza y/o peligro* que representaba perder el amparo, y/o el afecto de los dioses.

De principios del siglo XVII (1601) hasta principios del siglo XIX (1801-1850)(39) tiene lugar la época *estadística sanitaria*. En esta época la salud se consideró resultado de las condiciones en las que el individuo vivía inmerso. La enfermedad se explicó con la teoría miasmática(30) que sostenía *la presencia de olores y aires malsanos derivados del suelo, agua o aire contaminado genera enfermedad*.

Esta premisa alentó al médico Thomas Sydenham (1624-1689) a proponer la teoría de la higiene, por medio de la cual clasificó a la enfermedad en aguda y crónica(40). La primera se explicó a partir de un *algo* que está en el entorno, principalmente el aire, e *infecciona*, como resultado, el interés se consagró en instaurar la *higiene pública* con acciones dirigidas a mejorar el ambiente, el manejo de excretas, drenajes y acueductos.

La enfermedad crónica se identificó a partir del estilo de vida, lo que llevó a promover la *higiene privada* con acciones más específicas como fomentar el consumo de jugo de lima para prevenir el escorbuto (deficiencia de vitamina C) e la

inmunizar contra la viruela(41). Esta última acción se realizó a escala restringida, ya que la prioridad máxima giró en torno a garantizar la salud de la clase alta.

La medicina del siglo XVIII se caracterizó por otorgar protagonismo a la enfermedad y por medio de la medicina urbana (dedicada a estudiar las condiciones del medio en cuanto afectan la salud) instauró los términos *salubridad* e *insalubridad* (42). Ante esta terminología es de interés señalar que aunque el pobre no era considerado una amenaza para la salud tras la epidemia de cólera (1832) la presencia del pobre en el paisaje urbano despertó temores tanto políticos como sanitarios(43), en consecuencia, la ciudad se dividió en sectores pobres y ricos.

En 1842 Edwin Chadwick sostuvo que a través de la higiene pública y la educación para la salud era posible eliminar la suciedad (44,45), principalmente en los sectores pobres, ya que estos eran considerados *focos infecciosos* dadas las condiciones ambientales. Por otro lado, ante la urgencia que representó la enfermedad contagiosa tanto la enfermedad como su abordaje se convirtió en un medio para establecer mecanismos de control social (43). Ejemplo de esto tenemos en el modelo médico y político de la cuarentena, y con la Ley de pobres (43). Estas medidas fueron instituidas por el estado inglés, y garantizaron la salud de la clase privilegiada a costa de ejercer un control médico del pobre (43).

Dicho sea de paso, a mediados del siglo XVIII el proceso de industrialización y las ideas de la Ilustración detonaron la reflexividad en torno a la responsabilidad y la acción humana, paralelo a esto y hasta principios del siglo XIX se observó un auge en el capitalismo (sistema social y económico que da privilegio a lo biológico, somático y corporal del ser humano) (43), mismo que intensificó el control sobre la salud y el cuerpo de los grupos minoritarios a fin de incrementar su fuerza laboral y disminuir el riesgo que este sector suponía para la clase alta.

Desde la segunda mitad del siglo XIX hasta inicios del siglo XX se extiende la *época de las enfermedades infecciosas*. La salud se concibió como el equilibrio entre el agente causal o etiológico, el huésped y el ambiente(46). Este último tuvo mayor relevancia, ya que contribuía a propiciar o evitar que el agente interaccionara con el huésped.

A finales del siglo XIX (1882) se logró aislar al bacilo que produce tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) hecho histórico que llevó a formular y respaldar la teoría del *germen*, que sostenía *un agente biológico específico origina una enfermedad específica*. Esta premisa sirvió de sustento para el paradigma biomédico o sanitarista de la salud / enfermedad, y se configuró como el principio epidemiológico de la bacteriologización de la salud pública(40) de este modo se inició el tránsito de *higiene pública* al de *eventos de interés en salud pública*.

Dar cuenta de la concepción salud y enfermedad implica considerar que las interpretaciones indígenas sobre estos procesos van mucho más allá de las concepciones europeas antes mencionadas, ya que en las poblaciones originarias la noción salud / enfermedad es integrada a partir de *ideas, conceptos, creencias, mitos y prácticas relacionadas a enfermedades físicas, mentales y/o desequilibrios sociales*(47). Estudios etnohistóricos en poblaciones indígenas han documentado que previo a la llegada de los españoles las epidemias ya se habían hecho presentes, por tanto, en el siguiente subapartado se recupera una breve reseña sobre las principales enfermedades infecciosas a las que la población indígena ha hecho frente.

3.2.1 México, una historia de epidemias

La primera epidemia de la que se tiene registro aconteció entre 1450 y 1456. En este periodo la población fue azotada por una enfermedad respiratoria llamada *catarro pestilencial*(48). En el periodo 1496 y 1507 emergió un brote de enfermedad respiratoria y de tifo exantemático que diezmó a la población de Tehuantepec, Xochtlán, Amaxtlán, Tuctepec, Intztlán, y territorios aledaños (49).

Durante la conquista (1520 y 1521) la viruela se catapultó como la mejor aliada de los españoles para conseguir una pronta dominación del imperio Azteca. La carencia de inmunidad permitió que esta enfermedad se propagara de forma rápida, en consecuencia, produjo la muerte de 9 de cada 10 indígenas(50), originó escasez alimentaria, generó un exterminio de la población y una reducción en su fuerza de combate.

La viruela resultó novedosa para los nativos, y por sus características se nombró *hueyzahuatl cocoliztli* o *enfermedad de los granos grandes*(48). Desde el pensamiento indígena su llegada marcó el inicio de una serie de calamidades que caerían sobre el territorio conquistado. La epidemia de *sarampión* o *tepitonzahuatl* (pequeña lepra o pequeño sarpullido) ocurrió en 1531. En el periodo de 1545 a 1548 tuvo lugar la *tercera pestilencia grande y general* que mató al 80 % de la población indígena, es decir, 15 millones de personas(48). Esta epidemia se describió como *un pujamiento de sangre, juntamente con las calenturas, y era tanto la sangre que les reventaba por las narices*(49). La epidemia más relevante del siglo XVI fue la de paperas o *quechpozahualiztli*, y se caracterizó por generar fiebre alta e inflamación dolorosa en el cuello.

Las epidemias no solo provocaron y exacerbaron la muerte, hambre, guerra y esclavitud en la población originaria sino que también actuaron como herramientas para convertir a los indígenas a la fe cristiana (49). Por otra parte, se ha documentado que el estado de inmunidad, el estado nutricional, la edad, el grupo poblacional y el tiempo-espacio en el que se vive son factores que determinan la magnitud de las enfermedades, epidemias y/o complicaciones. De este modo no resulta extraño que tanto las personas en condición de esclavitud como la población nativa presentara neumonía, disentería, paludismo, poliomielitis, fiebre amarilla (tifo), lepra y enfermedades parasitarias (48) como amibiasis, tripanosomiasis, sífilis.

Los peones, jornaleros, indígenas y mujeres que vivían en el campo y en la periferia de las ciudades se constituyeron el sector menos privilegiado de la sociedad. La gente estaba desnutrida, fatigada y sucia. Los sitios de asentamiento reunían las peores condiciones de vida, ya que la alimentación era insuficiente, en los hogares no había luz eléctrica, agua entubada, letrinas, baños o drenaje (51), como resultado, este sector era el más afectado por las enfermedades parasitarias e infecciosas.

En el periodo de 1521 hasta 1810 *el protomedicato* fue la institución que actuó como instrumento de salubridad pública(51). Su ideología se sostuvo en la higiene como

sinónimo de buena salud. Esta institución exigió a los pobres un mejor vestido, extendió la caridad a personas ciegas y en situación de calle a fin de asearlos, enseñarlos a comer con cubiertos, y a expresarse con lenguaje culto y humilde.

De 1870 a 1960 el 91% de la población pertenecía al sector más pobre. En lo que respecta a los recursos humanos en salud se contaba con 1 médico por cada 5,000 habitantes (51). Aunado a esta escases de personal médico, la práctica médica se adhirió a los principios imperialistas y capitalistas de la individualidad(42), en consecuencia, al pobre, indígena, marginado y vulnerable se le asignó una posición poco privilegiada para el sistema sanitario, económico y político.

Lo anterior hace comprensible el acceso restringido que ha caracterizado la atención de este sector, ya que ir al médico implicaba realizar largos recorridos hacía las zonas urbanas, y contar con poder adquisitivo que permitiera cubrir los gastos médicos. Así, la salud de este sector estuvo a merced del altruismo del estado, la caridad de la clase noble, la buena voluntad de las órdenes religiosas, y en sus propios recursos como la autoatención, parteras, curanderos, hierberos.

Ante este panorama el abordaje de la enfermedad se destacó por mantener una brecha entre la *gente decente* y la *plebe* (51). Ejemplo de esto tenemos en 1804 con la aplicación de la vacuna contra la viruela , ya que se destinó en su mayoría para la clase alta (34, 450 dosis destinadas al Distrito Federal, y 5 273 para las provincias) (49).

Es claro que las zonas marginadas y empobrecidas (Tamaulipas, Morelos, Veracruz, Ciudad de México y Yucatán) eran las más afectadas por enfermedades, guerras, falta de higiene y miseria (52), pero tambien eran las zonas con mayor concentración de inversión estadounidense y europea. Ejemplo de esto tenemos en los puertos marítimos de Veracruz y Tamaulipas, zonas de malaria y fiebre amarilla, donde en 1930 la *Fundación Rockefeller* (corporativo estadounidense dedicado a la industria petrolera) promovió campañas de salud pública (fumigar, rellenar, depositar peces larvicidas en hogares, criaderos y depósitos de agua) en aras de contener la morbilidad en estas regiones (53).

Aludir estas acciones al carácter altruista de la empresa es negar los intereses capitalistas de por medio, ya que proteger a la población estuvo en función de 1) garantizar su fuerza laboral, y con ello asegurar la productividad, 2) disminuir la amenaza que representó la malaria y la fiebre amarilla para el comercio internacional, ya que vía marítima el mosquito *Aedes Aegypti* podía transportarse de un puerto a otro, y 3) proteger a la población estadounidense y europea de estas enfermedades.

En lo que concierne a la *influenza española* (1918), influenza AH1N1 (2009), y COVID 19 (2020) estas son ejemplo de pandemias derivadas de enfermedades transmisibles cuyo agente causal es un virus respiratorio. A pesar de que cada una se desarrolló en un tiempo histórico determinado ciertos aspectos son similares como el cuadro clínico (fiebre, cefalea, mialgias y malestar general) y el plan de respuesta.

En la primer pandemia el abordaje se dirigió a evitar cines, teatros y sitios de reunión mal ventilados, cubrirse con un pañuelo al estornudar o toser, no escupir en el suelo, saludar sin tocarse el cuerpo (saludo higiénico). Para destruir al agente causal se recomendó a la población realizar 20 respiraciones profundas por la nariz y 21 horas de ejercicio a la semana(54). En la segunda el abordaje estribó en promover el lavado de manos, el aislamiento estricto (en caso de presentar sintomatología) y evitar contacto físico (saludos, besos, abrazos) (55).

El abordaje de la pandemia por COVID 19 será descrito en el siguiente subapartado, sin embargo, es importante señalar que al igual que en la pandemia *influenza AH1N1* los grupos poblacionales con alto riesgo de contagio o presentar complicaciones fueron niños, adultos mayores, personas con enfermedad crónica degenerativa y mujeres embarazadas.

3.2.2 Abordaje del riesgo frente a la COVID 19

El carácter emergente de la COVID 19 condicionó que *comunicar el riesgo* se erigiera como la principal estrategia para aminorar las cifras de morbilidad y mortalidad, ya que su premisa central sostiene que al mantener informada a una sociedad

expuesta a determinado riesgo esta es capaz de tomar decisiones para gestionar el riesgo presente (56), es decir, efectuar medidas de protección y prevención para mitigar y contener la posibilidad de enfermar y/o desarrollar complicaciones.

La OMS estableció una respuesta inmediata internacional coordinada para promover y asegurar el seguimiento de conductas responsables. Esta respuesta consistió en:

- restringir la movilidad social por medio de instaurar medidas de confinamiento y de distanciamiento social.
- Incrementar la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico por laboratorio de la COVID 19.
- Fomentar el seguimiento y vigilancia de viajeros procedentes de países con transmisión local.
- Efectuar el aislamiento estricto ante la presencia de casos sospechosos y/o confirmados.
- Capacitar a toda persona sobre la vigilancia, manejo y monitoreo de la COVID 19.

En México el plan de respuesta a la pandemia estuvo a cargo del Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud, y se dirigió a:

- 1) emitir recomendaciones de autocuidado y cuidado colectivo.
- 2) Informar sobre el comportamiento epidemiológico de la COVID 19.
- 3) Mostrar el panorama de la infraestructura del sector salud público (número de profesionales de la salud, camas hospitalarias, ventiladores mecánicos; equipo de protección personal (guantes desechables, batas, cubrebocas).
- 4) Mostrar la evidencia científica que subyace el abordaje de la enfermedad (57), en especial la que justifica el control de la movilidad social.

Cada eje se sustentó en un horizonte técnico, científico y probabilístico, por tanto, no resulta extraño que medir el impacto de esta estrategia estuviera a cargo del paradigma positivista. Dicho paradigma cercenó en variables y parámetros

cuantificables las características intrínsecas y extrínsecas de la población. Así, un estudio llevado a cabo en México evaluó la percepción del riesgo de COVID 19 de población joven y adulta mayor, y determinó su asociación significativa con el nivel percibido de autoeficacia, empatía, edad, el sexo y estado civil (58–61).

Apelar a la utilidad de la comunicación del riesgo en situaciones de emergencia implica tener en cuenta que los siguientes aspectos la colocan en una posición lejana de ser una estrategia generadora de impacto:

- 1) El alcance y los tipos de medios de comunicación por los que circula el mensaje como el radio, televisión, periódico y medios digitales (Facebook, Twitter);
- 2) La velocidad a la que se produce y se comparte nueva evidencia científica, ya que genera en la audiencia altos niveles de estrés, ansiedad y preocupación.
- 4) La capacidad de los medios digitales y/o figuras públicas para propagar *fake news*(62), es decir, información falsa y/o poco objetiva.

Por otra parte, a raíz del interés global para comprender los mecanismos de patogenicidad del virus SARS-CoV-2 en diferentes geografías se dedicó tiempo y recurso (humano, material, financiero, tecnológico) a construir un corpus de conocimiento biomédico (27) para orientar la búsqueda y diseño de tratamientos fármaco biológicos. Si bien el desarrollo de este tipo de tratamientos puede prolongarse hasta 15 años (63) originar un tratamiento para la COVID 19 se constituyó una prioridad de salud pública mundial (64), ya que fungiría como pieza clave para poner fin a la pandemia y reducir sus efectos colaterales.

Dicho esto, la primer vacuna contra la COVID 19, *Sputnik V*, se registró en agosto del 2020 (64). En América, tres meses después, fue anunciada la vacuna Pfizer-BioNTech con tecnología ARN mensajero (ARNm) con una efectividad del 95 %. En Reino Unido, República de Bahréin, Canadá y México se aprobó el uso de emergencia de esta vacuna (65).

México fue el primer país latinoamericano en emplear la vacuna Pfizer. Para vacunar a la población se adhirió al estándar internacional que priorizó a la sociedad en función del riesgo. La autoridad sanitaria diseñó la Política Nacional de Vacunación (PNV) (66). (Ver Cuadro no. 2) para optimizar el biológico en términos de justicia distributiva, es decir, administrar la vacuna de acuerdo con la probabilidad más alta de adquirir el virus, requerir tratamiento hospitalario y/o fallecer por COVID 19.

El interés del gobierno mexicano se consagró en inocular y completar esquemas de vacunación en personas en riesgo o vulnerables, máxime adultos mayores. Sin embargo derivado del panorama epidemiológico, el pronunciamiento de organismos y asociaciones civiles (67,68), la disponibilidad del biológico y de evidencia clínica en torno a su administración es que población docente, personas de 5 a 12 años y/o de 12 a 17 años con inmunocompromiso y mujeres embarazadas (a partir de la 9° semana de embarazo) fueron considerados.

Configuración inicial de las etapas de vacunación COVID 19

Etapas	Periodo		Grupo poblacional
	Inicio	Termino	
1	24 Diciembre 2020	Febrero 2021	Personal de salud en 1° línea de atención COVID 19
2	Febrero	Abril	Personal de salud que no se ubica en 1° línea
3	Abril	Mayo	Personas ≥ 60 años Personas de 50 a 59 años
4	Mayo	Junio	Personas de 40 a 49 años
5	Junio	Marzo 2022	Población en general

Cuadro 2. Fuente: Elaboración propia a partir del documento rector Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS CoV 2, para la prevención de la COVID 19 en México, versión 3.0, 08 de diciembre de 2020. <https://cutt.ly/TKHPgGO>

En lo que concierne a mujeres en situación de embarazo se les ha solicitado emprender las mismas acciones que al resto de la población, y se ha hecho hincapié en aquellas que cursan enfermedades crónicas previas al embarazo se mantengan en estricta vigilancia y en adherencia a los tratamientos farmacológicos-terapéuticos correspondientes.

Aunque de manera inicial se pensaba que producir un biológico supondría el final de la pandemia aspectos ligados con el desarrollo, producción, comercialización y demanda de la vacuna han generado una desigualdad en cuanto a su distribución y acceso. Por tanto, el 15 de enero del 2021, bajo la consigna *nadie estará a salvo a menos que todo el mundo lo esté* la OMS lanzó la iniciativa COVAX . Esta iniciativa consistió en realizar la compra de biológicos a diversas farmacéuticas para asegurar la inmunización del 20 % de la población de países con economías menos privilegiadas (69).

A pesar de aplicar esta iniciativa cada país debía enfrentar obstáculos internos como la cantidad de recursos financieros, humanos, administrativos, tecnológicos disponibles, así como la infraestructura necesaria para recibir y almacenar los biológicos(69), ya que el manejo de las vacunas Sputnik V, Pfizer y Moderna requería cuidados de congelación y/o ultra congelación.

Por otro lado, a pesar de que en 2021 se tenía un registro de 349 vacunas en desarrollo (70) solo ocho vacunas habían sido aprobadas para su uso de emergencia (*Pfizer, AztraZeneca, Janssen, Moderna, Sinopharm, Sinovac-CoronaVac, Covaxin-Bharat y Novavax*). En territorio mexicano la estrategia operativo *correccaminos* (71) estipuló que la jornada de vacunación concluiría en marzo 2022 con el 100% de los mexicanos vacunados (66) ,

Lograr el 100 % de la cobertura de vacunación estuvo en función de la disponibilidad de las vacunas autorizadas en México (69) (*ver Cuadro no. 3*), como resultado, hasta agosto 2022 solo el 62.56 % de la población tenía el esquema completo (72), A escala mundial solo el 66 % de la población había recibido al menos una dosis (72). Ser o estar vacunado se convirtió en un nuevo privilegio toda vez que la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del biológico tornó lejana la posibilidad de cumplir con la promesa global *sin dejar a nadie atrás*.

Vacunas aprobadas por la COFEPRIS, marzo 2022

Vacuna	Edad (años)	Fecha de autorización	Esquema de vacunación
Pfizer/BioNTech	≥ 18	11/12/2020	2 dosis
	12 a 17	24/06/2021	
	5 a 11	03/03/2022	
AztraZeneca/Oxford		04/01/2021	2 dosis
Cansino		08/02/2021	1 dosis
Sputnik V	≥ 18	09/02/2021	2 dosis
Sinovac-CoronaVac		09/02/2021	2 dosis
Covaxin/Bharat BioNTech		06/04/2021	
Janssen		27/05/2021	1 dosis
Moderna		17/08/2021	2 dosis
Sinopharm		25/08/2021	2 dosis
Abdala		29/12/2021	3 dosis

Cuadro 3. Fuente: Elaboración propia partir de Vacunas COVID 19 autorizadas en México por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). 03 de marzo de 2022.
<https://cutt.ly/VKHAi4f>

Tras este panorama y a raíz de la capacidad viral para producir nuevas y letales variantes la OMS instó a cada país a garantizar la administración de dosis de refuerzo y a continuar con la estrategia de comunicar y gestionar el riesgo previamente establecidas. Ante la clasificación poblacional del riesgo es de interés ahondar en el grupo de mujeres embarazadas, ya que el vínculo entre la categoría *riesgo* y *salud materna* no es propio del carácter emergente de la pandemia. El término *riesgo* ha acompañado por décadas la trayectoria de mujeres en situación de embarazo, por tanto, el siguiente apartado recupera los principales aspectos sobre estas categorías.

3.3 Salud materna

La salud materna alude al cuidado de toda mujer en etapa de embarazo, parto y puerperio. Este cuidado debe ser efectuado con plena conciencia de la diversidad sociocultural de las mujeres, y en un marco de respeto a los derechos humanos,

sexuales y reproductivos(73). Asegurar la salud materna a escala internacional se ha configurado un reto para la salud pública dada la elevada cifra de MM. Este evento comprende todo deceso prevenible que ocurre cuando una mujer está embarazada, en trabajo de parto o en puerperio. Se denomina MM directa cuando obedece a una causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su manejo (hemorragia, tratamiento médico tardío y/o incorrecto). Se nombra MM indirecta cuando resulta de una enfermedad previa que evoluciona o se complica (enfermedad cardiovascular o respiratoria) (74).

Atender esta problemática se ha convertido en un asunto de interés prioritario en la agenda global, ya que morir durante esta etapa resulta de la pobreza, inequidad y mala calidad de los servicios de salud (75). El indicador *razón de mortalidad materna* RMM (cuantifica el número anual de muertes maternas / 100 000 nacidos vivos) versa en un interés clínico, epidemiológico y político, ya que permite dar cuenta del nivel de desarrollo humano con el que cuenta una población.

Garantizar la salud en esta etapa de la vida ha llevado a las naciones a ejecutar políticas públicas dirigidas a salvaguardar la salud de toda mujer en edad fértil. Ejemplo de esto tenemos con la Declaración del Milenio, firmada en 2000, la cual reflejó la voluntad de 190 países para mejorar las condiciones de salud materna. Desde 2015 los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) han continuado con esta iniciativa(76).

En México a partir de 1990 se informó de diferencias relacionadas con las condiciones de vida, el perfil epidemiológico y la expectativa de vida entre mujeres indígenas y no indígenas (75). Una de las diferencias consistió en un detrimento en la probabilidad de sobrevivencia durante el proceso reproductivo de mujeres indígenas. En virtud de lo anterior, garantizar la salud materna se ha consolidado un reto ineludible para cualquier nación, y al ser México signatario de políticas públicas internacionales este la asume con un carácter prioritario y como una política de estado(77). A continuación se presenta *grosso modo* la política pública de salud materna que se ha construido a partir del año 2000.

3.3.1 Política pública en salud materna

El estado mexicano tiene un recorrido de más de cuatro décadas dedicado a mejorar la salud de mujeres en etapa de embarazo, parto o puerperio(33). Dicha trayectoria se subyace en el *Plan Nacional de Desarrollo* y en el *Programa de Acción Específico (PAE)*. En México, el primer programa inició a operar en 1989 y se denominó *Control Prenatal con Enfoque de Riesgo* (78). En el periodo de 1997 a 1999 la *Dirección de Programas de la Dirección General de Atención Materno-Infantil (DGAMI)* analizó la epidemiología de la muerte materna(33) y generó protocolos para regular la atención sanitaria de la hemorragia obstétrica, preeclampsia-eclampsia y sepsis.

En lo que concierne al ámbito legal, en 1994, la *Dirección de Normatividad de la DGAMI* propuso estandarizar la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido(33). De este modo la norma oficial mexicana *NOM -007- SSA2 - 193 para la atención durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido* entró en vigor en enero de 1995. El gobierno federal, en mayo de 2000, anunció la puesta en marcha del *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV)*, cuya finalidad giró en torno a:

- 1) lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención de calidad a mujeres en etapa de embarazo, parto y puerperio.
- 2) Disminuir la MM, en particular, en aquellas regiones con mayor incidencia,
- 3) Realizar un esfuerzo conjunto entre sociedad y gobierno que permita la operatividad del programa (77).

Para cumplir con lo antes planteado el programa se estructuró a partir de cuatro componentes sustantivos (embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido saludable y niñas (os) bien desarrollados) y cuatro componentes estratégicos (desarrollo humano, red social y participación comunitaria, monitoreo y evaluación, fortalecer la estructura de los servicios). La ideología central fue la

atención prenatal universal con enfoque de riesgo. Bajo esta ideología a los centros de salud se les habilitó un área para hospitalización, se promovió la creación de hospitales generales y especiales como los materno-infantil (77) funcionales las 24 horas los 365 días del año.

En este periodo administrativo se incorporó la *Clínica Sí Mujer* (unidad de atención hospitalaria destinada a resolver aquel evento obstétrico de bajo riesgo y/o se estabilizaría a la paciente con alto riesgo) y el *Hospital Sí Mujer* (unidad con capacidad resolutive destinada a dar respuesta a eventos de alto riesgo, complicaciones y/o emergencias obstétricas). En este último la apertura del *Módulo de Atención de Embarazo de Riesgo* (MATER) reemplazó a los *consultorios especializados en embarazo de alto riesgo*, ya que estos solo existían en unidades de la secretaria de salud (SS) (77).

En el periodo administrativo 2000 – 2006 la denominación módulo MATER cambió a *Módulos de Atención a Embarazadas de Riesgo*. Para dar respuesta a las condiciones sociales de riesgo el programa instauró la estrategia *Posada para la Asistencia de la Mujer Embarazada* (espacios comunitarios para el cuidado, alimento y alojamiento de las (os) hijas (os) de toda mujer referida a una unidad hospitalaria) y la estrategia *Transporte AME* (79) en aras de favorecer el traslado oportuno de toda mujer en condición de emergencia hacia las unidades hospitalarias con capacidad resolutive.

Durante el periodo 2007-2012 se continuó con la visión del Programa APV 2001-2006, sin embargo, tras observar que el 50 % de la complicación obstétrica no presentaba signos y síntomas de alarma incorporó el *enfoque de atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica*, en consecuencia, se promovió el diseño de *Programas Estatales de Salud Materna y Perinatal*, ya que su estructura estaría acorde con las necesidades de salud y particularidades de cada entidad (79).

El eje del programa APV 2007- 2017 consistió en *mejorar las condiciones de salud, igualdad, justicia social* y en establecer un *trabajo conjunto entre sociedad civil y estado*. Este programa integró a agentes comunitarios como parteras tradicionales y auxiliares de salud a las redes de servicios. En 2008 implementó la estrategia *madrinas comunitarias* (79) que consistía en detectar a personas dispuestas a acompañar a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. A estas actrices se les ofreció capacitación médica para brindar consejería y cuidado de la salud materna dentro de sus comunidades.

El periodo 2007 – 2012 se caracterizó por un incremento en las emergencias obstétricas, en particular, aquellas no atendidas de forma oportuna dadas las condiciones de seguridad social, como respuesta a finales de mayo del 2009 entre los directivos de la SS, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) se firmó el convenio *Atención Universal de Emergencias Obstétricas*(33).

Cabe mencionar que desde 1979 la atención de la salud materna de mujeres radicadas en comunidades remotas o urbano marginadas estuvo a cargo del programa federal IMSS-COPLAMAR (75), por tanto, el convenio signado en 2009 se convirtió en la primer iniciativa federal a favor de la universalización de los servicios de atención a la salud materna, ya que desde entonces a toda mujer con presencia de complicación obstétrica se le reconoció el derecho de ser atendida (sin importar su derechohabencia) en cualquier unidad de salud.

El Comité Nacional del Programa de Acción APV en 2010 ratificó su compromiso de contribuir a una cobertura universal y de calidad en la atención a la salud materna, en consecuencia, instauró el programa *Embarazo Saludable* por medio del cual se buscó afiliar al seguro popular a toda mujer embarazada sin seguridad social formal. Este comité invirtió recurso económico en 118 municipios para la puesta en marcha de la estrategia *Traslado AME y Posadas AME* (79).

En el periodo administrativo 2013-2018 lograr un embarazo seguro y un recién nacido sano solo era posible tras detectar, evaluar y tratar de forma oportuna el riesgo (biomédico, social, conductual) pregestacional, de este modo, la atención prenatal se concibió efectiva e integral solo si se efectuaba 12 semanas antes de la fecundación. Respecto a las acciones llevadas a cabo en este periodo destaca la apertura de la línea atención de la emergencia obstétrica *01800MATERNA*, línea telefónica funcional las 24 horas los 365 días del año. Además, continuó con las estrategias de *traslado AME*, *posadas AME* y *madrina comunitaria*(76).

El PAE de este periodo centró sus esfuerzos en diseñar capacitaciones sobre signos y síntomas de alarma, priorizar el nivel de riesgo, discernir entre urgencia y emergencia, así como en la relevancia de elaborar un plan de seguridad para el parto(76). En el ámbito legal, en 2016 se realizó la última modificación a la NOM-007-SSA2-2013 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, entre las modificaciones destaca la transición del término *control prenatal* a *atención prenatal*, no obstante, el énfasis en las condiciones de riesgo reproductivo se mantuvo.

Otra de las modificaciones a esta norma radica en que reconoce la diversidad sociocultural y étnica de las mujeres en edad reproductiva, por ende, estipula que la atención brindada por cualquier profesional de salud debe ser efectuada con *pertinencia cultural*, es decir, que el diálogo entre usuarias, familiares y los prestadores de los servicios de salud sea abierto, horizontal, respetuoso, incluyente y de aprendizaje mutuo. En el apartado de *definiciones* incluye el concepto *partera tradicional*. A este agente comunitario tras recibir capacitación médica la reconoce como personal no profesional autorizado para prestar servicios de atención médica (74).

En lo que compete al *PAE Salud sexual y reproductiva 2020-2022* este se ha caracterizado por transitar de *riesgo reproductivo* a *riesgo obstétrico*, mantiene el énfasis en la etapa pregestacional y reduce el papel del *personal no médico*

(parteras tradicionales y/o auxiliares de salud) a identificar de forma oportuna el embarazo de alto riesgo (73).

La continuidad en las políticas públicas durante cada periodo administrativo solo refleja que ha persistido el lograr el acceso universal a la salud, la calidad de atención, disponer de recursos humanos calificados, infraestructura, insumos, e información real y confiable sobre el panorama desagregado de salud materna. Esta continuidad en los objetivos / problemáticas solo da cuenta que asegurar la salud materna es un compromiso cercano a lo imposible. Resta señalar que cada uno de estos desafíos [ineludibles] se ha incrementado con la llegada de la COVID 19 y con el plan de respuesta articulado para aminorar su impacto.

3.4 Construcción social del riesgo

La realidad torna compleja la capacidad predictiva de los modelos estadísticos, ya que esta no es estática ni homogénea, por lo que aproximarse a la categoría riesgo de COVID 19 en mujeres embarazadas implica reconocer que el *riesgo real y objetivo* es incompatible con las nociones de riesgo elaboradas en contextos situados (80).

La evidencia cualitativa sobre el riesgo percibido de VIH y de cáncer cervicouterino advierte que aun cuando el evento físico con lo cual se asocia el fenómeno es natural (28,81) todo riesgo es construido socialmente. Esta construcción es elaborada a partir del entramado entre percepción del riesgo y vulnerabilidad, ya que el ser humano aprehende el sentido del riesgo al anclarlo a ideas previas elaboradas en un contexto que determina y condiciona los niveles de bienestar de la población, ya que interviene el aspecto sociocultural, físico, económico, político, sanitario y educativo (38,80,82).

Dar cuenta del riesgo de COVID 19 en mujeres nahuas embarazadas implica reconocer que las trayectorias de vida de estas mujeres conforman un tejido entre lo biológico, lo psicológico, lo social y estructural. Tejido que configura un dinámico

y complejo sistema de significados coherentes con su experiencia en torno al riesgo, por tanto, con la suficiente relevancia para ser analizada desde los aportes teóricos de Mary Douglas, Wilches Chaux, Ulrich Beck, Luis Gonzalo Iglesia y Jordi Farré.

3.4.1 Percepción del riesgo

Las personas ven el mundo a través de significados producidos en la intersubjetividad por lo que el riesgo no puede ser limitado a una construcción cognitiva aislada del contexto. En antropología y sociología del riesgo esta categoría se concibe como un producto sociocultural (38) que adquiere variaciones, ya que refiere a *nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros* (83).

Percibir y legitimar un riesgo se configura un fenómeno cognitivo social que descansa en la información que cada persona ha construido no en lo individual sino en lo colectivo, ya que tras ponderar los elementos que posicionan al individuo y a la colectividad en riesgo este se procesa y cobra sentido, en consecuencia, son elaborados juicios (83) que dan pauta a configurar un orden sociomoral que se traduce en valores.

De esta manera es el aspecto sociocultural el que determina la manera en la que desde la más temprana infancia se aprende del contexto del que se forma parte. Este aspecto conduce al desarrollo de un *sesgo cultural* (83) que ordena la forma en la que la sociedad percibe y acepta los riesgos, por ello resulta intrascendente si el conocimiento que se utiliza es erróneo o no (84).

Así la cultura proporciona un marco de percepción específico (83) que otorga significado a símbolos que son reafirmados en el ritual y en el discurso, por lo que la respuesta que ha dado la sociedad a la estrategia de comunicación y gestión del riesgo de COVID-19 mantiene vínculo con los valores compartidos en contextos situados.

Con la llegada de la *modernidad reflexiva* (85) la sociedad empezó a distinguirse por una *irresponsabilidad organizada*, es decir, omisiones ante situaciones de riesgo derivados del *sesgo cultural*. Esta irresponsabilidad amparó a los productores del riesgo (86) como instituciones sanitarias, políticas y científicas, ya que para ellos se volvió imposible contener y gestionar el riesgo que la sociedad no reconoce. Ante esto, en toda sociedad existe una diversidad en la forma de ver el mundo. Esta visión mantiene vínculo con un nivel de estructura interna y con un límite entre los grupos sociales. Estas estructuras y estos límites al cruzarse dan forma a cuatro grupos sociales:

- a. **Estructura jerárquica:** Las relaciones entre los miembros es jerárquica. Los miembros mantienen un fuerte arraigo por normas y tradiciones propias. Los miembros son sujetos a roles sociales impuestos.
- b. **Individualismo:** Las relaciones entre los miembros es débil. Los miembros no están sujetos a una ideología, normas, reglas o a otros miembros.
- c. **Sectarismo igualitario:** Las relaciones son igualitarias, hay un fuerte sentimiento identitario. Existe una desconfianza hacia las personas otros grupos.
- d. **Aislamiento:** Personas con una visión fatalista. Los miembros son controlados por causas externas para las cuales no tienen control alguno. Este grupo es excluido y estigmatizado por los grupos anteriores.

En cada uno de estos grupos el saber científico se enfrenta a una serie de resistencias, cuestionamientos y réplicas (83) que configura difícil instrumentar la estrategia de comunicar y gestionar el riesgo, ya que cada grupo posee imaginarios sociales, es decir, significados sobre los procesos de salud, enfermedad, atención. Estos significados son manifestados a través del cuerpo (87) en forma de acciones, gestos, emociones, técnicas de movimiento y/o disciplinamiento corporal. De este modo, el lavado de manos, uso de cubrebocas, sana distancia y/o vacunación se han constituido en rituales de higiene vinculados a una intencionalidad encarnada (88), es decir, protegerse del contagio y evitar la enfermedad.

Esta intencionalidad implica cuatro formas de percibir el cuerpo, y alude a la experiencia y al aprendizaje social (83).

1. ***El cuerpo resistente***. El sistema inmune es fuerte. El cuerpo no puede enfermar, y si ocurre el cuerpo *per se* puede eliminarlo, por tanto, el ser humano no necesita protección adicional.
2. ***El cuerpo permeable***. Toda enfermedad se concibe contagiosa. El cuerpo aún con cuidados especiales puede enfermar.
3. ***El cuerpo poroso***. La piel es un órgano protector, pero posee orificios que deben ser protegidos, ya que son puerta de entrada.
4. ***El cuerpo frágil***. El cuerpo individual y social es débil, debe protegerse no de la enfermedad sino de las personas enfermas.

3.4.2 Vulnerabilidad asociada al riesgo

En toda organización humana el riesgo mantiene vínculo con el grado de libertad, equidad y justicia (83), ya que la posición que ocupa un individuo en sociedad condiciona la forma en la que este percibe y gestiona los riesgos. En 1989 durante el *Marco Mundial para el Riesgo* se reconoció que este término es *proporcional a la vulnerabilidad*. Esta última categoría alude a aquellas causas externas o internas de un grupo social que pueden detonar en riesgos directos e indirectos para el mismo grupo.

Con el paradigma de derechos humanos la *vulnerabilidad* se convirtió en un indicador retórico de máxima preocupación en población indígena (89), ya que es reflejo de una violación profunda a sus derechos humanos, dadas las condiciones de vida precarias que se han desarrollado, acumulado y permanecido de forma sostenida (89) a lo largo de los años.

Si bien la COVID 19 iluminó y exacerbó cada una de las diferencias sociales y estructurales ancladas a los contextos situados, el plan de respuesta no consideró la distribución inequitativa de recursos y poder entre la sociedad, en consecuencia, desdibujó la realidad concreta y tangible que se vive en contextos indígenas. El

abordaje de la COVID 19 legitimó la historia de invisibilización, subordinación, adversidad y sufrimiento en la que vive este sector, no obstante, sin la intención de anclar a esta población a un imaginario de falta de agencia y/o indefensión (90) es que se reconoce que la misma vulnerabilidad puede detonar la creatividad para transformar la realidad individual y colectiva.

Con base en lo antes expuesto para este estudio no basta con aproximarse a la percepción del riesgo de esta enfermedad emergente, se hace imprescindible dar cuenta de la vulnerabilidad en 3 escenarios, por tanto, en este estudio se retomó y adaptó la dimensión sociocultural, física y económica (89) propuesta por Wilches Chaux.

Escenarios de vulnerabilidad como detonadores del riesgo de COVID 19 en mujeres nahuas en situación de embarazo		
1	Física	Refiere a la ubicación geográfica del contexto donde las mujeres nahuas construyen su vida y con ella su trayectoria de embarazo. Involucra elementos físicos y estructurales articulados para contener el riesgo de COVID 19 (elaboración propia de cubrebocas, cierre de la entrada a la comunidad, policía comunitaria, letreros o anuncios sobre COVID 19, condiciones de la vivienda).
2	Económica	Refiere a la situación económica familiar y de las mujeres, ocupación, ingresos económicos que dificulta el seguimiento de las medidas de higiene implementadas, así como el acceso a servicios de atención materna.
3	Sociocultural	Refiere a la percepción sobre embarazo, maternidad, mismo que deriva de la manera en la que desde la más temprana infancia se aprende a <i>ser mujer nahua</i> . Interpretación sobre la enfermedad COVID 19 que se basa en símbolos anclados al cuerpo resultado de la experiencia y del aprendizaje social.

Cuadro 4. Fuente: Adaptado, a partir de *La Vulnerabilidad Global de Gustavo Wilches-Chaux*.

3.4.3 Comunicación y gestión del riesgo

La *comunicación del riesgo* es una herramienta política global (4) por medio de la cual se transmite un discurso preventivo con el propósito de modular el comportamiento individual. La *gestión del riesgo* refiere al conjunto de medidas y herramientas dirigidas a prevenir (disminuir o mitigar el riesgo presente), tratar (articula un plan a seguir una vez que ocurre el daño), y rehabilitar (91) (propone un proceso para recuperarse de las consecuencias).

El discurso global que se enarboló para prevenir el riesgo de COVID 19 priorizó el papel de los mecanismos racionales derivados de asimilar el discurso (83), en tanto que relegó la percepción, comunicación y gestión del riesgo como manifestación social (92). Contemplar a la comunicación del riesgo como proceso social requiere tener en cuenta que el lenguaje cotidiano funge como medio de transporte para producir y legitimar el conocimiento social (93), ya que este constituye el vehículo de todo significado, práctica, y proceso cuyo único acceso es la vivencia. De esta manera, la gestión del riesgo resulta de modificaciones paulatinas, graduales o repentinas en las prácticas sociales, y de las condiciones socioculturales, económicas, ambientales, y/o políticas que operan en un contexto situado (27,91,94).

En ese tenor, la lógica que subyace las medidas de salud pública para prevenir el riesgo de COVID 19 negó la realidad que se vive a nivel local, por ende, tornó difícil generar un espacio para el dialogo horizontal eficiente (93) entre la sociedad y aquellas personas encargadas de planificar, instaurar, evaluar y/o vigilar el plan de respuesta a la pandemia. La falta de apertura de las instituciones (95,96) para involucrar la injerencia de las poblaciones en riesgo contribuye al fracaso de las políticas, estrategias y acciones de salud pública, ya que estas son elaboradas ajenas a la vivencia y a los imaginarios presentes en una realidad situada.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Esta investigación fue planteada desde la aproximación cualitativa puesto que permite amplificar la voz de las personas partícipes del estudio y posibilita cuestionar la forma en la que el riesgo de COVID 19 se circunscribió al ámbito técnico-biológico.

El estudio se ubicó en un nivel exploratorio e interpretativo, toda vez que la intención fue acercarse a un fenómeno poco abordado (97). Tras considerar la pertinencia de dar cuenta sobre cómo son construidos los significados sobre el riesgo de COVID 19 en una colectividad nahua es que el trabajo de campo fue guiado por los principios básicos del método etnográfico (98) bajo la propuesta teórica del interaccionismo simbólico (IS).

Esta propuesta emergió a finales de 1930 y considera a las personas como actores sociales que dan forma al mundo social, ya que el ser humano sitúa sus actos en función de lo que éstos significan para él (99), en otras palabras, la persona dota de significado a los objetos, acontecimientos o experiencias. El origen del significado proviene de la interacción social, y posterior a esa interacción la persona lo interioriza y toma una decisión que guía su actuar. Este actuar fue vinculado a la estrategia de comunicación del riesgo local, así como a la vulnerabilidad sociocultural, física y económica, categorías importantes para asimilar, interpretar, y gestionar el riesgo.

4.1.1 Selección del contexto de estudio

El estudio se realizó en Tamazunchale, ya que reunía las siguientes características:

1. Fue catalogado como el municipio de la huasteca sur con alto riesgo de transmisión de COVID 19.
2. La autoridad política y sanitaria local intensificó la estrategia de comunicación y gestión del riesgo.
3. El 56 % de su población pertenece a la etnia nahua, por tanto, es un municipio indígena.
4. La unidad hospitalaria que subyace en el municipio posee una elevada demanda de los servicios de atención a la salud materna.

El escenario de estudio fue la comunidad nahua de Tlalnepantla. La elección se realizó tras obtener el censo de embarazadas de cada centro de salud adscrito a la JS No. VI. (ver apartado 4.4 procedimientos). El trabajo de campo se llevó a cabo de julio 2021 - abril 2022.

4.1.3 Sujetos y muestra-muestreo

Se contó con la participación de 11 mujeres que se autodenominaron nahuas, y transitaron por un embarazo en el periodo enero - diciembre de 2021. Para considerar la participación de cada mujer nahua se estableció lo siguiente:

Criterios de inclusión, se invitó a participar a toda mujer que se reconociera nahua y residiera en la localidad seleccionada, viviera la experiencia de un embarazo en el periodo enero-diciembre 2021, y haya expresado de manera voluntaria e informada participar en el estudio.

La búsqueda de participantes se llevó a cabo a través del diseño etnográfico, ya que fue a través de mi incursión en el campo que me fue posible localizar a las participantes. Cada mujer nahua fue invitada a participar por las posibilidades que ofrecía el compartir el relato sobre su trayectoria de embarazo durante la contingencia sanitaria por COVID 19.

4.2 Conceptos ordenadores

Construcción social

Corriente de pensamiento que considera la experiencia de la persona como un proceso social que se sitúa en un tiempo y espacio específico. Toda forma de interpretar un fenómeno se produce y asimila en la intersubjetividad, ya que es ahí donde opera un proceso de institucionalización y legitimación (92) que determina qué conocimiento es incorporado y cual no.

Percepción del riesgo

Fenómeno cognitivo social dinámico que se subyace en la información que cada persona ha construido en lo colectivo, que se procesa y cobra sentido tras ponderar a todo aquel elemento que posiciona a la sociedad o grupo en riesgo, en consecuencia, da pauta a la elaboración de juicios (83) cuya finalidad versa en configurar un orden sociomoral (84) que guía el actuar.

Construcción social del riesgo de COVID 19

Entramado que se forma a partir de la interacción entre la percepción, la vulnerabilidad y la comunicación social del riesgo, ya que en un contexto situado el ser humano aprehende, percibe, acepta y gestiona el riesgo solo tras anclarlo a ideas previas elaboradas en la intersubjetividad (38,80,82), y a partir de la influencia del entorno sociocultural, físico, económico, político y sanitario.

Vulnerabilidad

Conjunto de causas externas e internas que son desarrolladas, acumuladas y sostenidas en la comunidad nahua de estudio que pueden detonar en riesgos directos e indirectos (89) para las mujeres nahuas en situación de embarazo.

Comunicación social del riesgo

Es el intercambio de conocimiento sobre el riesgo de COVID 19 (93,100) adquirido a través de la propia experiencia, los medios de comunicación, y la interacción social.

Gestión del riesgo

Plan de acción que involucra toda medida y/o herramienta desplegada para prevenir el riesgo de COVID 19, tratar la enfermedad, o recuperarse de los efectos colaterales(91). La gestión está en función de los recursos humanos, materiales y económicos disponibles en el entorno familiar y comunitario.

Embarazo

Proceso biológico que está influenciado por creencias, normas y valores culturales (101). Esta etapa recibe influencia directa de las condiciones físicas, económicas, políticas, y sanitarias asentadas en el contexto donde se transite el embarazo, ya que dan pauta a la construcción y reconstrucción de significados en torno a este fenómeno y a sus prácticas de cuidado.

Mujeres nahuas embarazadas

Mujeres descendientes de la etnia nahua, autonombradas como tal, quienes vivieron la experiencia de un embarazo durante la tercera y cuarta ola epidémica de COVID 19. Mujeres constructoras del mundo social que elaboraron una percepción del riesgo a raíz de asimilar e interpretar el cuidado que se desplegó para prevenir el riesgo de contagio en esta etapa de la vida.

4.3 Técnicas de recolección de información

Previo al contacto con las participantes identifiqué en la comunidad a 9 personas (1 enfermera del centro de salud, el delegado, la representante del comité de salud, 3 parteras, 2 parteros tradicionales, 1 médico tradicional) a quienes nombré *actores sociales clave (ASC)*, ya que establecer vínculo con ellos no solo me permitió

conocer la dinámica del escenario de estudio (al cual era ajena) sino también interactuar con mujeres embarazadas.

Tras reconocer el papel de la partería tradicional y del personal de salud como ASC consideré oportuno obtener datos en la sombra (102) sobre la atención a la salud materna. Cabe destacar que los datos originados a partir de las entrevistas y conversaciones con estos ASC no son parte del propósito inicial de esta tesis, sin embargo, los relatos compartidos me permitieron triangular información con la proporcionada por las participantes.

La estrategia metodológica versó en la observación participante, el diario de campo, la entrevista, y la conversación informal (98). La primera fue clave para describir el lugar en tanto que el diario de campo me permitió reflexionar sobre lo que presencié en la comunidad como las relaciones interpersonales, eventos, formas de trato, y actividades cotidianas.

Previo a la inserción a campo elaboré 2 guías de entrevista semiestructuradas (ver Anexo 4. Guías de entrevistas), ya que la entrevista posibilita el encuentro entre dos personas quienes a partir de preguntas y respuestas logran construir significados respecto a un tema(103).

El primer guión de entrevista exploró antecedentes ginecoobstétricos, experiencia de maternidad previa, condiciones del embarazo actual, y la estrategia de comunicación y gestión del riesgo local. El segundo guión buscó describir los escenarios de vulnerabilidad sociocultural, físico y económico de la comunidad, no obstante, dar cuenta sobre cómo opera esta categoría en el contexto nahua se convertiría en una tarea cercana a lo imposible (104), por tanto, a partir de los relatos de las participantes describí cada escenario, toda vez que la vulnerabilidad también se configura en lo individual (105).

Las entrevistas fueron programadas de acuerdo con la disponibilidad de las participantes. La extensión y profundidad de los relatos varió en cada participante. La duración mínima fue de 29 minutos, máxima de 82 y durante su desarrollo no se recurrió a interprete alguno. Finalizar la etapa de entrevista estuvo en función del

principio de saturación temática, ya que tras comparar de forma constante los relatos de las participantes decidí no buscar más información relacionada con las categorías identificadas (106) porque con cada nueva entrevista no encontré relatos que me permitieran desarrollar nuevas propiedades a las categorías ya identificadas.

La conversación informal se erigió como un modo básico y espontáneo para entablar diálogos con las participantes, con los ASC, y con habitantes de la comunidad, ya que me permitió recuperar la lógica de la vida social a través de comentarios, anécdotas y formas de trato (107). Si bien el propósito giró en torno a dialogar sobre la pandemia, el centro de salud, las festividades locales y sobre lo que acontecía en la comunidad, también involucró hablar sobre mi vida, mis actividades.

Los registros del diario de campo, las entrevistas y las conversaciones informales me permitieron interrogar, responder, pero sobre todo, replantear mis supuestos sobre el riesgo, la vulnerabilidad y el embarazo. Además, cada uno de los formatos evolucionó a lo largo de la investigación dadas las necesidades del estudio y de mis recursos disponibles como el tiempo en comunidad, el acceso a sitios de interacción como los hogares, la escuela, la iglesia y eventos importantes, como la fiesta patronal.

Finalmente, describir el despliegue de la estrategia de comunicación y gestión del riesgo local durante el periodo de estudio fue posible tras realizar el seguimiento de notas periodísticas publicadas en diarios de circulación local (*Periódico El Sur*, *El Imparcial Digital* y *Zunoticia*). Cada fotografía incluida en este documento fue extraída de la red social oficial del *Periódico El Sur* (Facebook). En lo que respecta a evidencia fotográfica sobre las participantes esta no fue posible recopilarse, ya que desde la perspectiva de las participantes tomarles una fotografía no contribuía a guardar su identidad como se estipuló en el consentimiento informado.

4.4 Procedimientos

Posterior a recibir el dictamen (Anexo 6. Aprobación comité académico) y (Anexo 7. Aprobación comité de ética) procedí a efectuar el trámite de solicitud de registros de embarazos en comunidades nahuas ante el *Departamento de Educación e Investigación en Salud* de la Jurisdicción Sanitaria No. 6. Dos semanas después, obtuve la aprobación local para el desarrollo del proyecto (Ver Anexo 8. Aprobación autoridad sanitaria local), y me fue proporcionado el concentrado de mujeres embarazadas por centro de salud, tras esto elaboré el cuadro no. 05 *comparativa entre comunidades* con la finalidad de orientar la selección del escenario de estudio.

Al analizar los datos del *Cuadro no. 05* la comunidad de Aguazarca fue descartada, ya que solo el 14.4 % de la población era nahua. Tras notar que en Tlalnepantla el 96.1 % de la población es nahua y contaba con la mayor presencia de mujeres embarazadas es que opté por explorar la localidad. Del primer acercamiento con el personal de salud de la unidad deriva la siguiente nota de campo:

Personal de salud: ¿Eres de Tamazunchale? ¿no conoces otros centros de salud más cercanos?... ¿y vienes hasta acá a buscar embarazadas? si esas hay en todos lados está Pemucho, Ixtlapalaco hasta Tezapotla está más cerca y hay más transporte. Si yo llego aquí temprano es porque tengo vehículo ¿tú tienes? (Negué con la cabeza)... (diario de campo, julio 2021)

Tras analizar la propuesta de buscar otra localidad para el desarrollo del proyecto, dado que “casos de mujeres en situación de embarazo había en otros lugares con mayores facilidades para su acceso” decidí documentar la experiencia de esas mujeres y de cómo las características del contexto se constituyen o no en una barrera para la atención a la salud materna indígena durante la contingencia sanitaria.

Comparativa entre comunidades

Aspecto	Tezapotla	Aguazarca	Tlalnepantla
Tasa de fecundidad	3.03 %	3.07 %	2.96 %
Mujeres embarazadas (hasta Mayo 2021)	42	40	46
Mujeres embarazadas con COVID-19	0	2 casos no graves	0
Promedio de edad	25 años	25 años	24 años
Posición en el municipio	3	4	5
Población	2,531 567 viviendas	2,196 575 viviendas	1,877 493 viviendas
Porcentaje de población indígena	99 %	14.4 %	96.1 %
Distancia	19.3 km	9.3 km	25.6 km
Medio de transporte y tiempo de traslado	Público 42 min.	Público 60 min.	Público 75 min.
Horarios y costo	07:00 a 20:00 Cada 30 minutos Regreso: 5 pm \$ 20.00		8:00 – 18:00 Cada 42 minutos, Regreso: 7 pm \$ 32.00
Investigaciones previas		Ninguna	

Cuadro 5. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel municipal del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020 y acercamiento con los operadores de las rutas de transporte Aguazarca-Tamazunchale, Tlalnepantla-Tamazunchale y Tezapotla-Tamazunchale.

4.5 Análisis de los datos

A raíz de que este estudio marcó mi debut en la aproximación cualitativo el proceso de análisis fue manual. Previo al inicio de la fase transcripción de entrevistas generé reglas de transcripción. Después de realizar las primeras 3 entrevistas inicié el proceso de transcripción en *OTranscribe*, herramienta online para transcribir. En lo

que concierne a las notas del diario de campo estas han sido distribuidas a lo largo del apartado de resultados.

Posterior a realizar la transcripción de cada entrevista mi comité tutorial revisó el contenido escrito y el material de audio. Una vez corroborada la integridad de la transcripción inicié la lectura flotante, es decir, la lectura dirigida a familiarizarse con el lenguaje empleado por las participantes. Una vez finalizada la primer lectura procedí a iniciar el análisis bajo los principios básicos de la Teoría Fundamentada de Strauss-Corbin en sus tres etapas:

- 1) **Codificación abierta:** me permitió una interpretación tentativa de los datos. En este estudio me centré en el análisis línea por línea que consiste en el análisis de los datos frase por frase, y en ocasiones palabra por palabra (103). El propósito fue identificar y asignar etiquetas a los datos los cuales integré para a partir de ellos formar subcategorías y categorías.
- 2) **Codificación selectiva:** una vez identificadas las categorías procedí a nutrirlas, refinarlas y jerarquizarlas hasta alcanzar la saturación temática, es decir, el punto en el que tras el análisis ya no emerge ninguna nueva propiedad o relación en cada una de ellas.
- 3) **Codificación axial:** momento en el cual las categorías son colocadas alrededor de un concepto explicativo central que permite comprender el fenómeno estudiado (108), mismo que se muestra en un diagrama que estructura la realidad observada.

A lo largo del analisis elaboré notas que daban cuenta de mi sentir-pensar respecto a los relatos de las participantes y de temas que no había considerado que era necesario ahondar. La escucha constante de los audios de entrevista me resultó incómodo y retador, ya que denotó mi párvula experiencia como investigadora social.

Criterios de rigor metodológico

El rigor metodológico permite valorar la aplicación científica de la investigación y de las técnicas de procesamiento de los datos (109). Esta investigación se sostiene en los siguientes criterios:

- **Dependencia.** Grado en el cual diferentes investigadores tras recolectar datos similares en el campo y tras efectuar el mismo procedimiento de análisis obtienen resultados equivalentes. Este criterio se evaluó mediante el análisis de los datos por parte de tres miembros del equipo investigador (directora, coasesora y tesista).
- **Credibilidad.** La experiencia cualitativa indica que gran parte de los acompañantes epistémicos son capaces de dar más ejemplos que permitan clarificar las ideas del investigador (109). Bajo esa línea, para confirmar y ahondar en las interpretaciones derivadas del análisis, retorné a las participantes para preguntar sobre la veracidad en la interpretación de su relato así como para ahondar en el mismo.
- **Auditabilidad.** Se logra cuando diferentes investigadores sociales tras seguir la metodología empleada obtienen resultados similares (110), para tal fin se ha realizado un registro detallado del procedimiento metodológico que se siguió en este estudio.
- **Transferibilidad.** Criterio que hace posible transferir los resultados a otros contextos. En este documento se ha descrito de manera densa el contexto y escenario de estudio, así como las características de las mujeres partícipes en el estudio.

Respecto al uso de varias estrategias para abordar un mismo fenómeno en aras de reforzar la validez y la consistencia de los resultados (110) en esta investigación se empleó la triangulación de diferentes técnicas de recogida de datos (observación participante, entrevistas, registros en diario de campo, notas periodísticas) empleadas en diferentes etapas del estudio.

V. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Normativa nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 1. Salvaguardar los principios de dignidad humana y autonomía de los participantes en la toma de decisiones relacionadas con su involucramiento en el estudio(111). En la presente investigación se respetó la decisión de la mujer para hacer parte o no del estudio y decidir dar por terminada su participación en el momento que lo hubiera solicitado.

Ley General de Salud Título Quinto

Artículo 100. La investigación en seres humanos deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica(112). Este proyecto estuvo en sincronía con los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Artículo IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto con quien se realizará la investigación o de su representante legal. Tal y como se detalla en el apartado de anexos se proporcionó el consentimiento informado acompañado de una explicación tan extensa como fue requerida. Se planteó indispensable recurrir a un intérprete en el caso que hubiera sido necesario para auxiliar en la cabal comprensión de las mujeres partícipes del estudio.

Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud Título Segundo

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad de los (as) participantes. Con la finalidad de salvaguardar la identidad de las mujeres partícipes del estudio es que en el informe de resultados se empleó el uso de pseudónimos, y se respetó su decisión de negarse a la toma de evidencia en formato de audio o video.

NOM-012-SSA3-2012 Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (113)

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Este estudio no llevó a cabo procedimientos invasivos o experimentales por lo que fue considerada sin riesgo. El equipo investigador reconoció el riesgo de contagio de COVID 19 resultado del encuentro cara a cara entre la investigadora principal y la participante, por tanto, para prevenir el contagio es que cada encuentro fue realizado en un espacio abierto, con una distancia mayor a un metro, con uso de cubrebocas y gel antibacterial.

Se reconoció que durante el desarrollo de la entrevista e incluso en las conversaciones informales el diálogo podría evocar ideas o sentimientos no manifestados en las participantes con anterioridad, como respuesta, se planteó necesario brindar apoyo emocional y reiterar de forma verbal su derecho a detener, posponer su relato y/o abandonar el estudio.

Capítulo II De la Investigación en Comunidades

Artículo 29. El investigador principal deberá obtener la aprobación de un Comité de Ética en Investigación, de las autoridades de salud y de la autoridad comunitaria para realizar la investigación. El protocolo fue sometido a dictamen y fue aprobado por el *Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luís Potosí*, el *Departamento de Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. VI*, y la *autoridad comunal* del escenario de estudio.

NOM-012-SSA3-2012 Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

Apartado 5.7 Se garantizará el carácter gratuito de la investigación de una manera clara, objetiva y explícita(114). La investigación se realizó sin fines de lucro. Se garantizó el acceso gratuito a toda participante, ya que el propósito fue llenar un

vacío en el conocimiento respecto al vínculo entre riesgo percibido, vulnerabilidad y comunicación social del riesgo de COVID-19.

Normativa internacional

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Junio de 1964

Artículo 8. En la publicación de los resultados de la investigación, los autores están obligados a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. En esta investigación (tal como se detalla en la sección de anexos) el investigador principal y los coautores son responsables de salvaguardar la integridad y exactitud de los resultados.

Declaración de Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005

Artículo 15. Los beneficios resultantes de la investigación científica deberán compartirse con la sociedad y en el seno de la comunidad internacional. La investigadora principal y coautoras deberán realizar una rendición pública de los resultados generados en eventos académicos (virtuales/presenciales), publicaciones (capítulo de libro, artículos) o carteles (115), así como con la autoridad sanitaria local del municipio sede de estudio, y con las participantes.

Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos

Pauta 1. Valor social y científico, ética y validez científica de la investigación en seres humanos. Esta investigación se alineó al *Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 3 Salud y Bienestar, meta 3.1 Mejorar la salud materna*, a las estrategias nacionales *salud materna indígena, coadyuvar en el mejoramiento de las políticas públicas sobre Interculturalidad en Salud, comunicación de riesgos en grupos vulnerables*.

Pauta 2. Investigación en entornos de escasos recursos y con necesidad de atención. Tamazunchale fue seleccionado por pertenecer a una de las microrregiones de San Luis Potosí con menor índice de desarrollo humano, alta concentración de población indígena nahua, alta demanda de los servicios de

atención a la salud materna y por ser un municipio con alto riesgo de transmisión comunitaria.

Pauta 12. Recolección, almacenamiento y uso de datos (116). Una vez concluido el estudio el material de audio derivado de esta investigación será destruido.

Declaración de no conflicto de intereses

Pauta 25. Tal como se señala en el apartado de anexos los investigadores involucrados han declarado no tener conflicto de intereses en el desarrollo de este proyecto desde su concepción teórica hasta la difusión de resultados.

Productos patentables: Este estudio no pretende generar productos patentables.

VI. RESULTADOS

El objetivo general de esta investigación fue analizar como las mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad nahua construyen socialmente el riesgo de COVID-19. Para alcanzar este objetivo se planteó fundamental describir su percepción sobre el riesgo de COVID-19, identificar la manera en que la vulnerabilidad sociocultural, física y económica condicionó esta construcción, así como describir la estrategia de comunicación y gestión del riesgo local y su influencia en la construcción social del riesgo que se erigió.

Con base en lo antes expuesto en un primer momento se presentan los resultados derivados de la estancia etnográfica, y en un segundo momento son presentados los resultados derivados del proceso de análisis de las entrevistas.

Tamazunchale, la sultana de las huastecas

La microrregión sur está integrada por Matlapa, Axtla de Terrazas, Xilitla, San Martín Chalchicuautla, Tampacán y Tamazunchale (117). Este último se ubica a 300 km de la capital potosina. Se localiza a 21° 17' 50" latitud norte, y 98° 47' 18" longitud oeste del Meridiano de Greenwich. Cuenta con una superficie de 353.7 km² en la cual predomina el clima semi cálido húmedo con abundante lluvia en verano. La temperatura media anual es de 25.5° C con una máxima de 44° C y una mínima de 11° C (118).

El municipio conforma un importante centro social, cultural y económico, ya que limita al norte con Matlapa y Tampacán, al este con San Martín Chalchicuautla, y al suroeste con el estado de Hidalgo. Su población, en 2020, ascendía a 95 037 habitantes (48 828 mujeres y 46 209 hombres) distribuidos en 258 localidades y dos delegaciones (Tamán y Chapulhuacanito). La mayor parte de los habitantes se ubica en la cabecera municipal, en las dos delegaciones y en tres comunidades rurales (Tezapotla, Aguazarca y Tlalnepantla).

Al interior de Tamazunchale se presenta una marcada desigualdad social que se refleja en el *grado de rezago social y marginación* (ver Cuadro no. 06) que impera en el municipio.

Características sociodemográficas del contexto de estudio

Municipio	Índice de desigualdad de género (IDG)*	Índice de rezago social	Grado de rezago social	Grado de marginación
Tamazunchale	0.78	0.305162	Medio	Medio

* IDG: Refleja la pérdida de desarrollo humano derivada de la desigualdad de las mujeres respecto de los hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. El indicador varía entre 0 y 1, donde 0 indica 0% de desigualdad, es decir, un desarrollo igualitario en las tres dimensiones, entre mujeres-hombres, y 1 representa el 100 % de desigualdad, es decir, entre más cercano a 1 en las mujeres se registrará el peor desarrollo posible en las dimensiones consideradas.

Cuadro 6. Fuente: Elaboración propia a partir de Panorámica territorial: sistema de indicadores de género. Tarjeta estatal y municipal. INMUJERES San Luis Potosí. 2010. <https://cutt.ly/vKHFB4A> y del informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022. Tamazunchale. Unidad de Planeación y Evaluación de Programas para el Desarrollo. <https://cutt.ly/wKHFeEG>

Indicadores de carencias sociales en el municipio

Carencia	Personas	Porcentaje
Rezago educativo	17, 185	16.9%
Acceso a los servicios de salud	13 826	13.6 %
Acceso a la seguridad social	69 106	67.9 %
Calidad y espacios en la vivienda	18 206	17.9 %
Servicios básicos en la vivienda	75 523	74.3 %
- Viviendas sin acceso a agua	51 507	68.2%

Cuadro 7. Fuente: Elaboración propia a partir del informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022. Tamazunchale. Unidad de Planeación y Evaluación de Programas para el Desarrollo. <https://cutt.ly/wKHFeEG>

En lo que refiere a la economía el 99.1 % de los habitantes pertenece al sector económicamente activo, esto es, 36.5% mujeres y 63.5 % hombres (118). El principal sector económico versa en la actividad primaria (42.5%), la industria manufacturera (39.7%) y la industria turística y de servicios (15.4%) (118).

La actividad que genera mayor derrama económica gira en torno al comercio de productos derivados de la agricultura (maíz, frijol, café, palmilla, cítricos), ganadería, avicultura, silvicultura y artesanías (petates, sombreros, ropa de manta, huaraches de cuero, recipientes de barro y figuras de ornato). A pesar del papel principal del sector primario el ingreso económico que genera resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de las familias, en consecuencia, gran parte de los tamazunchalenses se han insertado en el fenómeno migratorio con destino a Nuevo León, Tamaulipas, Estados Unidos de América y Canadá (119). De esta forma un porcentaje importante de hogares urbanos y rurales recibe remesas.

En lo que respecta al ámbito educativo, en 2020, el 57.5 % de los tamazunchalenses tenía escolaridad básica, 20.3 % nivel medio superior y 12.3 % nivel superior. En cuanto a la morbilidad predomina la presencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y factores de riesgo para contraer y generar complicaciones por COVID-19 como desnutrición, obesidad, sobrepeso, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial (25).

La atención a la salud de la población está a cargo de la Jurisdicción Sanitaria No. VI (cuenta con 30 centros de salud) y del Hospital IMSS-Bienestar No. 44 (cuenta con 9 unidades médicas rurales IMSS-Bienestar). Opera además 1 hospital básico comunitario, 1 unidad médica familiar del IMSS, 1 unidad médica familiar del ISSSTE (120) así como consultorios médicos privados y consultorios médicos adyacentes a farmacias.

En cuanto a la adscripción a la seguridad social esta se conforma de la siguiente manera: 69.5 % de la población está afiliada a INSABI, 13.7 % a IMSS, 9.6 % a IMSS Bienestar, 9.3% a ISSSTE, 0.2 % a PEMEX/SEDENA/SEMAR y el 0.4 % hacía uso de la atención privatizada (118). Dichos porcentajes dan cuenta de una afiliación múltiple, una elevada participación de la ciudadanía en el sector informal y una escasa protección vinculada con las prestaciones sociales.

El Hospital IMSS-Bienestar No. 44 se erige como la unidad de consulta externa y hospitalización más importante para la atención de personas no derechohabientes, ya que otorga atención a 262 000 personas y realiza más de 7 000 consultas

mensuales (121). Cabe resaltar que uno de sus mayores aportes lo realiza al ámbito de la salud materna, en especial, de mujeres indígenas que habitan la microrregión sur del estado, Pisaflores, Chapulhuacán, Lolotla, Tlanchinol, Tepehuacán de Guerrero, y San Felipe Orizatlán (comunidades circunvecinas de Hidalgo), ya que cada año atiende de 3 500 a 4 000 partos (121), es decir, un promedio de 8 a 12 partos por día.

Esta unidad cuenta con un área de urgencias y hospitalización que opera las 24 horas los 365 días del año. Esta unidad ofrece consulta de especialidades médicas (medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría, anestesiología, neonatología), sin embargo, esta atención está en virtud de la asignación de plazas semestral a médicos residentes de Monterrey, Guadalajara y México. Por último, cabe señalar que el plan de respuesta a la COVID 19 que puso en marcha esta institución consistió en.

- Limitar a un acompañante por paciente en la sala de espera.
- No permitir el ingreso a toda persona que no requiera atención médica, en particular, niños, adultos mayores y mujeres embarazadas.
- Evitar aglomeraciones de personas, realizar la desinfección constante de espacios, así como promover el distanciamiento social y el lavado de manos frecuente. Ejemplo de estas medidas lo confiere el siguiente relato:

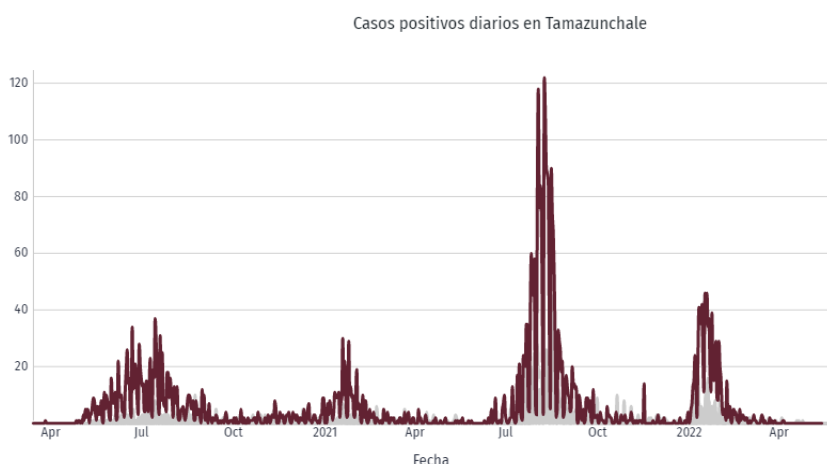
llevé mi muchacha en mera pandemia [¿a dónde], a Zacatipán, se alivió allá [tuvo el trabajo de parto] en mayo [2021] y si había gente pero a cada ratitos fumigaban, cada ratito donde estaba uno y adentro, llegaba una persona con COVID y luego fumigaban. Ahora en estos días fui a estar dos días también, esta vez que llevé a mi nieta ya no fumigaban pero no te dejan estar sin tapabocas, tienes que estar con tapabocas y el gel (Partera Yatzil)

Los albores de la COVID 19 en el municipio

Aproximarse al riesgo percibido en un contexto situado es dar cuenta que las personas no vemos el mundo a través de ojos *vírgenes* (122), ya que nuestra experiencia conduce a calibrar aquellas representaciones mentales que hacemos

de los fenómenos y que son derivadas de la intersubjetividad (83). De este modo, cada ola epidémica que se presentó en Tamazunchale (ver Gráfico 02) fue interpretada de acuerdo con la trayectoria de vida y con el grado de impacto generado en la cotidianidad.

Casos positivos de COVID 19 en Tamazunchale



Gráfica 2. Fuente: Evolución de casos COVID 19 en Tamazunchale, San Luis Potosí, abril 2020 – abril 2022. DataMÉXICO. <https://cutt.ly/YKHHpFP>

El primer caso positivo de COVID 19 se anunció el 29 de abril del 2020 (123), en consecuencia, las opiniones generadas por la población fueron enmarcadas en un escepticismo ante la nueva enfermedad respiratoria y en una necesidad de ejercer control sobre los cuerpos enfermos, ya que hacerlo disminuiría la posibilidad de contagio. Esta necesidad de control si bien se enmarca en la percepción que se tiene del cuerpo físico, de acuerdo con Mary Douglas, esta percepción es restringida por el cuerpo social (83), de este modo, la situación de pandemia y su abordaje se impone en el cuerpo y lo sujeta a actuar de maneras específicas, de ahí que el interés se centre promover e implementar acciones para proteger las entradas y salidas y en aislar a los portadores de la COVID 19.

“no es cierto, todos mienten, hasta los médicos, mueren de otras enfermedades y lo anexan como si mueren de eso, mentira” (usuario de red social, abril 2020)

“si quieren que baje los contagios aseguren bien a los afectados, cierren las centrales, esto pueden hacer los policías con tanta fuerza” (usuario de red social, abril 2020)

“¿Sabes de dónde es esa persona? en qué hospital está, nombre, colonia, evidencias claras” (usuario de red social, abril 2020)

Con la llegada de la COVID 19 desde la institución política y sanitaria local se inició el despliegue *ipso facto* de acciones emanadas de la *Jornada Nacional de Sana Distancia*, en especial, la acción *quédate en casa*. Aunque esta medida preventiva cobra sentido en términos matemáticos predictivos al aplicarla a la realidad se convierte en una amenaza para la economía, el comercio y los empleos. Esto se tradujo en la imposibilidad de permanecer en casa para las personas dependientes de la economía informal, ya que en el municipio más del 90 % de las personas subsiste con el salario diario (124).

En ese sentido, el sector económico informal decidió continuar con su actividad económica, y dado que para algunas familias su actividad era considerada *no esencial* es que decidieron cambiar el giro económico. En los comercios formales e informales se estableció una serie de acciones y restricciones como:

- monitorear la temperatura corporal a la entrada de los establecimientos
- interrogar en busca de síntomas de contagio (principalmente fiebre)
- contar con agua, jabón y/o gel antibacterial para fomentar el lavado de manos
- limitar el aforo de personas acorde con el semáforo epidemiológico local,
- promover el distanciamiento social > 1 metro entre personas
- permitir la entrada a una persona por familia
- como acto de protección hacia los grupos vulnerables, en algunos comercios se negó la entrada a niños, adultos mayores y mujeres embarazadas.

Comunicar el nivel de riesgo e informar sobre el panorama epidemiológico de la COVID 19 se volvió una prioridad para los periódicos locales. En los encabezados de los diarios se leía *quédate en casa, imparable los casos de coronavirus*,

tamazunchale sube a 35 casos (125). El 06 de mayo del 2020 la zona centro fue declarada zona de alto riesgo de contagio (126), ya que constituía el principal espacio para realizar actividades sociales, por ende, un foco infeccioso.

Tras esto, y en virtud de las notas periodísticas en las que se advertía sobre *gente caminando por las diferentes calles del municipio como si nada pasara* es que se estableció un horario (08:00 AM -18:00) para el cierre de establecimientos. De este modo, al dar la 18:00 horas una brigada de inspectores recorría las calles para supervisar la adherencia a esta medida. Esta regulación de la movilidad y del comercio me llevó a cuestionarme ¿cómo anclarse a esta medida cuando tu familia vive al día y a esa hora la venta apenas inicia?

Dada la continuidad de las actividades comerciales la autoridad política y sanitaria local destinó una mayor vigilancia a la movilidad de la zona centro. En una conferencia de prensa advirtió sobre cinco personas positivas a COVID 19 con antecedente de actividad laboral informal en esta zona, en consecuencia, se produjo una polarización de ideas sobre las personas dedicadas al comercio.

En un extremo este sector fue llamado desobediente, egoísta e irresponsable. En el otro extremo se mostró empatía y solidaridad, ya que se entendía la magnitud del problema económico que implicaba quedarse en casa. Esta solidaridad dio pauta a difundir en *Facebook* y *WhatsApp* mensajes de apoyo con los hashtag #Consumelocal, #Apoyaelcomerciolocal.

Por otra parte, pensar y experimentar el trabajo de campo como un proceso encarnado me ha llevado aceptar que en mi cuerpo físico y social son reflejados los propios términos teóricos en los que versa este estudio (127). Como hija de un comerciante cuyo centro de trabajo se ubica en la zona de alto riesgo presencié la manera de comunicar y gestionar el riesgo de la Guardia Nacional, de la policía municipal y del personal adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VI (128).

Investigadores que nos anteceden han advertido que cuando la comunicación de riesgos se utiliza en situaciones de emergencia, como la pandemia, esta se torna

confusa y amedrentadora, ya que la información que circula se apoya en estrategias retóricas como el miedo (129).

Dicho lo anterior, la comunicación y gestión local del riesgo de COVID 19 llevó a instaurar como emoción compartida el miedo, ya que la vigilancia por parte de los cuerpos policiacos se efectuó de forma diaria a fin de exhortar a los transeúntes a colocarse el cubrebocas, lavarse las manos y quedarse en sus hogares. Ver a los elementos desplazarse por las calles, con armas en mano, vehículos con luces parpadeantes y aunado al sonido del perifoneo *no salgas, por tu seguridad quédate en casa* me hacía sentir inmersa en una película de terror.

Por otra parte, la gestión del riesgo se integró en un conjunto de rituales de higiene vinculadas a una intencionalidad encarnada (88). Bajo esa línea para la autoridad política *sanitizar espacios públicos* se configuró como una de las medidas de prevención más importante, ya que cada tarde vehículos oficiales aspersaban sustancias químicas con el propósito de eliminar al agente causal de las calles, paredes, barrios y edificios. En las conversaciones producidas en la cotidianidad los habitantes explicaban que el aumento en el número de contagios estaba relacionado con esta acción, ya que lo que se dispersaba era la misma enfermedad.

Sanitización constante de espacios



Imagen 1. Fuente: Extraída de Facebook H. Ayuntamiento de Tamazunchale (2018-2021). 20 de febrero del 2021.

A nivel nacional el uso de cubrebocas no se estableció obligatorio, ya que no había suficiente evidencia clínica sobre su efectividad para disminuir la transmisión viral. Además promover su uso en la población ocasionaría una falta de este insumo para el personal de salud. Así, esta medida estuvo ceñida a la autonomía de los gobiernos estatales y municipales para imponer o no su uso.

Durante el periodo abril-junio 2020 en Tamazunchale su uso se limitó a espacios cerrados (tiendas, bancos, iglesias, unidades de salud), pero con la llegada de la tercer ola epidémica, el 25 de julio del 2020, se estableció su obligatoriedad (130). Pese al carácter obligatorio la población mostró resistencias para su uso habitual y correcto, ya que más del 50 % de los habitantes no lo utilizaba en la vía pública (131–133) o era mal utilizado, es decir, con la nariz descubierta. Como respuesta, la autoridad política-sanitaria local giró un oficio en el que exhortó a toda unidad comercial a solicitar el uso obligatorio del cubrebocas, como método de vigilancia implementó el operativo *ponte el cubrebocas* (134,135).

El uso correcto del cubrebocas (que cubra nariz y boca) en todo tipo de espacios públicos, incluidos transporte colectivo, centros de trabajo, comercios, servicios, esparcimiento, educativos, etc, es fundamental para disminuir la posibilidad de contagio del COVID 19 y con ello salvar vidas. Actualmente resulta evidente el relajamiento generalizado de las medidas preventivas por parte de la población, por ello nuevamente solicito su intervención y colaboración para implementar estrategias de difusión, intervención y vigilancia que garanticen el uso obligatorio de cubrebocas en todos los espacios públicos, abiertos y cerrados (Oficio 00076)

En este operativo el mayor sitio de vigilancia giró en torno a las unidades de transporte público. Ante esto, conviene señalar que el traslado comunidad-cabecera municipal o viceversa, en su mayoría, se realiza a través de vehículos públicos tipo urban con capacidad mínima para 15 pasajeros y máxima de 20, que ante la demanda del servicio transporta de 20 a 22 usuarios. En el marco de la pandemia en estas unidades seguir la *sana distancia* se tornó una acción imposible, de este modo, este espacio se concibió de alto riesgo de contagio. Como medida de promoción a la salud la Secretaría de Comunicación y Transportes proporcionó

infografías sobre las medidas de higiene a todo operador de transporte. El contenido se muestra a continuación:

“Juntos nos protegemos del COVID 19, el uso de tapabocas es obligatorio dentro de la unidad” “te recomendamos el uso de tapabocas durante tu viaje y la aplicación de gel antibacterial antes de subir y después de bajar de las unidades de transporte público, por tu salud, por la mía y por la de tu familia”. (Contenidos de las infografía proporcionadas a operadores de unidades de transporte rural y urbano)

Con el despliegue de este operativo el departamento de tránsito municipal instaló filtros en puntos estratégicos de Tamazunchale, en especial, en sus límites geográficos y en la zona centro. El filtro tenía como finalidad supervisar el uso correcto del cubrebocas, la cantidad de usuarios que cada vehículo transportaba, así como el cumplimiento de la sana distancia entre pasajeros. Tras mi experiencia en trabajo de campo me percaté que cuando la unidad de transporte se alejaba de la cabecera municipal la gran mayoría de usuarios se quitaba el cubrebocas o lo colocaba sobre la barbilla. Lo mismo ocurría con la unidad que salía de la comunidad, ya que una vez que el vehículo se encontraba cerca del filtro el operador solicitaba a los pasajeros colocarse el cubrebocas.

Acciones derivadas del operativo *ponte el cubrebocas*



Fuente: Periódico El Sur. Diario de circulación local. 02 de julio 2020.

La desigualdad social que se vive al interior del municipio no es propia de los efectos colaterales de la pandemia, ya que previo a ella solo 5 129 tamazunchalenses (5.3% de la población) no se consideraba pobre ni vulnerable, en tanto que 79, 529 vivían en situación de pobreza (83.68%), 13 613 era vulnerable por carencia social (14.32%), y 3 440 era vulnerable por ingresos (3.6%).

Ante ese panorama de vulnerabilidad exacerbado la autoridad municipal hizo entrega de 200 paquetes alimentarios a comerciantes y amas de casa, a quienes reconoció como uno de los sectores afectados por la pandemia. Además, distribuyó de manera gratuita cubrebocas y caretas e implementó una campaña dirigida a concientizar sobre el lavado de manos. Esta campaña estuvo a cargo de un grupo de funcionarios públicos, quienes recorrieron las calles y unidades de transporte público a fin de educar sobre las medidas de higiene.

Acciones instrumentadas por la autoridad municipal



Imagen 3. Fuente: Periódico El Sur. Diario de circulación local. 25 de julio 2020.

Otro aspecto del que resulta necesario dar cuenta es sobre las consecuencias derivadas de instrumentar la *reconversión hospitalaria* a nivel local, ya que centrar la atención sanitaria en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID 19 complejizó la operatividad y accesibilidad a las unidades de primer nivel, en tanto que se observó un auge en la demanda de consultorios adyacentes a farmacias.

Se ha argumentado que la percepción de riesgo y/o muerte en las unidades de salud contribuyó a limitar su acceso, ya que con la llegada de la COVID 19 toda unidad de atención ambulatoria y hospitalaria se configuró como un espacio contaminado. Lo anterior se ejemplifica con los siguientes relatos recuperados durante el trabajo de campo.

En una ocasión mientras platicaba con la partera Chuy y su esposo, surgió el siguiente relato: Ahorita cualquier enfermedad que tengan no quieren ir a Zacatipán [¿por qué no quieren ir allá?] porque nos da miedo con lo que está pasando ahorita [la pandemia], ¿qué tal si Dios dice que vamos a caminar tantito y ahí nos van a... [¿a qué?] (ríe) te van a intubar... (ríe) [¿eso quién se lo dijo?] nos platican, eda, no he visto (ríe), comentarios... ella [una vecina] estaba enferma de la diabetes, de la diabetes estaba bien pero la llevaron allá, y ya se acabó [murió en el hospital], por eso preferible un particular porque allá no quieren ir... (fragmento de conversación informal, partera Chuy)

[¿En Zacatipán también tenían miedo de ir?] Sí, porque estaban diciendo que estaba muriendo mucha gente en el hospital. (partera Yatzil)

Te digo que la gente tenía miedo venir [al centro de salud], te digo porque como se trasladaban al hospital integral o a Zacatipán la gente tenía miedo de irse para allá, o sea tenía miedo que nosotros lo refiriéramos al hospital (Romina, personal de salud)

Centrar la atención en la percepción del riesgo es dejar de lado otros elementos de carácter estructural que intervienen en la accesibilidad a las instituciones de salud, por ejemplo la escases de recursos humanos, materiales o financieros para efectuar la atención sanitaria. Con la contingencia sanitaria se produjo un deterioro de los servicios de atención materna del Hospital IMSS Bienestar No. 44. Ante este problema en las notas periodísticas locales se leían encabezados como *mujer indígena parió afuera del IMSS, en el IMSS no hay material* (136), situación que se ejemplifica con el siguiente testimonio de una de las parteras que habita en la comunidad de estudio.

Ahí en el hospital [Zacatipán] pues llega mucha gente, hay mucha embarazada de muchas comunidades, a veces ya ni hay ni cama, ni batas, pues a mí me sucedió cuando llevé la nieta, primer noche que me la llevé no me la recibieron qué porque no había batas limpias ni había personal pa' que lo atendiera, como le faltaba me la traje (Partera Yatzil)

Aunado a lo anterior, si bien la comunicación del riesgo implica efectuarse de forma veraz, oportuna y empática (4) a nivel local poco a poco se tornó contradictoria, ya que la misma autoridad organizó y promovió eventos de concentración masiva. Ejemplo de esta contradicción lo confiere el testimonio de María, una de las mujeres nahuas participantes que da cuenta de su pérdida de confianza y credibilidad en el discurso de la autoridad política y sanitaria.

(¿y el rojo qué significa?) pues que hay más contagios, y el amarillo creo que menos, pero nada más suspenden la escuela, las iglesias, las tiendas, allí pus si está perjudicando porque cuando fue las campañas entonces si nadie dijo que era semáforo rojo, que se pone verde que se pone rojo... pero nada más pasó eso y otra vez semáforo rojo y se cerró todo, yo pienso que no es justo que cuando a ellos [miembros de la autoridad política] les conviene abran y cuando no pus no, y cuando uno sale sin cubrebocas ya le están diciendo, pero en las elecciones no dijeron nada. Cuando había campaña, pues montón de gente que andaba ahí, por eso yo digo que no más dicen [de la COVID 19] porque pues como ellos [miembros de los partidos políticos] si andaban trayendo mucha gente (María)

Llevar a cabo los eventos antes expuestos fueron coincidentes con el *Semáforo Nacional de Riesgo Epidémico en Verde* que aunque no establecía restricciones de

movilidad si advertía de salir con precaución y prevención. De esta manera, tanto la comunicación como la gestión del riesgo local se tornó débil y laxa, ya que en el municipio la operatividad y vigilancia de estas estrategias cesó a partir del 1° de marzo y retornó el 09 de junio del 2021. Su retorno implicó advertencias como *no caigas en exceso de confianza, continúa utilizando el cubrebocas, por favor*. Esta reanudación en la comunicación del riesgo devino en comentarios como:

“Ahora sí, como ya pasaron las elecciones van a empezar a informar día a día las estadísticas de contagio, pero que tal en este periodo de campaña, mágicamente no había virus ya” (usuario de red social, junio 2021)

Por otra parte, la llegada de la vacuna COVID 19 promovió que la comunicación del riesgo se dirigiera a transmitir mensajes como *aprovecha el beneficio de la vacunación cuando te corresponda, por ti por tu familia ¡vacúnate!* Ante esto, desde la arena global se advirtió que la vacunación *per se* no desaparecía la posibilidad de contagio por lo que se debía mantener la sana distancia, el uso de cubrebocas, y el lavado de manos (137), pero tras la administración del biológico y dada la permanencia del semáforo epidémico en verde a nivel local se dio reapertura a eventos como Xantolo (31 octubre, 1-2 noviembre 2021), domingos culturales (a partir del 24 de octubre), las peregrinaciones guadalupanas (1 al 12 de diciembre), conciertos musicales (14 de diciembre), posadas navideñas en la iglesia y en los barrios (a partir del 16 hasta el 24 de diciembre) (138).

Todos los eventos de concentración masiva advierten sobre respetar los protocolos sanitarios y el uso de cubrebocas pero de pronto la COVID 19 pareció esfumarse, ya no se habla sobre el virus o, al menos, no con la misma intensidad. Pandemia es una palabra muy desgastada, tan desgastada que el bombardeo constante de información sobre su letalidad, cuyo énfasis era el riesgo desapareció. Después de casi dos años el huapango volvió a sonar en el jardín principal, este domingo se inauguró el primer domingo cultural... de nuevo el jardín principal se comenzó a llenar de gente, de niños, vendedores, adultos mayores, y mujeres embarazadas. Lo que llama mi atención es que casi el 100 % de las personas que observo no utiliza el cubrebocas... ¿o ya nos acostumbramos al virus o quizá la vacunación nos ha hecho entrar en confianza? Ayer fui a comunidad, y en el trayecto escuché decir a un pasajero -total, si me enfermo no moriré- esto me hace pensar que como investigadora me muevo entre dos mundos (zona urbana y zona indígena), en este así son las cosas [zona

urbana] pero ¿qué ocurre en la comunidad donde mi estudio tiene lugar? (diario de campo, 26 octubre 2021)

Ante la pregunta con la que concluyo la nota de campo conviene adjuntar el extracto de una conversación informal llevada a cabo en el escenario de estudio y los relatos de Anita y Elizabeth que en suma otorgan una respuesta. Los testimonios dan cuenta de los eventos llevados a cabo posteriores a la vacunación COVID 19, y que de acuerdo con estas personas solo son resultado de una sensación de confianza por la inmunidad conferida por la vacuna.

ya están casi todos vacunados, acá (Tlalnepantla) vinieron a vacunar, ya se vacunaron, aunque no todos se vacunaron, pero los que si ya nos sentimos más protegidos (conversación informal, noviembre 2022)

se les dijo que la vacuna era para que no les pegara tan fuerte [la enfermedad], bueno dependiendo a la que les hayan puesto [tipo de biológico], pero se han confiado mucho con la vacuna. (Elizabeth)

después de que se vacunaron aquí hubo muchas fiestas y habrá más, yo creo que si ayudó [inmunizarse con la vacuna COVID 19] porque como que ya no se escuché de enfermos [y ya se pueden hacer reuniones?]mira, el año pasado no hubo nada porque estaba dura la enfermedad ahora sí porque ya no se escucha mucho la pandemia, ya nadie andaba con cubreboca, todo mundo amontonado, todo normal, todos los años hacen las novenas, empezó el 29 de noviembre, y se juntó mucha gente, van y hacen la procesión de allá de la entrada, de la rampa que viene para la iglesia (Anita)

En páginas previas describí la llegada de la pandemia en el ámbito urbano, sin embargo, este hito histórico también configuró un nuevo escenario para la trayectoria de vida de la población indígena, en consecuencia, a escala global se reconoció el peligro de etnocidio si no se protegía ni incluía a este sector en el plan de respuesta a la pandemia(139), toda vez que se reconoció que los contextos indígenas son los más vulnerables tanto a la COVID 19 como a sus efectos colaterales.

Dicho lo anterior, para el Instituto Nacional de Pueblos indígenas (INPI) no solo se volvió necesario difundir las medidas de salud pública en este sector sino también adaptarlas a su lengua materna(140). En el contexto local la primera acción dirigida a la población nahua estuvo a cargo de una brigada de estudiantes normalistas. La acción estuvo en sintonía con lo efectuado por el INPI, ya que versó en realizar la difusión de material impreso sobre la prevención de la COVID 19 en lengua náhuatl.

El 06 de septiembre del 2020 el *Diario El Sur* publicó *mueren indígenas: Tamazunchale y Matlapa encabezan lista de municipios indígenas con más defunciones y casos activos de COVID 19*(141). Previo a esto la autonomía de comunidades indígenas ya se había desplegado en aras de prevenir el contagio. El despliegue consistió en establecer mecanismos de defensa como método para excluir a los extranjeros y a los disidentes. Se efectuó el cierre temporal de las fronteras (142), se prohibió la entrada a toda persona ajena a la comunidad, y a los miembros migrantes (133), ya que tras observar el fenómeno migratorio de retorno, resultado del cierre de establecimientos, la población procedió a emitir comportamientos discriminatorios hacia ese sector (143).

Estas acciones comunitarias para prevenir el riesgo Douglas las explica del siguiente modo: el rol de la estructura social consiste en asegurar y mantener los límites geográficos, por tanto, mientras los miembros sigan las reglas comunitarias el grupo social estará a salvo (83). Esa percepción de los habitantes sobre espacios e individuos de *riesgo* fue dada por la comunicación y gestión intensiva del riesgo que se instauró para la COVID 19. Estas estrategias se sostienen en la evidencia clínica que señala como principal vía de transmisión viral el contacto personal. A continuación se describe el impacto que la COVID 19 generó en el escenario de estudio.

Ejemplo de gestión comunitaria del riesgo



Texto en la imagen: *Se prohíbe la entrada a personas desconocidas en las calles de toda la comunidad. La persona que sea sorprendida será sancionada. Atentamente: Las autoridades y vecinos.* Imagen4. Tomada por Sandra Rubio en uno de los trayectos a la comunidad de estudio. El letrero está colocado a la entrada de una comunidad que se ubica a 30 minutos del escenario de estudio.

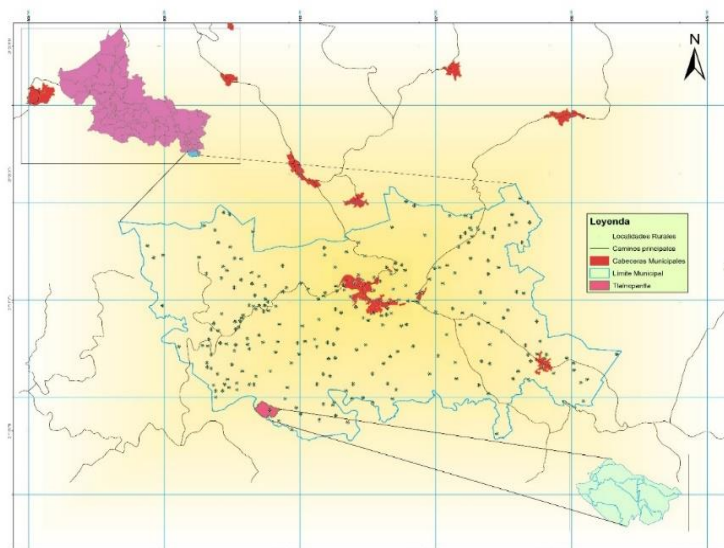
Tlalnepantla, el escenario de estudio.

Tlalnepantla significa *en medio de la tierra*. Se ubica a 25.6 km dirección noroeste de la cabecera municipal. Se localiza a 21°10'54.996" N, 98°50'40.737" O. Colinda con Tezapotla, Carrizal, con Las Minas y Tetlalpan, estas últimas son comunidades de Hidalgo (ver mapa 01).

La principal vía de acceso a la comunidad es de tipo terrestre. La trayectoria se recorre en 75 minutos. Durante el recorrido se puede observar una multitud de cerros, enormes precipicios, centenares de maizales y tras las lluvias decenas de cascadas, sin embargo, es innegable la deficiencia de las vías de comunicación, ya que gran parte de la carretera es de terracería (40 %), tiene depresiones que varían

en profundidad y piedras (resultado de los deslaves de los cerros) que obstruyen el camino.

Ubicación geográfica del escenario de estudio



Mapa 1. Fuente: Cortesía del EMSP. Luis Daniel Hernández Sánchez.

Carretera a Tlalnepantla, deslave del cerro por la lluvia



Imagen 5. Fuente: Imágenes tomadas por Sandra Rubio durante el trayecto a la comunidad de estudio.

El tipo de transporte que predomina es de tipo público, ya que el 82.1 % de la población no dispone de automóvil, camioneta o motocicleta. El horario opera de 05:00 AM hasta las 17:00 P.M (Tlalnepantla-Tamazunchale), y de 07:00 A.M a 19:00 PM (viceversa). El servicio tiene un costo de \$32.00. Se realiza de lunes a domingos y en días festivos a excepción de los días en los que las condiciones climáticas

(precipitaciones intensas) tornen difícil conducir por la carretera y/o generen deslaves de gran tamaño.

También se cuenta con vehículos particulares, no obstante, su uso es menos frecuente, ya que la tarifa es más alta y esta varía de acuerdo con el momento en el que se requiera. Por ejemplo el servicio de taxi (cabecera municipal-Tlalnepantla) durante el día tiene un costo aproximado de \$600.00, el traslado en vehículos particulares (Tlalnepantla- cabecera municipal) ronda entre \$ 300 a \$ 600.00 (depende del parentesco) y durante la noche el costo puede alcanzar hasta los \$2000.00.

Las condiciones de vida en el escenario de estudio

Tlalnepantla es la 5° comunidad más poblada del municipio, alberga a 1 804 personas (51 % hombres y 49 % mujeres). Es la segunda comunidad con mayor porcentaje de habitantes nahuas, quienes representan el 96.1 % de su población(144). Esta comunidad es una Zona de Atención Prioritaria, ya que el grado marginación (ver Cuadro no. 08) que opera en el entorno se constituye una barrera para el desarrollo humano de sus habitantes.

Características sociodemográficas del escenario de estudio

Localidad	Índice de rezago social	Índice de marginación	Grado de marginación	Índice de desigualdad de género
Tlalnepantla	0.44	.071	Alto	No disponible

Cuadro 8. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel localidad del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

En ese sentido, los mismos habitantes durante las asambleas comunitarias han expuesto y debatido sus problemas, como resultado, han solicitado al presidente municipal trabajar en cinco áreas prioritarias (medioambiente, sector agropecuario, infraestructura, red de drenaje y agua potable) (118). En el ámbito del sector agropecuario destaca la solicitud de apoyo económico para trabajar, rescatar el campo y la generación de empleos temporales. En lo que concierne a la

infraestructura y recurso en salud destaca la solicitud de una ambulancia para efectuar el traslado a unidades hospitalarias urbanas, personal médico o enfermería para la atención de urgencias las 24 horas. Estas peticiones son coincidentes con lo expresado por el personal de salud de la localidad.

[¿qué sabe al respecto de las solicitudes que se han enviado al municipio en la que se pide que el personal de salud se quede en la comunidad y se solicita de una ambulancia?] Mira ahorita en agosto llega un pasante. Él va a quedarse las 24 horas, se va a quedar un fin de semana sí uno no porque también tiene que ir a su casa... de la ambulancia ya se está haciendo una gestión, ya está tratándose eso para que la gente que quiera ser trasladada sea trasladada porque es una comunidad margina y muy lejana. Creo que es una de las más lejanas lo que es Tezapotla, Tlalnepantla y Aguazarca son los más lejanas (Romina, personal de salud)

En lo que refiere a la vivienda (ver Cuadro no. 9) esta se constituye necesaria para la protección de las mujeres, y sus familias ante el medio ambiente(145) por lo que sus características permiten dar cuenta de la ausencia o no de factores de riesgo para la salud de los ocupantes. Dicho lo anterior, el INEGI señala que a nivel nacional el 32 % de los hogares mexicanos tiene 1 dormitorio (145), sin embargo, en Tlalnepantla el 50.3 % de las viviendas solo dispone de 1 cuarto para dormir. De acuerdo con esta misma institución en San Luis Potosí el promedio de habitantes por hogar fue de 3.6 mientras que en esta comunidad fue de 4.6.

En cuanto a servicios básicos el 88.6 % de las viviendas no dispone de luz eléctrica ni drenaje. En lo que refiere a las telecomunicaciones más del 90 % de la población no tiene computadora ni servicio de internet. Estos indicadores dan cuenta del incipiente acceso de la población a los servicios de la vida moderna(75). En el marco de la pandemia contar con estos servicios se volvió imprescindible para continuar con la educación a distancia.

Características de las viviendas

Característica	Viviendas	Porcentaje
	403	100 %
Promedio de personas por vivienda	4. 66	
Viviendas con 1 dormitorio	203	50.3 %
Viviendas que no disponen de drenaje	205	50.8%
Viviendas que no disponen de agua entubada	224	55.6%
Viviendas que no disponen de luz eléctrica, agua entubada ni drenaje	357	88.6 %
Viviendas que no disponen de automóvil, camioneta, motocicleta o motoneta	366	82.1 %
Telecomunicaciones		
Viviendas que no disponen de Internet	392	95.8 %
Viviendas sin línea telefónica fija ni teléfono celular	140	34.2 %
Viviendas sin computadora ni Internet	376	91.2 %

Cuadro 9. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel localidad del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

Durante el desarrollo de esta investigación contrasté el panorama de las características de la vivienda que ofrece INEGI con mi experiencia en trabajo de campo, de esta forma, en mi recorrido por la comunidad noté que una de las medidas sanitarias no instrumentadas por los habitantes fue el lavado de manos, ya que no observé recipientes con agua y jabón a la entrada de las tiendas o dentro de los hogares (como en la zona urbana), sin embargo, cómo llevar a cabo esta acción cuando el 88.6 % de las viviendas no dispone de agua entubada.

Ante la carencia de este servicio básico la principal estrategia que se utiliza en la comunidad es acarrear agua del pozo. Esta estrategia es utilizada con mayor frecuencia en tiempo de abundantes precipitaciones.

Estoy a la espera de la urban para regresar a casa, son las 4:00 P.M, está semana ha sido de lluvias... me he dado cuenta de que posterior a las lluvias existe mayor contacto entre los habitantes, principalmente de mujeres y niños. El sitio donde se reúnen es en los arroyos que se forman cerca de los pozos , estos cuerpos de agua son aprovechados por las mujeres para lavar, mientras eso ocurre sus hijos pequeños aprovechan para jugar y/o bañarse, y

otros [niños] aprovechan para transportar el agua a sus casas, esta colecta la realizan a través de botellas de refresco de 1.5 L y/o cubetas, debo admitir que me preocupa que tropiecen porque se ve que apenas pueden controlar el peso del agua (diario de campo, agosto 2021)

Se dice que el cambio cultural es signo de vida (146), por tanto, la vida colectiva nahua actual parte de un complejo entramado entre la tradición histórica propia y la sociedad moderna (101). Ante esto y contrario al alto grado de marginación reportado por INEGI durante mis recorridos observé que gran parte de las viviendas nahuas están edificadas bajo un diseño arquitectónico norteamericano.

Contraste en la arquitectura de los hogares nahuas



Imagen 6. Fuente: Imágenes tomadas por Sandra Rubio durante el trabajo de campo.

La estructura de los hogares es diversa. En lo que concierne al tipo de piso el 79.1 % de los hogares cuenta con piso de cemento mientras que en 20.9 % es de tierra. En cuanto a las paredes y techos estas son de concreto, sin embargo, también hay presencia de hogares con paredes de adobe, nylon, tejas, techos de lámina y palma. Esta diversidad en cuanto a materiales utilizados para la construcción de los hogares nahuas obedece al fenómeno migratorio. Tal y como lo ejemplifica el siguiente extracto de una conversación sostenida con un operador de la ruta Tamazunchale-Tlalnepantla.

En uno de mis viajes a comunidad, ocupé el asiento de copiloto, al llegar a la comunidad y ver la estructura de los hogares [ubicadas cercanas a la carretera] le pregunté al

chofer...disculpe, ¿cómo construyen las casas aquí? silencio... [es que veo que los diseños están muy bonitos].... Ahhh, es que los hijos o los maridos se han ido a trabajar fuera (Estados Unidos) y mandan dinero para construir sus casas, [¿y quién las construye?] aquí se les da trabajo a los muchachos para que las hagan, están bonitas ¿verdad? -Sí (Juan, operador de transporte, diario de campo noviembre 2021)

Parte interna de dos hogares nahuas



Imagen 7. Fuente: Imágenes tomadas por Sandra Rubio durante el trabajo de campo. En la primera imagen se muestra la cocina y en la segunda una cama improvisada con bloques de hormigón.

Educación, economía y género

La movilidad de los pueblos indígenas sucedía previo a la Conquista y era generada por la enfermedad, el hambre y el conflicto. En la actualidad los principales detonadores de este fenómeno son factores estructurales, de este modo, la migración de Tlalnepantla a ciudades como Monterrey, México o Estados Unidos, guarda vínculo profundo con el rezago educativo y económico que impera en el contexto. En lo que concierne al ámbito educativo a pesar de la presencia de una escuela preescolar (Juventino Rosas), una primaria (Julián Carrillo), una telesecundaria (Miguel Barragán) y una preparatoria el promedio de escolaridad en mujeres es de 6.9 años y en hombres es de 6.5 años (ver cuadro no. 10).

Estado de escolaridad

Población	Cantidad
Población de 15 años y más sin escolaridad	176
- Hombres	88
- Mujeres	88
Población de 18 años y más con educación posbásica	167
- Hombres	77
- Mujeres	90

Cuadro 10. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel localidad del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

El promedio de escolaridad tanto en mujeres como en varones resulta de una interacción entre el bajo nivel económico familiar, la escasa oportunidad para laborar en el entorno y del rol que se le asigna tanto al hombre como a la mujer en sociedad. Los hombres se ven obligados a insertarse en el ámbito laboral a edad temprana, de ahí que los hombres constituyan el principal sector de la población económicamente activa.

Población económicamente activa

Población de 12 años o más	Cantidad
- Hombres	543
- Mujeres	290

Cuadro 11. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel localidad del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

Dentro de la comunidad las principales actividades económicas giran en torno a la albañilería, ser operador de la ruta de transporte, y la agricultura. Durante mi estancia en campo fue muy común observar a jóvenes varones (12 a 18 años) trabajar como albañiles. El ingreso económico es variado, sin embargo, por una jornada de trabajo de 08:00 a 16:00 horas se recibe en promedio \$200.00, salario que resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de las familias nahuas.

ahorita pues como está aquí [su esposo] se gana muy poco, nada más con lo que estamos comiendo y nada más eso (Esperanza)

Si lo convidan pa trabajar pues va, trabaja de una semana pues eso es lo que se ahorra, no tiene un trabajo estable, no más lo que mi esposo va ganando es lo que tenemos... (María)

Trabajan con su güingarito y apenas les pagan 150 y algunos 200 pesos ¿qué va alcanzar con eso? si el maíz esta caro, todo eso y con familia (Partera Chuy)

Derivado de la escasez de empleo en la comunidad, en el municipio y a la escasa retribución económica tanto hombres como mujeres se han obligado a insertarse en el fenómeno migratorio con destino a Estados Unidos de América. La siguiente narrativa da cuenta de esto.

En uno de mis trayectos conocí a Juan quien hacía un mes había llegado del otro lado [Estados Unidos], comentó que de manera provisional se desempeñaba como chofer de ruta, pero en cuanto hubiera oportunidad se volvería a ir. Juan comentó lo siguiente -aquí [en Tlalnepantla] no se puede salir adelante [¿cómo?] es que no hay trabajo, lo mejor es salir, varios [hombres] se han ido de la comunidad [¿solo se han ido hombres] no, a las mujeres también las contratan, a ellas las prefieren porque la fruta [zarzamora] es delicada, por ejemplo, si te quieres ir si te contratan, y más porque eres enfermera, vas a ganar mucho mejor que aquí [¿y cuánto gana?, es por día?] No (ríe), con decirte que en un día ganas mucho más que lo que se gana aquí [\$200.00], [te pagan por las cajas de fruta que juntes] lo malo es que solo es por contratos así que tienes que aprovechar lo más que puedas— (diario de campo, septiembre 2021)

Si bien en el relato de Juan se aprecia que las mujeres de la comunidad también se han insertado en el ámbito laboral cabe señalar que el trabajo gira en torno a la fuerza laboral de los varones (hijos, esposos o ambos). En esa línea, ante la ausencia del varón migrante su pareja se queda al cuidado de sus padres o suegros, o bien, se queda en su hogar al cuidado de sus hijos.

y como ahorita se da cuenta usted que muchos esposos ya salen a los EU o a otro lado [como México y Monterrey] y dejan la esposa aquí (partera Chuy)

el esposo tiene que salir para cubrir todos los gastos y dejarla a una sola como a mí, solamente así se puede salir adelante porque si aquí estas [en la comunidad] no más no se puede (Esperanza)

Ahorita los esposos se van para el otro lado [¿el esposo está en el parto?] tiene que estar pero como se van pues me dejan las embarazadas solitas, las tengo que atender no más yo y la paciente, la suegra a veces está, pero he recibido muchos niños no más yo y la embarazada (partera Yatzil)

Las mujeres ante la imposibilidad de continuar con sus estudios estas son orilladas a desempeñar el rol de cuidados y de esposa, de esta manera, todas las mujeres que son madres también son amas de casa (42). Este rol las lleva a efectuar el trabajo reproductivo, la actividad de crianza y cuidado de los hijos (as). En algunos casos como fuente de ingreso económico se recurre al autoempleo, como lo narra Esperanza.

Unas son amas de casa, unas tienen tienda, otras hacen tacos, hacen tamales, otras ponen su puesto de chicharrones preparados, elotes y unas por acá hacen zacahuiles, venden pollos, hamburguesa, hot dog... pero casi no, no más son amas de casa, solo cuidar, hacer limpieza (Esperanza)

Dicho lo anterior, el *ser madre* se configura a partir de aspectos socioculturales (147) como el género, la reproducción y la maternidad, en consecuencia, las niñas nahuas experimentan el peso de vivir culturalmente como madres desde muy pequeñas, ya que las actividades que les son asignadas desde la infancia giran en torno al cuidado del hogar y de la familia. *Ser madre* también se debe a la influencia de las condiciones de tipo estructural, en especial, la falta de recursos económicos para continuar con la formación académica. Testimonio de esta interacción entre aspectos socioculturales y económicos lo otorga el relato de Lupita, Anita y Guille.

Lupita, es hija de una partera de la comunidad, tiene 17 años. La conocí en el momento el que visité a su mamá por primera vez, después supe que ella es la miembro más joven del comité de salud. Lupita me brindó su tiempo, guía y compañía durante las visitas que efectué a los hogares de mujeres embarazadas. En uno de nuestros andares por la comunidad me compartió lo siguiente: Tengo 13 hermanos, bueno 14, pero una falleció, ahorita somos 8 mujeres y 4 hombres, la mayoría ya se juntó y tiene hijos. [¿y por qué no fuiste a la escuela? escuché que solo son dos veces por semana] Ahhh, es que yo le ayudo a mi mamá a cuidar a mis hermanos que están en la casa y a hacer la comida, lavar... [y ¿vas a seguir estudiando?] no creo, yo no puedo continuar la prepa porque no hay dinero, aquí no hay

dinero, mi papá tiene mal un oído, le recomendaron un aparato pero no lo ha comprado [porque no tienen el recurso económico para adquirirlo] (Lupita)

Mi mamá tuvo muchos niños, 10 hijos, yo soy la mayor y tuve que cuidar a los más chiquitos [¿cuántos años tenías] como 12 o 13 (Anita)

Mis papás no tuvieron dinero para la escuela, cuando tenía 13-14 años salí a trabajar, yo sí quería seguir estudiando pero no se pudo (Guille)

Otro de los aspectos que limita a las mujeres nahuas continuar con su preparación académica versa en el horario de clases vespertino-nocturno de la preparatoria, ya que expone a las mujeres a situaciones de inseguridad y violencia.

La escuela que hay aquí es de 5 a 8 pm, esa hora ya es noche y hay muchos vagos, [¿vagos?] sí, muchachos que fuman [¿y qué fuman] de todo lo que hay. Hace unos días agarraron a una muchacha que venía de la escuela, traía falda corta y pues ya sabes la agarraron...- [¿le hicieron algo?] Sí, su ropa estaba tirada por aquí [me señala el monte] ¿los denunció? no sé, no he hablado con ella, hace unos días hubo una junta de eso pero no sé nada, por eso mi mamá no me deja salir en la noche. [Lupita en su relato no verbalizó violación sexual, sin embargo, por su forma de describir la situación y evitar hablar del tema inferiré que ocurrió] (Lupita, noviembre 2021).

Tlalnepantla, un territorio incidido por la pandemia

Percibir un riesgo es un proceso dinámico vinculado a la fase en la que se encuentre el fenómeno (96). El ingreso a trabajo de campo me permitió recuperar en el discurso del secretario delegado, parteras, parteros, y en las participantes una tendencia a afirmar que en el entorno no había COVID 19, y que no encontraría nada tras realizar las entrevistas. A nivel comunitario el suceso que se percibió con mayor intensidad fue el número de muertes nunca antes vista de adultos mayores. Dichos decesos fueron atribuidos a la longevidad, a la presencia de enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus tipo II) y a la presencia de animales domésticos.

Disminuyó mucha, mucha gente, nunca vemos que aquí se nos mueran muchos, se muere uno cada año, cada medio año... pero en estos días [septiembre 2021] si se vio un buen,

hubo una semana que se enterraron como cuatro, cuatro se fueron y así decíamos ¡uy nos vamos a morir todos! ¡ya no vamos a caber ahí en el camposanto! [¿por qué?] es que está lleno, ya está bien lleno el pedacito de terreno, mucha gente grande pues si se fue [se murió] [¿y niños?] no, no ha llegado muertes de niños, han muerto pero los abuelitos, la verdad si disminuyó mucha gente de esa edad, adulto mayor ese si se fue mucha gente, es que ya desde años están enfermitos, están acostados, les están atendiendo, puros los diabéticos que empiezan con la enfermedad y no se cuidan, ya cuando la medicina no les trabaja pues ya hasta ahí termina uno, como ahorita la compañera se puso muy mala, se puso muy mala, estaba en cama pero también porque tiene muchos perros unos 20 perros adentro (partera Yatzil)

Esta percepción, en parte, obedece a que la estrategia de comunicación del riesgo se concentró en la zona urbana, ya que la tercera ola epidémica supuso la etapa más crítica de contagio.

pues ahorita se ha venido escuchando más estos días (julio-octubre 2021), el año pasado como que no, ahorita es la tercera pandemia que está más dura, es cuando oímos que allá [Tamazunchale] está un poquito más, más duro el asunto de esa enfermedad (partera Chuy)

Durante el trabajo de campo se volvió cotidiano observar a las personas transitar por la comunidad sin cubrebocas. Una de las razones para no usarlo, de acuerdo con la partera Yatzil, estriba en el carácter innecesario de este dispositivo toda vez que en la comunidad la enfermedad no se había hecho presente.

Durante mis recorridos noté que las personas no usan cubrebocas, debo admitir que me siento extraña al usarlo pero si me lo quito ¿qué pensarán? (diario de campo, agosto 2021)

[¿por qué aquí no se usa el cubrebocas] pues es que hasta ahorita gracias a Dios, aquí no ha pasado nada [¿nada de qué?], pues de ese COVID no hemos oído, no oímos nada aquí [casos confirmados], nos dicen que solo en la ciudad [Tamazunchale] [¿quién dice?] pues en la radio, la gente... pero aquí no, por eso aquí no nos protegemos [con el uso del cubrebocas] porque sabemos que no se oye casi [contagios de COVID 19] (partera Yatzil)

Cabe señalar que sí había personas que hacían uso del cubrebocas, en su mayoría niños y adultos mayores, ya que su uso (de manera similar al entorno urbano) se

limitó a espacios como el centro de salud, la escuela, la iglesia, y el transporte público.

En entrevista con el personal de salud de la unidad local comentó: La comunidad fue accesible [“no renuente”] porque se les hizo saber o sea que estaba de por medio nuestra salud y pues que había una indicación de usar cubrebocas y que teníamos que comprarlo, porque aquí la gente no entra si no trae cubrebocas, no dejamos entrar ni adultos mayores ni los niños sin cubrebocas, cuando la gente quiere entrar no la dejamos porque no podemos, porque como hay aglomeración de gente no podemos, tan solo por nosotros también, para cuidarnos y la gente también que no vaya a ver ningún contagio (Romina, personal de salud)

Derivado de esta obligatoriedad por el uso de cubrebocas entre la población observé desde los cubrebocas “más efectivos” para prevenir el contagio (N95, KN95, quirúrgico tricapa), hasta los más sencillos (de tela). Esta efectividad fue otorgada por los estudios clínicos en torno al tipo de material del cubrebocas, por ende, se advirtió que el cubrebocas de tela no confería protección alguna ante el contagio, ya que no tenía capacidad para filtrar al virus (148). Además, la evidencia clínica recomendó cambiar el cubrebocas cada tres horas o cuando estuviera sucio, mojado o deteriorado(149).

De acuerdo con estas recomendaciones cada persona requería de al menos 3 cubrebocas diarios, de este modo, la unidad de salud (de forma temporal) repartió cubrebocas desechables a los usuarios. Ante esto conviene advertir que dadas las condiciones económicas en la comunidad y aunado al incremento en el costo de los cubrebocas (\$10- \$30.00) la gran mayoría seguía siendo usado a pesar de estar desgastado, sucio e incluso roto.

Hubo un tiempo que nos llegaron cubrebocas entonces se estuvo dando aquí, la gente que no traía, no a todos verdad, pero gente que no traía cubrebocas y que no podía comprarlo se les daba, a gente que podía comprarlo pus se le decía que le comprara (Romina, personal de salud)

Por su parte, la *Jornada Nacional de Sana Distancia* supuso un cambio drástico en la dinámica comunitaria, ya que la vida cotidiana (en particular de las mujeres) se sostenía en las actividades llevadas a cabo en centros religiosos y escolares.

Nosotros servimos a Dios, vamos al templo, pues los templos se cerró, ahora tenemos que hacer en la casa, han evitado las reuniones que se hacen por parte de la autoridad o fiestas que se quieran hacer, cumpleaños, lo que sea, no se puede hacer todo eso nos han dicho [¿por qué no se puede?] porque pues por lo que anda [la COVID 19] hay que tener precaución (partera Chuy)

Durante la pandemia el día más activo se limitó al domingo. En ese día se podía observar a familias (con morrales y güingaros) transitar por la carretera y a unidades de transporte abarrotadas por la demanda del servicio. En lo que concierne a las actividades escolares en los relatos de las participantes emergió una preocupación por la estrategia *educación a distancia*, ya que desde el 23 de marzo del 2020 hasta agosto 2021 esta acción les impuso ejercer el rol de maestra.

Ahorita estamos encerrados, sobre todo los niños que van a la escuela, orita no pueden regresar, están en la casa, están estresados, ya quieren salir, quieren regresar a la escuela pero orita no más no se puede (Juanita)

Que ya no iban a ir a la escuela que porque hay pandemia. Cada maestro se encargó de avisar y ahorita ya va para dos años, los niños ya no pueden ir a la escuela, eso es una preocupación porque la mayoría de las mamás pus no saben leer ni escribir ¿qué le van a enseñar a los niños? ¿qué van aprender? (María)

Antes hacían fiesta, programa, graduaciones, la fiesta patronal... ahora ya no. Aparte con las clases está difícil porque ahorita a nosotros nos toca enseñarle a los niños, ellos [los maestros] están ganando sin hacer nada, las mamás se encargan de darles clases a los niños, hay tareas difíciles que nada más es al rumbo donde le entendiste y eso esta canijo (Esperanza)

El 23 de agosto del 2021 en el DOF se publicó el *acuerdo por el cual se establece la reapertura de toda actividad del servicio público educativo*(150). En la comunidad (a finales de agosto) se anunció el retorno de los niños a las aulas, sin embargo, al coincidir con el incremento acelerado de casos de COVID 19 en el municipio esta acción desató preocupación entre las madres de familia. Tal y como lo narra Esperanza.

Ahorita nos mandan a decir que van a entrar los niños, entonces no entiendo pues antes hubieran andado la escuela, ahorita como dicen si deberas hay COVID 19, si ya está más, hay más enfermos... entonces ahorita ya se hubiera cancelado la escuela pero ahorita que según está más fuerte nos dicen que ya van a entrar (Esperanza)

El carácter inminente de la presencialidad propició que en cada centro escolar se convocara a madres de familia y al comité de salud para celebrar una junta informativa sobre el *protocolo para el regreso a clases*. En esa reunión se solicitó que cada alumno llevara cubrebocas, careta, gel antibacterial y desinfectante para las butacas. Además, cuando llegara el momento [etapa de vacunación por edad] se pidió a las madres vacunarse contra la COVID 19, ya que este acto protegería a sus hijos del contagio. Por último, se hizo hincapié en vigilar la presencia de fiebre, malestar y/o pérdida del sentido del gusto y olfato si estos síntomas los presentaba algún miembro del hogar se solicitó evitar acudir al centro escolar.

En lo que refiere a la vacuna COVID 19 hasta septiembre 2022 solo el 62.56 % de la población mexicana contaba con el esquema completo de vacunación (72), en ese sentido, uno de los argumentos con el cual la autoridad sanitaria justificó esta cifra se sostuvo en el miedo generado en torno a la administración de la vacuna (151) y en la responsabilidad y autonomía de las personas para decidir vacunarse o no. A nivel comunitario la vacunación despertó entre los pobladores una desconfianza en las autoridades políticas, ya que se afirmaba que la vacuna ocasionaría la muerte y/o reduciría el tiempo de vida.

Casi la mayoría no nos hemos vacunado porque le tenemos mucho miedo [a la vacuna COVID 19], ahorita más que los que dicen que ya se vacunaron no más siete meses van a vivir, también dicen que si ya estas vacunado pues ya no te pasa nada pero no sabría decirle si es verdad o no. Las gentes cuentan y oigo que casos se han vacunado y se han visto bien malos, antier fui con mi hija le ha dado mucha calentura, gripa, otra compañera, dice su vecina que con la vacuna les da mucho vómito, mucho dolor de huesos, dolor de cabeza, hay gente que le estalla la cabeza de dolor [voces de fondo], entonces nosotros que no hemos recibido la vacuna nos da terror (ríe) (conversación informal, agosto 2021)

En respuesta a la escasa aceptabilidad del biológico la comunicación del riesgo en torno al proceso de vacunación se articuló como eje prioritario para subsanar la falta

de información respecto a esta medida preventiva y sus efectos adversos(152), como resultado, la unidad de salud local informó a la población sobre el carácter preventivo de la vacuna.

[¿cómo recibió la gente la vacuna COVID 19?] Fíjate que al principio la gente tenía miedo porque decían que los iba a matar, que la vacuna los iba a matar que porque sí, porque la vacuna era para matarlos, que el gobierno no quería gente, que no sé qué decían. Les digo [a los usuarios]... eso no es cierto, es para prevenir, para ustedes es una prevención, que no les de la enfermedad, no para que los matara ¿cómo cree que el gobierno va a querer matar gente? (Romina, personal de salud)

Cabe señalar que no toda la población asoció la vacunación con el miedo o la muerte, ya que esta medida se enmarcó en un acto de cuidado individual y colectivo. Esta forma de contemplar la vacunación giró en torno a algunos operadores de transporte, ya que su trabajo les implicaba interactuar con múltiples personas, por ende, inmunizarse se configuró indispensable.

De regreso a Tamazunchale platiqué con el operador de la unidad, durante la conversación me comentó que desde su punto de vista estar vacunado es una manera de cuidar de sí mismo, de los pasajeros y de su familia, aunque no todos se quieran vacunar [como su papá] [pregunté ¿usted ya se vacunó?] Sí, yo ya, no en Tlalne, sino en una comunidad de acá [Tamán] [¿por qué en Tlalne no?] porque todavía no iban allá [la brigada], y como llevé a unas personas a vacunarse pues aproveché [¿y no le dijeron que no?] no... mira... me enseñó su carnet de vacunación, lo tiene enmocado y colgado junto al parabrisas por si se lo piden las autoridades, y para que la gente vea que ya está vacunado (diario de campo, diciembre 2021)

Ante el relato anterior conviene decir que vacunarse no solo es resultado de la responsabilidad y la autonomía, ya que en Tamazunchale los primeros centros de vacunación COVID 19 se localizaron de forma exclusiva en la zona urbana, por ende, para las personas radicadas en zonas alejadas (como Tlalnepantla) la ubicación representó una barrera, ya que implicaba trasladarse. La aplicación de la vacuna en el mancha urbana generó una incertidumbre por saber si se podría ser vacunado, ya que el personal de salud aseguraba no contar con dosis suficientes.

Como respuesta la autoridad comunitaria gestionó el arribo de la vacuna COVID a la comunidad, como resultado, la primer brigada de vacunación se llevó a cabo en septiembre 2021.

La vacuna era hasta allá [Tamazunchale] y luego era solo un día, pues si se iba mucha gente, de todos lados, no sabías si ibas a alcanzar, entonces ahorita ya se pidió la vacuna, se ha solicitado la vacuna, fue pedido por la comunidad... apenas la autoridad está solicitando aquí, para todos de 18 hasta 50 creo, apenas me anoté con el secretario para ponérmela, [¿anotarte?] sí, tenías que firmar, levantar una lista pa' cuántos querían, yo me anoté (Ester)

Se ha señalado que gozar del máximo nivel de salud es un derecho humano inalienable, no obstante, esta se convierte en una utopía para la población indígena dadas las características de los espacios donde se construye su vida, por tanto, referirse a la vacunación COVID 19 en términos de accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad implica también conocer cómo la pandemia configuró la dinámica de atención sanitaria de la población nahua. De esto dará cuenta el siguiente apartado.

El acceso a la unidad de salud en el marco de la pandemia

Previo a la pandemia la población indígena ya se enfrentaba a una inequidad en salud, dada la escases de recursos humanos y materiales para satisfacer sus demandas de salud (75). Si bien la OMS ha recomendado que se dispongan de 2.3 médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes, en México esta relación es de 1.6 (153). En lo que concierne al centro de salud que opera en el escenario de estudio esta solo cuenta con 1 médico para la atención de 2, 889 habitantes (ver Cuadro 12).

Atendemos a Tlachiquilliacapa, Tepeyac y Benito Juárez, antes eran barrios de Tlalnepantla orita se hicieron ya otra localidad, entonces atendemos como a 3000 pacientes, [¿por cuántas personas está integrado el equipo de salud?] aquí estamos cuatro, el doctor, el dentista y dos enfermeras, pero nos hace falta otro médico, otra enfermera y un promotor, yo llevo lo de promoción no soy promotora pero me han dado un cargo de promotor porque ahorita no han mandado [¿y el horario?] de lunes a viernes, de 8 a 4 de la tarde, bueno el horario es hasta las 3:30 pero el doctor y yo siempre nos vamos hasta las cuatro [¿por qué?] porque tratamos que no haya nada de gente y ya nos vamos pero si hubiera una emergencia nos hemos quedado a las 5, 6 de la tarde (Romina, personal de salud)

Afiliación a los servicios de salud

Institución de salud	Cantidad
Secretaría de Salud	1675
IMSS-Bienestar	179
IMSS	12
ISSSTE	6
Total	1872
Población sin afiliación	143

Cuadro 12. Fuente: Elaboración propia a partir de datos a nivel localidad del Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

Que ya no vayan si no es necesario sino están enfermos pues que no vayan...

Al efectuar la reconversión hospitalaria local en toda unidad de primer nivel se llevó a cabo una redistribución del recurso humano, en especial, un flujo de médicos y enfermeras de la zona rural a la urbana, ya que la finalidad estaba encaminada a cubrir la demanda de atención en las unidades COVID 19. Por otra parte, en función del riesgo de contagio la unidad no solo limitó el número de consultas sino también el acceso a niños y adultos mayores.

Cuando inició la pandemia teníamos una de contrato [personal médico] pero se la llevaron a la jurisdicción por lo mismo. Antes de la pandemia atendíamos muchísimos pacientes como 25 o 26, después fue disminuyendo como a 15, 16 [¿cuál fue la razón?] porque no podíamos atender a mucha gente, no se podía tener muy lleno el centro de salud, así que cuidábamos mucho de tener poca gente, principalmente niños no queríamos tenerlos aquí para no contagiarlos, te digo lo que no queríamos era que los niños se fueran a contagiar (personal de salud)

Ahorita desde... por esta enfermedad casi ya no va mucha gente, limitaron las consultas, estuvo en la entrada uno que [silencio]... porque la gente ves que aquí llegaba [al centro de salud] entra y pues esta vez ya no se podía, nada más tenía que pasar uno, no permitían a niños ni abuelitos a menos que vayan a consulta (Juanita)

Esta nueva forma de operar trajo consigo una baja demanda en los servicios y en las actividades preventivas que oferta la unidad no porque en la población no se presentara la necesidad de acudir a estos espacios sino porque en el discurso del

personal de salud se instituyó el carácter innecesario de acudir a las unidades de salud. Ejemplo de esto lo encontramos en los siguientes relatos

ya casi nadie va al centro de salud vas a ir a ver unos ocho o diez pero pues casi ya no hay gente... desde que empezó esa enfermedad ya casi nadie va al centro de salud [¿por qué ya no van?] pues como dijeron que ya no, tenían cita pero les cancelaron la cita que ya no vayan si no es necesario sino están enfermos pues que no vayan (María)

[¿ha ido al centro de salud?] Ver al médico no, yo no tengo esta enfermedad pa' que voy a ir a verlo ¿ira pues no (Partero Damián)

***En la clínica si te dejan pasar pero si vas por alguna urgencia** pues no más a que vayas no, yo ya no he subido porque no tengo ningún problema, **como dicen ellos no hay necesidad**, pues no vamos al centro de salud (Partera Yatzil)*

Ante este discurso resulta contradictorio el argumento con el que el personal de salud explica el incremento de la mortalidad por COVID 19, ya que el aumento en este indicador lo vinculó al desinterés de las personas para acudir a las unidades de salud una vez que la enfermedad se manifestaba.

*[pero con la pandemia cambiaron los protocolos] ahh si, si cambió pero no se nos hizo muy pesado porque ya sabemos que la gente viene... **la gente acude ya cuando está enferma** [¿y la muerte por COVID 19?] ahhh, se muere la gente por decidía, por desidioso porque hay hospitales que pueden llegar ustedes allá, nada más que hay gente que no quiere irse a los hospitales, **se iban cuando ya veían que ya estaba muy graves** y que ya nada se podía hacer, es le decía a la gente que se tienen que ir antes no cuando ya la enfermedad la tengan pues ora sí que hasta el cuello (Romina, personal de salud)*

Centro de salud local



Imagen 8 Fuente: Imágenes tomadas por Sandra Rubio durante el trabajo de campo. De izquierda a derecha: vista al centro de salud, entrada a la unidad; la cartulina verde advierte sobre el uso obligatorio de cubrebocas en la unidad, parte interna de la unidad; la lona que se observa en la imagen hace referencia sobre los principales signos de alarma durante el embarazo. En la cartulina verde neón de la imagen 06, está escrito : *SIN CUBREBOCAS NO ENTRAS, acudir solo la persona que pase a consulta, no traer niños de compañía, mantener tu cubrebocas puesto: no te lo quites, no saludes de mano*

Como le digo hay calentura, pero como nosotros lo tomamos no es esa enfermedad [COVID 19]

La biomedicina centra su atención en el signo (154), por tanto, la práctica biomédica excluye el sentir y la experiencia de las personas en torno a la COVID 19 (154), ya que se ha documentado que gran parte de las personas con COVID 19 presenta fiebre (8 % al 99 %), tos (59 % al 82 %), fatiga (44 % al 70 %), disnea (31 % al 40 %) y cefalea (155).

Ante esto Mary Douglas señala que todo rito o acción que el ser humano realiza se subyace en una *intencionalidad encarnada* (83). Dicha intencionalidad está anclada a la experiencia previa y al aprendizaje social. En este caso efectuar las medidas preventivas estaría en virtud de evitar el contagio, y a su vez esta intencionalidad por evitar el contagio estaría dada por la experiencia de la enfermedad. Durante ,i entrada a trabajo de campo algo que atrapó mi atención [al platicar con los ASC sobre la investigación que pretendía realizar] fue la expresión *aquí no hay COVID 19 hay calentura sí*.

Pues como le digo que calenturas ya estábamos pensando eso de COVID, [¿por qué pensaban que era COVID 19?] es que nada más empieza uno con calentura y luego pensamos... nos imaginamos [¿que era COVID 19?] ha habido mucha calentura pero pues no le toman en cuenta con la pandemia porque normal la calentura [¿hay calenturas diferentes?] sí, es que ahorita la calentura te da muy diferente [¿por qué diferente?] con mucho dolor de cabeza, siempre nos quejamos que es mucho dolor de cabeza, pero un dolor de cabeza que no puedes levantar la cabeza pero como nosotros decimos, nosotros lo tomamos no es de eso... porque empezaron las aguas [las lluvias] nosotros decimos que era el cambio de clima que no estamos acostumbrados a la temporada [¿pero ya todos?] le digo que era el cambio de clima que no estamos acostumbrados, como le digo hay calentura pero esa enfermedad no, aquí casi no oímos (Partera Yatzil, septiembre 2021)

Mi interés por explicar el motivo por el cual nombrar la *calentura* era tan común en los habitantes me llevó a comprender que los procesos somáticos (fiebre, dolor, náusea, fatiga, calosfríos) permanecen moderadamente presentes en la representación que las personas han formado de la enfermedad (42). Tratar de comprender la calentura como proceso somático me llevó a realizar una búsqueda sobre las enfermedades en pueblos originarios. Los resultados de esta búsqueda dan cuenta que las epidemias, pandemias y sus características (rápida velocidad para diseminarse, su capacidad para enfermar y exterminar a gran escala) no son novedosas para este sector, ya que previo a la conquista los nativos ya habían experimentado enfermedades febriles a gran escala (49).

En línea con lo antes expuesto, el panorama epidemiológico en este sector se ha caracterizado por una elevada morbilidad secundaria a enfermedades infecciosas y parasitarias (156). De esto da testimonio el partero con mayor antigüedad en Tlalnepantla a quien *mucha gente lo conoce porque además de ser partero aplica medicamento y cura a los niños*. Si bien el partero en su relato no enuncia el término enfermedad infecciosa [porque es un concepto construido desde la biomedicina] si describe los rasgos principales (fiebre y/o diarrea) con los que se manifiesta en el cuerpo.

yo empecé desde [hace cuentas con los dedos].... Silencio... en este marzo pasó 40 años de estoy trabajando, pero yo empecé íra sobre la necesidad de mi familia, íra porque antes no había clínicas, antes no había hospitales, aquí a veces en la noche, traen bebeces tiene

tiempo íra desde que yo llegué aquí llegan con calentura, diarrea, con vómito, íra íra donde llegan, llegan (señala el cuarto) decían íra vamos a ver al partero Germán porque el conoce (partero Germán)

En el relato antes presentado, el partero Germán habla de una *necesidad porque antes no había clínicas, antes no había hospitales* y es que gran parte de los municipios indígenas no recibía atención médica, ya que la atención a la salud de personas radicadas en comunidades remotas y/o urbano marginadas inició en algunos municipios a partir de 1979 (157). De esta ausencia de médicos da cuenta la partera Chuy quien señaló *nosotros no conocíamos médicos*. Ella tiene 84 años y relató que *desde la antigüedad* la comunidad ha contado con sus propios recursos para atender su salud (158).

Ahorita ha cambiado mucho, nosotros gracias a Dios estamos [vivos] pero cuando nosotros crecimos nosotros no conocíamos médicos, no conocíamos lo que ahora dicen operación, anteriormente no se oía nada, no se oía nada, y ahora no sé cómo que se ha inventado que hay mucha enfermedad, ahorita pero ahorita estamos peor...[¿y cómo se han curado la calentura?] con tomar mucha agua, agua de limón o hierbas frescas que es para eso porque con eso se puede dar el tratamiento, mejor del campo ya sabemos con qué nos atendíamos en la antigüedad.

La *calentura* se ha configurado en el imaginario social como un rasgo común de enfermedad. De esto dio cuenta el personal de salud al interrogarle sobre los principales motivos de consulta en la unidad previo a la pandemia.

[Antes de la pandemia ¿cuál era el principal motivo de consulta?] pues la gente venía a consultas, venían citados los diabéticos, hipertensos, [¿y de consulta general] esos venían por temperatura [fiebre] , la tos, la gripa, dolor de cabeza (personal de salud)

De este modo en Tlalnepantla al manifestarse la *calentura* se acude al centro de salud, sin embargo, tras establecerse la definición operacional de caso sospechoso de COVID 19 (155) [toda persona con presencia de fiebre, tos y/o cefalea en los últimos siete días] el protocolo de la unidad consistió en derivar a las personas con fiebre a las unidades monitoras urbanas a fin de descartar la enfermedad.

Aquí no te atienden si tienes calentura, te mandan a Zacatipán (Mercedes).

Yo tenía calentura, pero no me quisieron atender, que me fuera a Tamazunchale y mejor me vine a mi casa, me preparé un remedio de los que mi mamá prepara y se me quitó (Lupita)

Ante la confluencia entre la percepción del riesgo de contagio / muerte en hospitales, y la falta de recurso económico para transportarse la población empleó su conocimiento milenario, de este modo, al presentarse la *calentura* se activó la memoria histórica que tomó forma en prácticas herbolarias de curación. Tal y como lo describe la partera Yatzil quien atendió su salud y la de su familia a partir del uso de plantas, infusiones y baños corporales. Ella reconoce que ante enfermedades diarreicas se torna necesario acudir al hospital, dado que al ser originadas por virus, bacterias o parásitos debe seguirse tratamiento farmacológico.

[¿cómo se quitaron la calentura? ¿fueron al centro de salud?] no, para la calentura con puros sueros y hierbas, la naranja agria tomado y untado, bañados con un árbol que esta allá atrás, se llama chaca, esa se toma y se baña uno con esa, pues son las hierbas y mucho limón, agua de limón, se refresca uno con limón cuando no te queda eso con sábila, muchas plantitas frescas y con eso se nos ha controlado y agua de tamarindo, de limón, del que sea pero que sea agua natural, y le hechamos sueros [vida suero oral] y con eso nos hemos quitado la calentura [¿y la diarrea?] con hierbas no lo quitamos la diarrea, esas con pastillas... necesitamos de ir al doctor (Partera Yatzil)

Referirnos a la *calentura* como parte medular en la experiencia de la enfermedad, implica no perder de vista las condiciones de vida en las que los nahuas construyen su vida. Se ha documentado que la prevalencia de enfermedades infecciosas obedece a un bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, vivienda precaria, carencia a servicios básicos (75), condiciones que se han desarrollado, acumulado y permanecido de forma sostenida (89) en Tlalnepantla.

Ante este panorama, se ha señalado que el acceso a servicios básicos disminuye la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, en particular, las diarreicas, no obstante, conviene recordar que el 88.6 % de los hogares nahuas no cuenta con servicios agua entubada, luz eléctrica ni drenaje. De ahí que para obtener el recurso hídrico se recurra a los arroyos o pozos, como resultado, no se garantiza la inocuidad del agua.

[Me dijo que había muchos casos, pero ¿casos de qué?] pues ya pasamos esa calentura con dolor de huesos, aquí ya nos dio porque cuando empieza uno terminamos todos, en este día nos dio diarrea, les dio diarrea, empezó el más chiquito y terminó hasta los adultos y luego de aquí brincó para abajo, le digo que estos días nos dio diarrea, empezó con uno, luego al otro día amaneció el niño en la madrugada comenzó a vomitar... ya después el niño me daba lástima... -dice, ya quiero salir del baño abuela-, después fue mi señor también con vómito y dolor de cabeza ¡LE DOLÍA LA CABEZA! (partera Yatzil)

Al interrogar al personal de salud sobre las iniciativas para mejorar la salud de la población estas han sido sostenidas en acciones de promoción y prevención [lejanas a causas estructurales] dirigidas a la mejora del medio ambiente, en donde predomina la *educación* y la *buena higiene*.

¿Cómo es que se da el vínculo entre el centro de salud y la comunidad? Tenemos un comité de salud y ese comité tiene varios promotores entonces le hacemos que visite casas igual que nosotros, porque nosotros también visitamos casas [¿qué acciones realizan en esas visitas?] pues para ver la quema de basuras, el agua clorada, el agua hervida, darles se puede decir como una plática de higiene y ver las letrinas, los baños, todo eso (Romina, personal de salud)

Como se ha evidenciado la sociedad nahua posee un sistema de creencias e imaginarios (101) bajo el cual interpreta, explica y atiende todo fenómeno que opera en el contexto que habita, y de aquellos expresados en la propia corporalidad. Bajo esa línea el proceso de embarazo no puede ni debe ser reducido al ámbito biológico (159), ya que es significado y valorado a partir de referentes socioculturales. Dicho esto conviene recuperar la dinámica de atención materna durante la pandemia por COVID 19, en ese sentido, el siguiente apartado construye esta dinámica a partir de hilar los relatos de un grupo de mujeres nahuas embarazadas, parteras (os) tradicionales y personal de salud.

Las deudas pendientes a la salud materna nahua

[¿Hay algún carro gratuito para embarazadas?] Aquí no hay ninguno gratis, aquí todo es de pago...

El embarazo desde la cosmovisión nahua prehispánica se concebía como un fenómeno social, ya que tras saber que el linaje continuaría se efectuaba una comida pública. En este evento eran pronunciados discursos de alegría, eran dadas prescripciones y consejos, y se ponía en marcha una serie de rituales de protección (160,161). En la actualidad este evento es significado como un acontecimiento que solo le concierne a la mujer embarazada y a la familia.

[y cuando una mujer está embarazada ¿la comunidad le proporciona apoyo? No, el marido se hace responsable, -tienes nueve meses para ahorrar de a pesito- nos dice el médico... porque una embarazada puede empezar a ahorrar en cambio un accidente no avisa ... (partera Yatzil)

La concepción sobre salud materna nahua también descansa en valoraciones, creencias e imaginarios(162). Bajo esa línea, es de interés señalar que si bien la comunidad ha manifestado y priorizado los problemas que percibe. En esta escala de valoración no se encuentra acción alguna para mujeres embarazadas. Ante la presencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio se debe recurrir a la búsqueda de vehículos particulares para efectuar el traslado cuyo costo varía.

[¿Hay algún carro gratuito para embarazadas?] Aquí no hay ninguno gratis, aquí todo es de pago, sí de \$350 a \$ 450 de ir y luego pues traerme igual por el mismo precio. La urban si te sale más caro, te sale de \$1600 a 2000 si es así como viaje [un viaje particular] pero si es pasaje pus lo normal [\$32.00] (Leticia)

No sé cuánto están cobrando, pues no todos los carreros cobran igual unos se consideran cobran menos y otros son más de \$1000 pesos, ahorita siempre me he pegado con mi yerno porque mi yerno también es de la ruta (Partera Yatzil)

Aquí algunos tienen carro nada más les decimos y este pues les tienes que pagar, como \$500 [¿a cualquier hora del día?] no, es más si es en la noche como unos \$800-1000 (Rosa)

[y si llegaras a ponerte mal ¿qué haces?] No pues tenemos que conseguir un carro para que nos lleve [al hospital], mi esposo lo tiene que buscar (Mercedes)

Del pensamiento individualista en torno al embarazo se desprende el relato de Guille, ya que para ella anticiparse a futuras complicaciones involucra administrar sus finanzas durante el embarazo.

Pues hay que conseguir carro porque a veces de noche hay que pagar [¿Cuánto tienes que pagar? pus quien sabe depende de que diga el señor [el operador del vehículo] [¿y si no tienes] pues sino tengo, tengo que pedir prestado, lo tengo que conseguir porque el dolor no te va a esperar... o si no pus lo voy a ir guardando desde ahorita (Guille)

Hasta el momento se ha dado cuenta de la ausencia de la estrategia federal *Transporte AME*. Esta estrategia se desplegó en el periodo administrativo 2000-2006 como medio para fortalecer las redes de apoyo y participación comunitaria cuya prioridad radicó en efectuar el traslado gratuito de mujeres con alto riesgo, y con presencia de complicaciones a la unidad de atención más cercana(77). El carácter gratuito se instituyó dadas las bajas condiciones socioeconómicas a las que se enfrenta la mujer embarazada que vive en entornos rurales e indígenas marginados como es caso.

porque a veces pus así como orita pus no tengo dinero, no hay trabajo como lo vas a ir (partera Chuy)

[¿hay algún vehículo especial para mujeres embarazadas?] No, pero yo hablé con uno de las urban y él me apoya con lo que es el transporte en caso de que hubiera una emergencia se le habla a él y ya el si está ocupado me comisiona a otro muchacho [¿ese apoyo se retribuye económicamente?] sí, le dan lo de la gasolina no le pagan un viaje [¿de eso están enterados en la comunidad?] sí, si están enterados las autoridades, no había pero ya hay, se hizo una reunión en este año (abril, 2022) [Romina, personal de salud]

Aquí si hay doctor, pero le toca domingo o le toca sábado y él no está y es de noche ¿qué hace?...

La falta de transporte para mujeres embarazadas no es la única adversidad a la que las mujeres se deben enfrentar durante esta etapa, ya que la falta de personal médico y/o enfermería es la segunda deuda pendiente que se tiene con la salud materna nahua.

Aquí sábado y domingos no hay nada, si se enferma uno ¿qué hace? irse hasta Tamazunchale, o más cerca Tamán o acá por Hidalgo (Mercedes)

El centro de salud tiene su horario de las ocho a cuatro, ya si se ofrece algo de eso ¿cómo le van hacer? Los días sábados, los días domingos que no está que se le puede hacer si hay una paciente que ya no le da tiempo para nada ¿qué se le hace y él no está? Y que tal sino tiene para moverse (Partera Chuy)

Respecto a la atención médica del embarazo se ha documentado que las mujeres nahuas jóvenes (18 a 39 años) han priorizado la atención del embarazo y parto en instituciones sanitarias (públicas y privadas) (163), no obstante, durante el trabajo de campo pude dar cuenta que la falta de recursos económicos se convierte en una de las principales barreras para acudir a estos espacios. Aunado a esto, la falta de insumos en el hospital local impone a las mujeres y a sus familias cubrir los costos del material utilizado. De esto nos da testimonio la partera Yatzil.

pero es un gasto y no es un gasto, le empezaron a pedir [a su yerno] las cosas porque ahorita ese es el problema si te falta algún material tienes que apoyar, a veces te piden guantes, a veces te piden gel, a veces te piden unos tubitos, esta vez a esta muchacha le pidieron unos tubitos, a veces les piden unas mangueritas, tienes que apoyar con material, de que antes que llevaba no te pedían nada (partera Yatzil)

Cabe señalar que al interior de la comunidad existe una distribución inequitativa de recursos y de poder(89), de este modo, la vulnerabilidad económica presenta matices, ya que mientras el yerno de la partera Yatzil pudo solventar los gastos derivados de la atención médica pública a otras personas el ingreso económico les resulta insuficiente incluso para pagar el traslado, de ahí que estas mujeres recurran a las parteras y/o parteros de la comunidad a quien le retribuyen en especie. De eso dan testimonio dos terapeutas tradicionales asentados en la comunidad.

Pues así fiadito, y en pagos, a mí me han dado hasta pollos, guajolotes, puercos, -pues no tengo dinero y mi señora ya está-, dice -que ya le duele su panza- pues calcúlalo cuanto me das de ese puerquito, pues tráelo, lo recibo, el chiste es que se va aliviar. (partera Chuy)

Si no lo acompleto mi dinero y me da pena para salir, ¿ira endeudado, ira aquí tengo un guajolote. Porque aquí yo estoy dando la mano ¿ira con aquellos (señala unas imágenes de santos) por eso me dicen partero Damián es bueno, nos hechamos la mano (partero Damián)

Si usted se da cuenta aquí en la comunidad es muy diferente allá en la ciudad, ´ora por falta de esto (con la mano hace señal de dinero) pues a veces cómo voy, no tengo y aquí vienen y nosotros les hacemos el favor sabes que no tienes y me espero, pues como son vecinos de aquí pues les hechamos la mano y allá no, llegando a Zacatipán voy a decir no van a pagar pero el viaje que los va a llevar, y allá lo que necesiten, que necesitan pañales, lo que les pidan allá tienen que comprar con dinero y si no tienen cómo, entonces por esa razón ahora sí que nosotros entendemos (partero Germán)

Partear en tiempos de pandemia: es nuestro trabajo pues a las horas que nos venga a llamar nosotros tenemos que ir, este lloviendo, este como este...

Cuidar y aconsejar a una mujer embarazada es una actividad mediada por el género, en consecuencia, propia de madres, suegras, abuelas y parteras. En la actualidad estas acciones forman parte de un sincretismo (164) entre la medicina occidental y la cosmovisión nahua, de ahí que la mujer priorice la atención biomédica del embarazo, no obstante, dada la falta de personal médico, el bajo nivel socioeconómico, la contingencia sanitaria, aunado a la infantilización y posición pasiva que se les atribuye a las mujeres en el entorno médico la partería se posiciona como el principal recurso humano con el que cuenta la comunidad para garantizar la salud materna y neonatal.

[¿Y no quisieron ir a Zacatipán?] No, no quisieron, mejor dicen -no, mejor aquí-, y casi no quieren ir allá, no quieren y más ahorita[por la pandemia], menos ahorita quieren ir ahorita preferible que vengan aquí o que vaya uno a su casa pero no quieren ir allá [hospital]. [¿hay un horario?] rien... es nuestro trabajo pues a las horas que nos venga a llamar nosotros tenemos que ir, este lloviendo, este como este, las horas de la noche, las horas que sean nosotros tenemos que ir. Este trabajo[partera (o)] no tiene hora, este no tiene hora, a veces toca mayor parte le toca de noche, y como le digo aquí si hay doctor pero le toca domingo o le toca sábado y el doctor no está, y es de noche, ¿a qué hora van hasta allá? como va esperar la pobre (partera Chuy)

“me pueden castigar, me puede llevar a la cárcel por un riesgo”: Las capacitaciones, un método para instaurar el riesgo obstétrico

El enfoque de riesgo en salud materna tiene sus raíces en 1970. Este enfoque categoriza el nivel de riesgo de morir de las mujeres en función de sus condiciones biológicas y sociales. Esta ideología sentó las bases para la iniciativa internacional

una maternidad sin riesgos de 1987. Dos años después en México se puso en marcha el programa *Control Prenatal con Enfoque de Riesgo* a fin de detectar de manera oportuna toda condición biológica con el potencial de generar daño o muerte de mujeres embarazadas. De este enfoque nos da testimonio Romina, quien ha sido formada desde la mirada biomédica, por tanto, para ella tanto la edad materna, las enfermedades concomitantes, y la COVID 19 se configuran como riesgos.

[¿Aquí hay embarazos de riesgo?] Sí, sí hay como unas cuatro cinco muchas veces por la edad porque se embarazan cuando ya tienen 40, 41 años entonces esas nosotros las consideramos como de riesgo o que sean hipertensas, diabéticas, para nosotros eso es un riesgo o muchas veces en el trascurso del embarazo es donde tienen un problemita de su hipertensión. Tenemos unas de 16 años, 17 para nosotros las consideramos de riesgo por su edad [¿han llegado a cuestionarle porque de riesgo?] sí pero se les hace ver [¿cómo?] bueno a veces que pasaban a consulta las pasaba para acá y les explicaba de dos embarazadas les empezaba a platicar, informándoles... también de la enfermedad, del riesgo de la pandemia porque anteriormente no había habido este una pandemia así con este tipo que había muchos muertos, entonces ya se les hizo saber, , el chiste era que la gente supiera el riesgo, la la enfermedad, la pandemia que estaba aquí ahora sí que la que nos estaba perjudicando (Romina, personal de salud)

Dicho sea de paso a partir de 1995 el Sistema de Salud Mexicano subordinó a las parteras tradicionales a las políticas capitalistas del estado mexicano (165), en consecuencia, redujo su papel a educar sobre los principales riesgos obstétricos, el uso de métodos anticonceptivos y la promoción del parto en el entorno hospitalario. Esta subordinación partera-sistema de salud mantiene vínculo con el pronunciamiento de la OMS, ya que este organismo internacional ha señalado que la partera tradicional solo debe ejercer si cuenta con registro, así como capacitación y supervisión adecuada.

Voy a cumplir 19 años registrada pero ya tengo un buen, los niños que comencé a atender ya tienen más de 30 años no más que no me quería registrar el doctor me dio la oportunidad de registrarme como partera, tengo 19 años registrada en partería, nosotros tenemos credencial como parteros registrados, ¿le enseño mi credencial? con la foto [si quiere] ...va por sus papeles... Entonces nosotros tenemos muchos reconocimientos ¿también los quiere ver? [Si me los enseña, claro] [¿Cuál es la diferencia entre un partero registrado y uno que no?] Porque nosotros damos la hoja de nacimiento firmado y sellado, tenemos nuestro sello,

aquí están los reconocimientos también nos los han dado (voces de fondo, arrastran una silla) [Hojeo los reconocimientos, ¿desde el 2007 se está capacitando?] Sí, ahorita ya no hemos ido (voces de fondo) pasó este presidente que pasó no nos llamó, el de ahorita tampoco, pero a veces nos llaman lejos, esas capacitaciones nos sirven mucho para estar más al tanto con las embarazadas (partera Yatzil)

Bajo la postura de la OMS es que a toda partera y/o partero se le ha capacitado sobre cómo identificar de forma oportuna urgencias obstétricas y cómo abordarlas; control prenatal, cuyo énfasis versa en la identificación del embarazo de alto riesgo. De este modo, las parteras y los parteros de Tlalnepantla no solo han interiorizado que recibir *capacitaciones y reconocimientos* [constancias de participación] los hace aptos para brindar atención a las mujeres embarazadas sino también han vinculado el riesgo con la *responsabilidad* y el castigo. Tal y como se refleja en el relato de la partera Yatzil, Chayo y del partero Germán [su esposo].

*siempre vienen aquí [mujeres embarazadas] y **como nosotros ya estamos capacitados**. Bueno, ella [partera Chuy] se tuvo que capacitar, ella se capacitó más primero que yo y después ya me capacité también porque como andaba yo con ella. Yo empecé desde el año 82 [habla partera Chuy], entonces yo me fui a capacitar a Tamazunchale pero antes del 82 **yo trabajé así sin registro sin capacitación, entonces ya llevo 30 años de trabajo**, entonces este allí [¿por qué se capacitó?] porque **me dijeron que no debo de trabajar así sin capacitación** [¿le dieron alguna razón?] sí, **porque me pueden castigar, llevar a la cárcel por un riesgo o por una cosa que pase pus soy culpable porque no estoy capacitada** [y cuando se pone mal una embarazada ¿qué hacen?] **hay que acudir con médico para que él se haga responsable y si no lo lleva uno ya es responsable**, para que no pase eso porque nosotros en las capacitaciones que nos han dado así nos han dicho, hay que ponerse listo en ese momento, viene bien no hay problema pero si tiene riesgo entonces no se hagan responsables, acudan luego al centro de salud o al doctor que este más cerca. [¿y si no la pueden llevar?] pus así rapidito ese dolor no se espera para otro día, pues ese quiere cuando ya se quiere nacer un bebé pus es rápido se alivia, porque eso, esas cosas aunque tiene fecha, a veces se pasa o a veces se adelanta entonces ¿cómo se le puede hacer? qué tal si viene con riesgo o viene con algo, o a veces esta enredado el cuello, el cordón, vienen ahorcados, o vienen de pies, bueno hay problemas entonces para eso este uno al pie de la paciente no dejarlo hasta que ya paso su peligro, pues ya está bien. (Partera Chuy)*

Nosotros ya no estamos permitidas [atender partos] y siempre nos están diciendo si algo pasa, es responsabilidad de nosotros. Se necesita mucha capacitación pues nosotros para tener ese trabajo hemos batallado con papeles y papeles, que por la constancia que da uno de nacimiento por ahí tengo el papelito también que comprueba que tuvimos esa capacitación con el registro civil (partera Yatzil)

Si bien estas capacitaciones eran efectuadas de forma mensual con la llegada de la COVID 19 todo vínculo del sector salud con las y los parteros desapareció, ya que reunirse para *capacitarlos* era un riesgo. Así lo describe la partera Chayo y el partero Damián.

[¿desde que inició la pandemia no ha recibido capacitación?] Si desde que empezó la pandemia ya no tenemos pláticas como la gente ya no se reúne por motivos de que no hayga contagios... antes nos reunemos en el centro de salud, la casita pero hasta ahorita pues no, luego después por la política dijieron tambien no (partera Chayo)

[¿aún tiene capacitaciones?] antes, pero ahora nos prohibieron por esa enfermedad [y las embarazadas que atiende ¿le han preguntado por el COVID?] Me dicen [las embarazadas] que si deberas ha aparecido esa enfermedad pues yo como te voy a decir yo también estoy esperando... por eso tenemos médico, el médico ese tiene, ¿ira ese tiene comunicación o ellos tiene comunicación cuando ya llega acá [la COVID 19] ¿ira pues nunca, ayer te conté, el médico nos habría llamado antes ¿ira una prevención pero hasta ahorita no (partero Damián)

La biomedicina ha advertido que el riesgo obstétrico permea el embarazo, el parto y el puerperio, sin embargo, en las conversaciones con parteras (os) y con las mujeres embarazadas el momento de *riesgo* que más figuró fue el parto, ya que se hacía referencia al *parto con riesgo, el bebé viene con riesgo, un bebé nacer no está fácil, no lo quiso arriesgar* y en ningún momento se nombró a la mujer embarazada en esa misma situación.

Cuando por alguna razón me perdía en el camino me detenía a preguntar a las personas (mujeres en su mayoría) sobre la dirección del hogar que buscaba, ubicar el hogar era más fácil si sabía el nombre del papá o del esposo de las mujeres embarazadas a las que buscaba, sin embargo, algo que llamó mi atención fue cómo en tono de pregunta-respuesta las transeúntes exclamaban ¿eres la enfermera que busca embarazadas? ahh, es que tienen parto de riesgo, alto riesgo ¿no? (diario de campo, octubre 2021)

Algunas señoras sucede que están embarazadas, pero cuando ya cumplió los nueve meses, días antes de la fecha se les rompe la fuente y todavía no viene el dolor... entonces ahí está el peligro del bebé porque se puede morir, se puede quedar sin líquido, el bebé viene con riesgo, se puede morir (partera Chuy)

Antes yo tenía 80 embarazadas 90 embarazadas, antes [¿De aquí?] De varias comunidades...de varias comunidades, hay unos te van a venir a buscar, orita ya tengo no más como cuatro cinco, ya menos, yo le agradezco a los que están porque es bueno salvar a un bebé porque lleva riesgo ese como dice hace rato, para un bebé nacer no está fácil, no sé si ya has tenido bebé, no está fácil (partero Damián)

En una mañana, mientras desayunaba en casa de la partera Yatzil, me contó sobre el parto de una de las mujeres a la que cuidó durante su embarazo, dijo - es una niña el que tuvo - [le pregunté ¿cuándo?] hace ocho días que nació la bebé, [¿y la atendió aquí?] No [ríe], la llevé al hospital [¿se puso mal?] no, es que tenía mucho miedo, no lo quiso arriesgar [¿por qué?] es que le daba terror a la hora del parto, llegando al hospital casi nacía el bebé, aguántate le digo [¿y sobre los partos de riesgo?] silencio.... pues las muchachas de menores de edad yo ya no los atiende porque (llanto de bebé de fondo) es parto de alto riesgo, ya de mucha familia también, parto de alto riesgo, ya no deben aliviarse con uno pero algunos se animan, se alivian rápido pero a veces hay complicaciones, sangrado, mucho sangrado y unos que se les desmaya, bueno hasta ahorita no ha habido casos (Partera Yatzil) ...(partera Yatzil, noviembre 2021)

Ante la confluencia entre riesgo + parto + bebé conviene señalar dos aspectos importantes para la cultura nahua prehispánica, toda vez que abren la posibilidad de cuestionar porqué el riesgo se enfatiza en el *bebé no nato*, y en el motivo por el cual la muerte materna indígena sigue configurándose como *destino ineludible*. En primer lugar, para los antiguos nahuas el momento de parto representaba la *hora de la muerte* si una mujer durante su primer parto moría esta se concebía *mujer guerrera*(147), ya que se le equiparaba con el varón muerto en combate y/o en sacrificios, en consecuencia, morir durante el parto las transformaba en *cihuateteo* o diosas. En segundo, durante un embarazo la fragilidad giraba en torno a lo que se lleva en el vientre(112), dado que representaba la continuidad de la sociedad.

Al no mencionar palabra alguna sobre el vínculo riesgo + mujeres embarazadas pregunté a dos parteras sobre su experiencia en torno a la muerte materna. Los

relatos dan cuenta que no ha ocurrido ninguna muerte de este tipo en la comunidad. Sin embargo, lo que si se ha presentado con frecuencia es la muerte neonatal, en especial, dentro de las unidades de salud. Dentro de los testimonios de la partera Yatzil y de la partera Chuy, dadas las condiciones de pandemia, se reflejó el miedo de las mujeres nahuas para acudir al entorno hospitalario.

¿aquí se ha muerto una mujer embarazada? no, no, ni en el hospital porque las que van para allá ya están checadas, aquí los checo y se van para allá, ahorita yo de que empecé [hace 30 años] no ha muerto ninguna solo los bebés... un nietito, ya lo trajeron pero ya en caja, una caja así chiquito... ahí [en el hospital] se mueren los bebés... por eso venden, venden lo poquito que tienen para no ir allá (Partera Chuy, diciembre 2021)

Esta emoción si bien giró en torno a la percepción del riesgo de contagio en estas unidades, la percepción riesgo y muerte se enmarcó en los bebés *no natos*.

[oiga y ¿por qué algunas embarazadas no quieren ir al hospital?] porque hubo el caso de una señora que no le entregaron el bebé, el bebé se quedó en el hospital que porque nació con pandemia, entonces muchas señoras dijeron... yo me voy aliviar aquí porque yo no quiero que me quiten mi bebé (partera Yatzil)

[¿por qué algunas embarazadas no quieren ir al hospital?] pues dice que no quiere ir allá porque muchos se van allá... entonces no quiere porque tiene miedo con la enfermedad [COVID 19] y los bebeces se mueren, por eso dice y con bebé pus cree que no va llegar bien bebé, dice que le han dicho que si van a Zacatipán les van a inyectar algo para matar a su bebé o a ella (Partera Chayo septiembre 2021)

“Toda la familia ahí es de bebés, todos tienen hijos”: maternidad, riesgo y COVID 19...

La reproducción humana ha sido vinculada de forma exclusiva a las mujeres, ya que el *ser mujer* permite vivenciar el fenómeno de embarazo. Para la biomedicina este proceso es fisiológico, inicia con la fecundación y finaliza con la expulsión del feto y la placenta(74), no es libre de complicaciones, ya que se ha asociado con el aumento en el riesgo de generar discapacidad y muerte.

Desde el paradigma biomédico se ha buscado atender los problemas ligados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en especial, la muerte materna. Dicho esto el *riesgo* ha instaurado un control en los cuerpos femeninos a fin de regular la fecundidad, la atención prenatal y la atención del parto por personal calificado(166).

Ante esto, cabe señalar que el embarazo resulta de mantener relaciones sexuales hombre-mujer, sin embargo, el control biomédico ha mostrado dominio en la esfera sexual y reproductiva de las mujeres. Con la COVID 19 el argumento clínico de alto riesgo de COVID 19 intensificó el control de la fecundidad, ya que vivenciar un embarazo se constituyó factor de riesgo, en consecuencia, se recomendó a toda mujer en edad reproductiva posponer este proceso. Ejemplo de esto tenemos en el discurso que efectuó el ministerio de salud brasileño en abril 2021:

De ser posible, las mujeres [menores a 35 años] deberían posponer el embarazo hasta que existan las condiciones sanitarias apropiadas para que puedan tener un embarazo en un mejor momento y más tranquilo... ya que la nueva variante del SARS CoV 2 ha resultado ser altamente agresivo con las embarazadas... no podemos decirle esto a las que tienen 42 o 43 años, claro, pero para una joven que puede... lo mejor es esperar un poco (Raphael Camera, secretario de APS, Brasil abril 2021)

En el discurso antes mostrado se puede dar cuenta de cómo bajo el *enfoque de riesgo* el mensaje fue dirigido a mujeres < 35 años, en consecuencia, excluyó a toda mujer con edad superior ya que para ellas vivenciar un embarazo se considera imposible. Esta visión hegemónica se explica a partir de la definición de edad reproductiva de la mujer que comprende de los 15 a 44 años(167), ya que vivenciar un embarazo fuera de los rangos de edad establecidos deriva en complicaciones maternas y fetales.

De este modo, la percepción del personal de salud [sobre transitar un embarazo en tiempos de contingencia] se asoció a un acto de irresponsabilidad ceñido a la imprudencia e insensatez de las mujeres para regular su fecundidad. Tal y como lo ejemplifica la siguiente narrativa resultado de un encuentro con el personal de salud local.

No les dio importancia haberse embarazado aun sabiendo de esta pandemia, lo complicado de la situación... hubo casi ocho personas (trabajadores de salud) que decidieron embarazarse (personal de salud, julio 2021)

Desde estos pronunciamientos biomédicos se ha borrado que el sentido y valor del riesgo obedece a un fenómeno cognitivo social, por tanto, varía en cada contexto y en cada grupo poblacional. De este modo, pensar el embarazo como un proceso biocultural es dar cuenta que a la mujer se le ha identificado como proveedora de los mantenimientos (168), en otras palabras, el cuerpo femenino ha sido caracterizado históricamente por su capacidad reproductiva, de ahí que la vida de las mujeres gire en torno a la maternidad.

Bajo esa línea, la percepción del riesgo de COVID 19 de mujeres nahuas en edad fértil mantiene vínculo con los valores compartidos sobre maternidad. Estos valores se aprehenden desde la más temprana infancia y de acuerdo con Douglas contribuyen a formar un *sesgo cultural* (83) que ordena la manera en la que las mujeres perciben y aceptan los riesgos (84). En virtud de lo anterior, conviene interrogarse ¿cómo un conjunto de principios relacionados con la maternidad influye en la percepción del riesgo? El siguiente relato nos brinda una respuesta, ya que la partera Yatzil nos permite adentrarnos a la experiencia de una mujer nahua que *luchó por embarazarse* en tiempos de COVID 19.

Toda la familia ahí es de bebés, todos tienen hijos, la mamá tuvo año tras año un montón, esa muchacha es la mayor [¿cuántos años tiene?] tiene más de 20 años, como 24, 25 pues cuatro años [vivía en unión libre] con su esposo y no se podía embarazarse. Luchó para embarazarse hasta que le dijeron que se tenía que casar por la iglesia, le dijo el sacerdote, el padre “te tienes que casar” esa era su tarea, el padre le dijo que tenían que casarse y se casó. Fue al médico y nada no se embarazaba, tardó mucho tiempo, anduvo en tratamiento para embarazarse, no se podía embarazarse, le urgía casarse, pidió ayuda con todos y se casó... ya ves que se casó y se embarazó por eso se casó... tú crees que también es un milagro ¿verdad? [¿está embarazada todavía?] no, ya se alivió, es una niña el que tuvo [¿cuándo?] hace ocho días que nació la bebé (diario de campo, noviembre 2021)

El relato anterior nos permite además aproximarnos al sincretismo que se ha tejido entre la religión prehispánica nahua y el catolicismo (164), ya que en la antigüedad

el embarazo era considerado un regalo de los dioses (159), en tanto que con el dogma mariano se configuró como un mandato divino hecho cuerpo en las mujeres.

Por su parte, con el testimonio de Elizabeth podemos dar cuenta nuevamente que percibir y legitimar un riesgo es un fenómeno anclado a referentes socioculturales. Elizabeth es menor de edad (16 años al momento de la entrevista), y desde su imaginario *ser madre a temprana edad es bonito porque cuando mi hijo este grande descansaré a una edad temprana*, pero desde la perspectiva del personal médico ella cursa un embarazo de alto riesgo que pone en peligro de muerte su vida.

Me junté a los quince años, y era algo complicado [embarazarse] porque íbamos al doctor y todo estaba bien tanto él [su pareja] como yo estábamos bien, pero no sabíamos cuál era el motivo [por el cual no se había logrado un embarazo] Después me embaracé, por mi edad me dijeron que era este riesgoso [ahora que mencionas esto que es de riesgo, ¿qué puede desencadenar un embarazo a tu edad?] pues me dicen que problemas, sí [¿qué problemas] en el parto... conmigo prácticamente más que con el bebé [¿aquí te lo dicen?] sí, en el centro de salud pero hasta eso todo está bien, tanto conmigo como con el bebé (Elizabeth, diciembre 2021)

La gestión del riesgo de COVID 19 de mujeres nahuas embarazadas: “lo tomaban como si no hubiera pandemia”...

Con el arribo de la pandemia la gestión del riesgo se constituyó indispensable para salvaguardar la salud de las mujeres en situación de embarazo, por tanto, el discurso se encaminó a instaurar una serie de acciones preventivas [las mismas que para el resto de la población] en aras de evitar el contagio en este sector poblacional. Tal y como lo manifiesta Romina.

[¿llegó a haber casos positivos de covid 19 en embarazadas, aquí en la comunidad?] No, fíjate que no, hasta eso no, todas estables, se les hizo ver las medidas [¿qué medidas?] pues trataran de no salir a lugares donde hubiera mucha gente, tratar de evitar si sabían que una persona tuviera covid no asistiera a su casa o no vinieran [al centro de salud] verdad por su problemita verdad bueno que estaban embarazada... (Romina, personal de salud)

Ante este relato si bien el plan de respuesta a la pandemia involucró un despliegue de diversas medidas de salud pública la acción protagónica fue el confinamiento voluntario(7). Dicho esto, para el personal de salud toda mujer embarazada que no seguía la prescripción *quédate en casa* mostraba un comportamiento cotidiano que le restaba importancia a la pandemia, ya que esta situación no solo se constituía como un acontecimiento histórico sino también como una situación de *riesgo*.

Lo tomaban como si no hubiera pandemia, pocas tomaban todas sus precauciones ante esta (pandemia), no le tomaban importancia, pocas fueron las que si tenían miedo hasta salir de su casa (personal de salud, julio 2021)

Cabe señalar que el *cuidado* ante el *riesgo* durante el embarazo no es una actividad ligada de forma exclusiva a la perspectiva biomédica, ya que se ha documentado, que para los antiguos nahuas el embarazo era percibido como un estado cercano a la enfermedad que obedecía a una insuficiencia de *tonalli* (entidad anímica que circula por la sangre, y es fuente de vigor, calor, valor y crecimiento)(169). Derivado de esta insuficiencia la mujer se volvía vulnerable al *tlazolmiquiliztli* (168) que se manifestaba durante el parto como escalofrío, fiebre, dolor de cabeza y podría desencadenar la muerte. De ahí que la vulnerabilidad y amenaza percibida [en especial durante el parto] obligara a imponer límites, moderaciones y cuidados. Las mujeres tras saberse embarazadas debían efectuar un autocuidado que consistió en evitar dormir de día, mascar chicle, cargar objetos pesados, comer tierra, enojarse y/o asustarse, las tormentas eléctricas y de los eclipses (101,163,170).

Bajo esa línea, al indagar sobre la confluencia + cuidado + mujeres + COVID 19 encontré que este fenómeno no marca una pauta para que las mujeres efectúen cuidados diferenciados, es decir, que las mujeres embarazadas deban seguir las medidas con mayor cautela que las que no, de esto da cuenta la partera Chayo.

pus gracias a Dios los que están [embarazadas] orita pus está bien, todas está bien... [y quién deba cuidarse más ¿las que están embarazadas o las que no?] yo creo que tiene que cuidarse mucho todos, tanto las embarazadas como los que no...

“El cuidado que no se ve”...

*Siempre **dice las embarazadas que no vayan, no se salen mucho pero como dicen ellas que tiene sus compromisos tienen que ir, bueno pus vete pero tiene que cuidar mucho porque ese la enfermedad no está fácil curar porque si yo siento que estoy bien y me voy a ir a otro lado voy empezar con dolor de cabeza o una enfermedad pus se puede contagiar mi casa ¿o no?** (partera Chayo)*

La partera Chayo al continuar con su relato señala el rol de cuidado familiar y doméstico que desempeñan las mujeres nahuas y que en algunos casos dificultó seguir la recomendación *quédate en casa*. Si bien se ha evidenciado que la pandemia aumentó la carga de cuidados en las mujeres (171) habrá que recordar que previo a la pandemia la vida de las mujeres nahuas giraba en torno al hogar y la crianza de los hijos, ya que la gran mayoría no estaba inserta en el ámbito laboral formal. Finalmente, como nos ha mostrado Chayo, la expresión *lo tomaban como si no hubiera pandemia* es fruto de la invisibilización del trabajo doméstico que realizan las mujeres nahuas [embarazadas o no]. Por su parte, el cuidado que la mujer realiza ante la posibilidad de contagio se subyace no en el riesgo que representa para sí misma sino en el riesgo que representa para las personas a las que cuida, en este caso, hijos e hijas.

A continuación se presenta la caracterización de las mujeres partícipes en el estudio. Se trabajó con un total de 11 mujeres nahuas embarazadas. La edad promedio fue de 29.6 años (mínima de 16 y máxima de 40). Respecto al nivel de escolaridad el 100 % recibió instrucción básica (45.5 % terminó la preparatoria, 27.2 % la telesecundaria, 18.1 % concluyó la primaria y el 9 % completó la secundaria bajo el esquema del Programa Educación para Adultos). En cuanto al estado civil el 100 % de las participantes expresó vivir en unión libre, sin embargo, de estas el 60 % vivenció su embarazo sin la compañía de su pareja, ya que estos se encontraban insertos en el fenómeno migratorio. En lo que refiere a la ocupación el 100 % de las participantes se dedicó al trabajo no remunerado en el hogar, de estas el 40 % generó ingresos económicos a partir del autoempleo.

En el ámbito ginecoobstétrico (ver Cuadro no. 06) el 54.5 % de las mujeres se encontró en el tercer trimestre del embarazo, 36.5 % el segundo y 9 % el primero. Ninguna de las participantes refirió cursar enfermedades previas o asociadas al embarazo que las posicionara en condición de riesgo. Cabe señalar que de acuerdo con el censo de embarazadas del centro de salud (proporcionado por la autoridad sanitaria local) cuatro mujeres habían sido clasificadas con embarazo de alto riesgo, de las cuales solo tres habían sido informadas.

Cuadro 13. Caracterización ginecoobstétrica de las participantes

Pseudónimo	Edad (años)	Semana de gestación (SDG)	Trimestre del embarazo	Núm. de consultas prenatales**	No. total de embarazos	No. de Partos previos
Elizabeth*	16	28	3	2	0	0
Juanita	35	24	2	3	3	2
Anita*	36	32	3	3	4	3
Guille*	37	29	3	2	5	4
Susana*	40	28	3	4	5	4
Ester	21	36	3	3	2	1
Esperanza	22	20	2	2	2	2
Mercedes	26	24	2	2	2	1
María	28	10	1	1	3	2
Rosa	32	33	3	1	2	1
Leticia	33	26	2	1	2	1

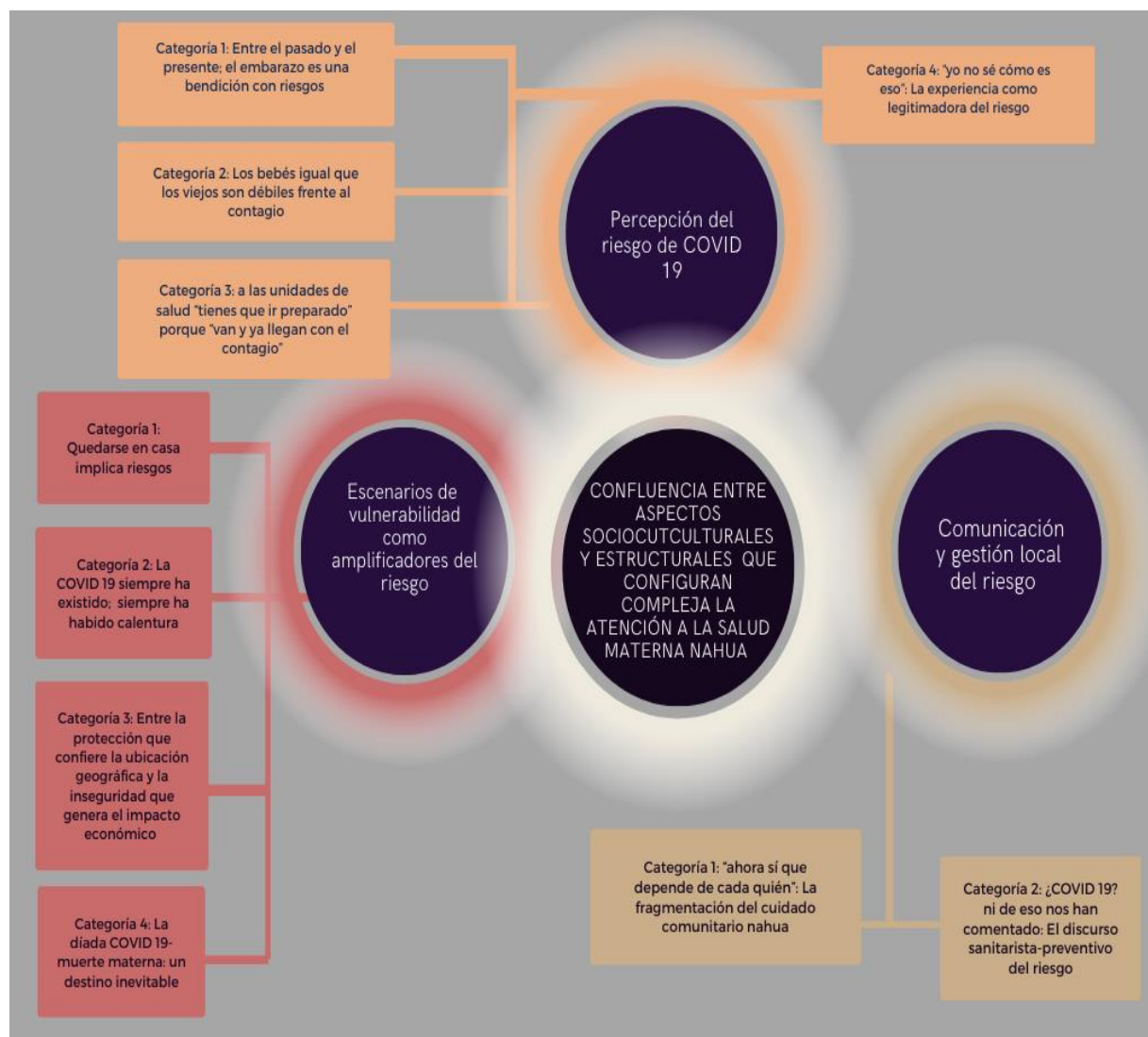
* Embarazo de alto riesgo: De acuerdo con la OMS es aquel en el que la probabilidad de desarrollar enfermedad, complicación y/o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual tanto para la madre como para el feto. (74) La edad materna es un factor biológico que incrementa el riesgo perinatal. La mujer embarazada adolescente (≤ 19 años) tiene mayor riesgo de parto prematuro, y de tener un recién nacido con bajo peso al nacer (BPN), así como un aumento de la mortalidad neonatal. La mujer embarazada en edad avanzada (≥ 35 años), presenta un incremento en riesgo de tener a un recién nacido con BPN, malformaciones congénitas, muerte fetal tardía, neonatal e infantil. Por su parte, la paridad (≥ 3 partos previos) puede desencadenar preeclampsia, hipertensión gestacional, parto pretérmino, anemia, placenta previa, diabetes gestacional y/o desprendimiento prematuro de placenta. (166)

** La atención y seguimiento prenatal se realizó en los servicios de salud públicos locales.

Cuadro 13. Fuente: Elaboración propia, a partir del análisis de las entrevistas

En el sentido anterior fue que se analizó cada una de las transcripciones de entrevista lo que posibilitó la emergencia de categorías para cada uno de los objetivos propuestos. La categoría central fue denominada *confluencia entre aspectos socioculturales y estructurales que configuran compleja la atención a la salud materna nahua*.

Diagrama no. 01 Categorías de análisis



Fuente: elaboración propia a partir del proceso de análisis y síntesis de los datos. <https://acortar.link/qGh6lB>

7.1 Aspectos en los que descansa la percepción del riesgo de COVID 19

Desde la experiencia de 11 mujeres nahuas embarazadas la percepción del riesgo se circunscribió a los imaginarios sociales de corporalidad y maternidad, mientras que para otras no basta que el riesgo que supone cursar la COVID 19 mientras se cursa un embarazo sea comunicado, ya que se prioriza el sentir y la experiencia que confiere padecer la enfermedad. A continuación se profundiza en cada una de las categorías emergentes.

Categoría 1: Entre el pasado y el presente: el embarazo es una bendición con riesgos

Para la biomedicina la llegada de la COVID 19 configuró un escenario inseguro para que toda mujer en edad fértil pudiera transitar por la experiencia de un embarazo, por tanto, advirtió de la importancia de posponer esta etapa, sin embargo, en función de la maternidad es que se contempló una etapa deseable. De este modo, algunas de las participantes refirieron buscar y/o planear un embarazo en conjunto con sus parejas mismo que tras ser confirmado produjo felicidad a la par que fue atribuido a un milagro divino.

[¿Cómo te sentiste cuando te diste cuenta de tu embarazo?] ¡Me puse feliz! pues era una bendición de Dios, mi esposo y yo nos pusimos muy contentos (Juanita)

Este embarazo fue planeado, yo siento que es un milagro, una bendición (María)

Con mi esposo nos hablamos, habíamos planeado de que iba a embarazar y cuando ya no reglé, entonces ya sabía pues que sí iba, [¿qué sentiste cuando te supiste embarazada] pues yo me sentí feliz de que sí [estaba embarazada] [¿por qué te sentiste feliz?] ¡pues voy a tener un hijo! era una bendición (Esperanza)

Lo planeamos juntos y pues quisimos tener otro hijo (Mercedes)

[¿cómo te sentiste cuando te supiste embarazada?] Me puse feliz pues era una bendición de Dios, me puse feliz y mi esposo también (Ester)

siento que es un milagro porque ya me había dicho la doctora que no iba a poder (Leticia)

Pues feliz porque voy a tener otra familia (Susana)

Mi bebé fue planeado, en abril [2021] me di cuenta porque no me bajaba (Rosa)

[¿cómo se dio este embarazo?] quería embarazarme, me dejé de cuidar con las inyectables, platiqué con mi esposo, queríamos tener otro bebé, mi bebé fue planeado, a los cuatro meses me hice la prueba y salió positiva, me puse bien así feliz y el también [su esposo] (Guille)

Se ha documentado que la trayectoria de embarazo inicia cuando en el cuerpo de las mujeres son manifestados síntomas como náusea y vómito. Dichos síntomas conducen a sospechar de un posible embarazo. En este estudio en las mujeres nahuas se despertó esta sospecha tras experimentar dolor, debilidad, fatiga, anorexia y malestar. Si bien para la biomedicina estos síntomas son asociados a la enfermedad en esta etapa son considerados propios del embarazo.

Antes [del embarazo] no sentía nada y ahora ya siento que sí, ya no me siento bien, siento que me falta fuerzas, sentí que no tenía fuerza mis rodillas, no podía caminar, como me cansaba y ya después este pues ya fui consulta particular ahí me hicieron estudios y resultó que estaba embarazada (Susana)

Pues me siento más cansada, si hago esfuerzo me viene el dolor (Juanita)

[¿Cómo te diste cuenta de tu embarazo?] Tenía malestares, diarrea, no quería comer, vómito (Esperanza)

El sentir y la experiencia en torno a los malestares permitió a algunas participantes dar cuenta que durante el embarazo es indispensable intensificar el autocuidado, ya que este evento les supone una mayor vulnerabilidad física, por tanto, toda que se sabe embarazada debe generar adecuaciones en su alimentación, sueño y descanso.

¿Qué me dijeron [el personal de salud] por el embarazo? Ah pues que tengo que cuidarme más, comer bien, que tome mucha agua, y me dijo que... me dio unas pastillas de ese ácido fólico y del ferroso... (Susana)

Pues que me cuide, que no haga cosas pesadas (Juanita)

Tengo que cuidarme más, alimentarme más bien, comer fruta, verdura, no tomar medicamento que me hace daño tomar (María)

Que me tenía que cuidar más por todo lo que está aquí, llueve está peligroso te puedes caer, hay que tener mucho cuidado, dejé de acarrear agua de allá abajo, cargar pesado (Rosa)

En esa misma línea y a raíz de la interacción con el personal de salud es que Mercedes expresó una sinergia entre los cuidados antes mencionados y el biomédico. Este último priorizó la ingesta de medicamentos a fin de prevenir enfermedades congénitas en el bebé.

Me dijo que todo está bien, que no tengo nada, que no más que me cuide y que tenga los cuidados que debo de tener... que no haga cosas pesadas, que no haga tanto movimiento, que coma bien, que trate de descansar para que el bebé este sano... (Mercedes)

Es justo en esa interacción que las mujeres tienen con el personal de salud en donde el riesgo es comunicado, ya que la atención prenatal que brinda el personal médico y de enfermería se subyace en un enfoque que antepone la identificación de aspectos biológicos con el potencial de generar daño, complicación y/o muerte durante esta etapa. Así, este término emergió en los relatos de algunas participantes, tal y como se muestra a continuación:

[¿qué te dijeron en el centro de salud?] Que tenía [silencio]... todavía [entra su hermana menor]... [silencio]... que tener más cuidado por mi edad, era menor de edad [16 años] [¿y que te dijeron?] me dijeron que me cuidara que el embarazo era riesgoso (Elizabeth)

[¿Qué te dijo la enfermera y/o el médico de tu embarazo?] mi embarazo está muy delicado porque ya estoy grande como dice el doctor es arriesgoso (Susana)

Me dijo el doctor que ya estaba grande para tener otro hijo, dice que me opere, mi partera me dice que le piense porque ya son cinco [hijos] (Guille)

Por su parte, si bien el embarazo de Mercedes no fue clasificado de alto riesgo [de acuerdo con el registro de mujeres embarazadas] ella refirió cursar *un embarazo de riesgo* dada la experiencia previa de amenaza de aborto.

Mi embarazo es de riesgo, es que en mi segundo embarazo iba a tener un aborto [¿te lo dijo el médico o la enfermera?] no, yo solita, es que mi primer embarazo fue de alto riesgo [¿por qué fue de riesgo?] porque iba a tener un aborto [¿perdiste a tu bebé?] no, no, no pasó nada (Juanita)

En otras, tras ser comunicado el riesgo es que refirieron cursar un embarazo de *riesgo*. Si bien se verbalizó tanto la edad como la paridad [> 3 embarazos /partos] como factores de riesgo no se articuló explicación alguna sobre lo que significa esta clasificación. Por otra parte, la recomendación que hace el personal de salud en torno al *riesgo* se enmarca en un *mayor cuidado* lo que se traduce en una ambigüedad. Tal y como lo manifiesta Guille, ya que como refiere *siempre me he cuidado*.

[¿y por qué es de riesgo?] Pues no sé... (Rosa)

[¿por qué te dijeron que tu embarazo es de riesgo?] Por la eda, [¿y por qué la edad?] no sé, pienso que es peligroso... dice que necesito mucho cuidado pero pues yo pienso que va a ser normal (Susana)

[¿por qué tu embarazo es de riesgo?] el doctor dijo que porque ya son cinco, ya son hartos [¿cómo puede afectar eso?] no sé cómo... [¿y que te dijo?] que me cuide pero yo siempre me he cuidado (Guille)

El enfoque antes señalado permea toda la etapa de embarazo, parto y puerperio [cuarentena], sin embargo, para algunas participantes este *riesgo* se circunscribió únicamente al trabajo de parto.

[¿ y dónde estaría el riesgo?] pues podría ser riesgoso en el parto, puede desencadenar problemas en el parto [¿cómo cuáles?] no sé (Elizabeth)

[¿y cuando se presenta ese riesgo?] pues cuando el parto ¿no? (Rosa)

Así, dada la verbalización entre la asociación *riesgo* y *embarazo* es que se cuestionó a las participantes sobre el vínculo *riesgo* + *embarazo* + *COVID 19*, como resultado, en algunos relatos no se expresó asociación alguna entre estos tres elementos.

(y ahorita que estas embarazada ¿pensaste en la COVID?)

No, no, de hecho ni se me pasó por la cabeza, si tenía dudas y miedo pero por lo que ya he pasado antes [pérdida neonatal y violencia obstétrica] (Leticia)

No, no [¿te ha generado preocupación porque estas embarazada?] no, no siento nada (Esperanza)

No, no pasa nada (María)

Contrario a lo anterior, en otros testimonios se expresó el embarazo como una condición que aumenta la posibilidad de contagio.

Sí, es un riesgo de que me pueda contagiar de eso [COVID 19], es un riesgo y luego pues embarazada, es un riesgo estando embarazada (Ester)

Sí, porque las embarazadas tenemos más posibilidades de contraer el virus (Juanita)

Sí, pues es peligroso para uno de embarazada porque se puede infectar (Susana)

De esa manera, percibir esta posibilidad de contagio llevó a Susana a elaborar sincretismo entre su fe cristiana y el discurso del riesgo, de este modo, elaboró un juicio que le posibilitó inmunizarse con la vacuna COVID 19.

La vacuna me dolió mucho pero se me quitó, yo misma pensé... silencio.... mejor me voy a poner la vacuna, el gobierno dice que se protejan, no va a pasarme nada primeramente Dios (Susana)

Categoría 2: Los bebés igual que los viejos son débiles frente al contagio

Desde los relatos de las participantes es que se ha identificado que las mujeres han ubicado en una situación de alto riesgo a adultos mayores y niños. Este imaginario guarda relación con el plan de respuesta dado a la pandemia, ya que este ha dirigido sus estrategias a salvaguardar la integridad tanto de adultos mayores como de niños, a quienes ha catalogado como los grupos poblacionales con la mayor posibilidad de contraer COVID 19, generar complicaciones y muerte dada la baja capacidad inmunológica con la que cuenta el organismo en estas etapas del ciclo de vida.

yo creo que los niños pues están más indefensos en eso y los adultos mayores pues igual están más indefensos (Rosa)

los niños pues no tienen tantas defensas, las personas grandes pues ya son como los niños son más débiles y es más fácil que agarren esa enfermedad (Leticia)

los abuelitos, bueno es que unos dicen que cuando les pega esa enfermedad uno no aguanta, y más los niños como están chiquitos todavía, pus no, no aguantan (Mercedes)

Porque ellos [adultos mayores] son más débiles y es más fácil que agarren esa enfermedad, igual que los niños, los niños pues no tienen tantas defensas y los abuelitos pues ya son como los niños (María)

De los niños están chiquitos y pues si le llega a tocar no lo van aguantar igual como en los adultos (Ester)

Yo creo que a los ancianos, los niños yo creo que no tanto (Anita)

De esta comunicación que prioriza a ciertos grupos poblacionales y de la percepción de tener un cuerpo gestante con capacidad inmunológica para afrontar el contagio deriva que en los testimonios de algunas mujeres se perciba en situación de mayor riesgo al bebé *in útero*, ya que su capacidad inmunológica es menor que la de los niños ya nacidos.

[¿adultos mayores?] pues ya no tienen fuerzas, el bebé no sé pues creo que pues él no aguanta, él está chiquito (Guille)

yo sentía que le iba afectar mucho más esa enfermedad [COVID 19] al bebé que a mí porque estaba muy este... estaba más chico todavía, todavía no se había desarrollado bien (Elizabeth)

Esta percepción ha sido construida a partir de las exigencias e interacciones sociales que las mujeres embarazadas han tenido con la familia y con el personal de salud, ya que el *cuidado* que se solicita emprender durante el embarazo ha sido enfocado en mantener la integridad del bebé *no nato*.

[¿por qué te dijeron que tienes que cuidarte más?] por el bebé que estamos esperando, [¿cómo?] bueno para que la enfermedad no llegue a nosotros por el bebé o que no sé, que le pase algo a mi bebé, no sé (Mercedes)

Aquí en el centro de salud me dijeron que si me podía yo vacunar o que en cuanto llegara la vacuna que me la pusiera [¿por qué te dijeron que te vacunaras?] por el bebé (Elizabeth)

Porque según es peligroso para uno que está embarazada porque si vas a tener esa enfermedad pues el bebé también, creo que el bebé o yo, no sé, pues sino no va a poder tener hijo (Guille)

Bueno por mi bebé, y digo yo lo voy a perder (Anita)

Bueno es que unos dicen [familiares y vecinos] que debemos cuidarnos más para que la enfermedad no llegue a nosotros por el bebé que estamos esperando, puede ser daño (Rosa)

A raíz de estos testimonios es que se buscó recuperar cómo las mujeres perciben su cuerpo mientras cursan el embarazo, como resultado, algunas dieron cuenta de que en esta etapa ocurre una alteración en el sistema inmune, ya que el ser que se lleva en el vientre absorbe los nutrientes del cuerpo materno. Otras percibieron su cuerpo gestante *per se* sensible e indefenso y para una más percibir su cuerpo en riesgo solo estuvo en función de la presencia de alguna enfermedad.

depende yo creo cómo traen sus defensas [las mujeres embarazadas] porque cuando tienes un bebé te quita muchos... calcio, todo lo absorbe el bebé tu cuerpo queda más sensible a enfermarse (Anita).

nosotras [mujeres embarazadas] podemos atraer más enfermedades, ya no tiene las defensas que tenía (Rosa)

[¿y las mujeres embarazadas?] porque son más sensibles, la enfermedad es más fuerte (Esperanza)

creo que es porque somos más sensibles me imagino (Leticia)

Yo siento que es más riesgoso cuando el cuerpo no está muy bien (Elizabeth)

Por su parte, para Elizabeth el reconocimiento de vulnerabilidad biológica ante la COVID 19 solo fue posible tras interrogar su pasado, ya que esto supuso recordar los cuadros clínicos de enfermedades [en especial las respiratorias] padecidas con anterioridad, en tanto que María solo se reconoció vulnerable tras padecer alguna enfermedad que genere debilidad.

Fue preocupante enfermarme [de COVID 19] durante el embarazo porque iba a ser más complicado, tuve miedo es que a mí me detectaron sinusitis, sentí que si me daba me iba a afectar más, me iba a dar más fuerte por la infección que ya traía (Elizabeth)

si eres débil por enfermedad pus si te va a agarrar fuerte (María)

De todas las participantes, Guille fue la única mujer que padeció COVID 19 durante su embarazo [en el primer trimestre], sin embargo, ella percibió su enfermedad como un reflejo de la presencia de la enfermedad en el bebé *no nato*. De este modo, la conexión útero-placenta haría de la corporalidad de la mujer embarazada una extensión de la corporalidad del *no nato*.

Las mujeres embarazadas se enferman porque los bebés están chiquitos, se enferman y no dicen nada, donde les duele, cómo sienten (Guille)

En virtud de este imaginario de vulnerabilidad biológica es que el *alto riesgo* queda circunscrito a la presencia del bebé in útero y se asimila por la comunicación y gestión del riesgo instrumentada en el municipio, ya que a estas mujeres se les exigió el uso del cubrebocas en los locales, mercados e instituciones.

En las tiendas, en el banco me dijeron que no tenía que entrar sin cubrebocas y que antes de entrar me echara gel antibacterial (Ester)

si no llevas el cubrebocas si te exigen que lleves el cubrebocas [¿por qué te lo exigen?] por el estado en el que estás tienes que cuidarte más, [¿quién te lo dijo?] he escuchado que es grave, grave y delicado y pues hay que cuidarnos más (Leticia)

pues ahorita pues nos dicen que es obligatorio que nos tenemos que poner cubrebocas (Esperanza)

Categoría 3: “yo no sé cómo es eso”: La experiencia como legitimadora del riesgo

El *riesgo* es una categoría que alude a la posibilidad de un daño y/o pérdida futura. Así, con el relato de Leticia podemos dar cuenta que no basta con que este sea comunicado ya que este es un elemento que se ubica fuera del plano físico, material o tangible. Leticia refiere haber sido informada de las complicaciones que produce la COVID 19 durante el embarazo, sin embargo, el no haber padecido la enfermedad

la colocó en una posición de desconocimiento, e incapacidad para poder hablar de cómo se manifiesta en el cuerpo.

De este año que pasó empecé a escuchar que si es malo, es medio grave porque hay unas personas que ya no aguantan y ahora sí que Dios los recoge [se mueren], pero en mi estado no me ha pasado, yo como no me ha dado yo no sé cómo es eso, no tengo experiencia (Leticia)

El testimonio de Leticia nos permite reconocer que el sentir y la experiencia de cursar COVID 19 solo se asimila tras padecer la enfermedad. Es esta misma línea, Guille nos comparte que tras padecer fiebre, disnea, anosmia y debilidad generalizada logró identificar que se trataba de la COVID 19. Este autodiagnóstico lo realizó dada la información que recuperó de los medios de comunicación, de este modo, para ella vivenciar la enfermedad fue lo que permitió que la enfermedad emergente cobrara sentido.

Cabe señalar, que durante este proceso ella mantuvo contacto personal con sus padres, hijo, y su sobrina embarazada, sin embargo, en ellos no se manifestó la sintomatología lo que le llevó a dudar del carácter infectocontagioso de la COVID 19. Aunado a esto, este caso positivo de COVID 19 durante el embarazo permaneció oculto para las estadísticas del centro de salud local, ya que en su relato refiere que el personal de salud no se percató que cursó la enfermedad.

[¿cómo sabes que fue COVID 19?] pues por los síntomas ya descartaba eso, porque se me fue el aire, fiebre, se me fue todo, el sabor, el olor, me sentí muy mal, me pegó muy fuerte... empecé como a faltarme el aire, no era tos, no era gripe, me sentí muy mal, fui empeorando, no podía ni caminar, no podía dar ni tres pasos, estar acostada ni al lado tampoco porque sentía que me ahogaba [¿llegaste a pensar que el coronavirus fue un invento?] Le digo, antes no le creía ahora sí, uno no cree hasta cuando ya ve, lo vive. Cuando ya me pasó entonces sí ya creí, ya vi cómo se ponen, pus igual yo me puse [¿te aislaste?] yo en ningún momento me aislé, estaba en un cuarto pero no aislada, aislada [¿con quién tuviste contacto?] yo tuve más contacto con mi mamá, con mi niño, venía aquí mi sobrina [también estaba embarazada] me traía comida, hasta yo le decía que se quitara pero no y fíjese que no les contagié porque no se enfermaron... es lo que dice mi mamá a lo mejor no es contagioso. [¿te hiciste prueba?] no, aquí no hay prueba, la doctora ni cuenta se dio solo me recetó paracetamol (Anita)

Con el testimonio de Guille se ha dado cuenta que la experiencia personal es relevante para legitimar la existencia de la COVID 19. Con el testimonio de Elizabeth se da cuenta que el padecimiento de los familiares también influye en su aceptabilidad, no obstante, dado que no se experimenta en la propia corporalidad se hace necesario de una evidencia objetiva para legitimar la presencia de la enfermedad.

[¿dudaste de la COVID?] al principio no creía, decía como algo tan leve una gripe, una tos ya se convirtió en algo tan fuerte pero ya después sí, porque el padrino de mi hermanita y el suegro también estuvieron internados en el hospital mucho tiempo, les hicieron la prueba y salieron positivos, se murieron de eso (COVID 19) uno falleció un día y al otro día el otro (Elizabeth)

Por último, resta señalar que dentro de la comunidad ante la presencia de personas con posible COVID 19 se emitieron actos discriminatorios y/o de exclusión, ya que su presencia colocó en una posición de vulnerabilidad a los habitantes. Tal y como lo describe Guille y Juanita.

a una amiga mía le había dicho [que estuvo enferma de COVID 19]... pero que ya se me estaba pasando y lo contó porque una mamá dijo que no regresara mi niño a la escuela porque si el regresaba iba a contagiar a todos, como que si discriminaron (Anita)

Llegó un muchacho enfermo [¿de dónde] pues del otro lado [EU] decían que ya traía esa enfermedad, y no dejaban que nadie se le acercara (Juanita)

Categoría 4: a las unidades de salud “tienes que ir preparado” porque “van y ya llegan con el contagio”

Tras la gestión intensiva del riesgo instrumentado en la cabecera municipal es que algunas participantes manifestaron sentirse asustadas. Este sentimiento aunado a la comunicación del riesgo contribuyó a configurar en su imaginario sitios de mayor y menor riesgo. De este modo, y tras apoyarse en la retórica del perfil epidemiológico local es que la cabecera municipal se asumió como de mayor contagio, en tanto que su entorno inmediato se percibió seguro.

Pues una se asusta pues al ver todo el mundo en Tamazunchale con el cubrebocas con miedo, cuando estuve feo yo no fui (Anita)

Allá en Tamazunchale allá es donde pues hay más gente, allá hay más contagios (Rosa)

nosotros no nos afecta [¿por qué no les afecta?] no hay tanta gente como en la ciudad, los que están en la ciudad ya no tienen ni donde salir, aquí pus estamos retirados, no hay tanta gente dondequiera (María)

En Tamazunchale dicen que si hay casos de eso, yo no he escuchado hasta ahorita aquí (Rosa)

Con la comunicación del riesgo toda unidad hospitalaria pública se percibió como sitio de mayor riesgo de contagio. En ese sentido, en los siguientes relatos se describe como la principal unidad de atención materna se configuró como un espacio de riesgo y de muerte. Esta configuración fue posible tras reunir la información recuperada de medios de información digitales y de la experiencia de familiares, amigos y/o vecinos.

[¿has pensado ir a Zacatipán?] no, me da miedo llegar donde hay mucha gente, por miedo a infectarse porque posiblemente pues ahí uno puede contra... tiene más riesgo de contraer la esa enfermedad, puede ser COVID que ahorita está más (Juanita)

Tienes que ir [a Tamazunchale] preparado, ahora si con el miedo (ríe), miedo de contagiarte o encontrar por ahí alguna enfermedad, hay muchas cosas ahí [¿qué cosas?] muchos que lleva gripe, tos, todos amontonados y no me da confianza, de hecho voy para allá pero con el Jesús en la boca [rezando] no vaya a saber uno que vaya a traer por allá, hay mucha gente, hay muchas personas, que como le digo unos no se cuidan. [¿vas a Zacatipán?] no, es que he visto y me he enterado que muchas señoras se han contagiado por lo mismo que todas se juntan y es como salen mal [en el parto] según ahorita hay mucha gente y también porque hay otras enfermedades (Leticia)

aquí en Zacatipán están muchos dice que tienen COVID (Rosa)

dicen que se infectan porque los llevan a Zacatipán y de ahí ya traen esa enfermedad, van con una enfermedad y ya llegan con el contagio de la enfermedad esa, llegan aquí y ya no aguantan (Esperanza)

Escuché que los entubaban y que ya no sobrevivían entonces no me quise ir al doctor, con el miedo de que me iban a entubar o no sé (Anita)

Fue esta percepción la que orilló a Leticia a optar por la búsqueda de atención médica privatizada, además, en su narrativa ella clasificó de acuerdo con las condiciones de higiene observadas en las unidades de salud públicas como espacios limpios – sucios.

*yo prefiero en el particular lo siento más limpio no está tan feo como allá [hospital público]
(Leticia)*

Con el advenimiento de la *reconversión hospitalaria local* la atención médica privada se erigió como la mejor opción para evitar un contagio, ya que este sector no sufrió de la escases de insumos, infraestructura o de personal como ocurrió en las unidades públicas. Dicho esto, los testimonios de las participantes dan cuenta no solo de las malas condiciones de mala higiene por las que atravesó la unidad, sino también del gasto de bolsillo generado a partir de la compra de insumos, así como de la falta de atención médica dada la escasez de personal médico.

Hay mucha gente ahí y pues ya no los atienden, ahorita tenemos que comprar todo nosotros las medicinas, la bata, los guantes, este los inyecciones, todo, el suero según que todo se compra que no hay material (Esperanza)

Yo fui al hospital y estaba en muy malas condiciones, pésimo el servicio... es que había recorte de personal, la limpieza estaba en muy malas condiciones, estaba sucia (Anita)

Pues la verdad pues no es lo mismo no hay más médicos, ni hay nada ahorita lo único que tenemos es un médico dos pero pues el otro es pasante se va, y queda no más uno (Rosa)

Pues que hay mucha gente en los hospitales, ya están saturados... mucha gente que le falta el oxígeno, que no pueden respirar (Juanita)

7. 2 Escenarios de vulnerabilidad como amplificadores del riesgo

Emprender la gestión del riesgo no solo resulta de las formas de percibir este evento sino que deriva, en gran parte, de las condiciones socioestructurales ancladas en un contexto específico. A lo largo de las siguientes narrativas es que se tornan visibles tres escenarios de vulnerabilidad mismos que se configuraron como

obstáculos para el seguimiento de las medidas preventivas instauradas por el estado.

Categoría 1: Quedarse en casa implica riesgos

Al ser la COVID 19 una enfermedad transmisible la forma de contenerla se sostuvo en evitar la interacción entre el virus SARS CoV 2, la persona, y el medio ambiente. Dicho esto, la acción prioritaria para frenar la cadena de transmisión versó en el distanciamiento social, acción que supuso un cambio drástico en la vida cotidiana. En los entornos rurales esta estrategia de salud pública no generó un cambio sustantivo en la vida cotidiana, en particular, de las mujeres nahua. Tal y como lo verbalizaron las siguientes participantes.

[¿consideras que la pandemia ha generado cambios en tu vida?]

No pues nada (ríe) pues casi no salgo, no salimos estamos aquí nada más, nos estamos adentro, vas a ir a comprar te vas a la tienda y te regresas (María)

No, ¿Ya se dio cuenta del tamaño de la casa, la limpieza que hay que hacer y todo eso? yo ya estoy acostumbrada a estar nomas aquí, para mí es algo normal quedarme aquí no soy de las personas que les guste andar en la calle (Elizabeth)

Pues hubo muchos [palabra incomprensible] se cuidaran, que no salieran, nosotros ya nos acostumbramos, no nos acostumbramos a salir mucho así fueras (Guille)

No, lejos no voy, nada más aquí, aquí (Leticia)

De este modo, la acción *quédate en casa* solo refrendó en las mujeres el espacio doméstico como único y principal escenario al cual se debe circunscribir su vida. Como lo señala Leticia.

Es lo que nos han dicho sino tenemos nada que hacer mejor en casa (Leticia)

Para esta estrategia el hogar se concibió como un espacio seguro libre de riesgos, sin embargo, no contemplo que dentro de este espacio existe una distribución de

tareas que ponen en un sitio de mayor vulnerabilidad a las mujeres, dado que su vida gira en torno al rol de cuidados y ama de casa.

Ya no es como antes [estar soltera] tengo que cuidar a mis niños, los quehaceres de la casa, yo me preocupo por el quehacer, la comida... todo yo (Mercedes)

Pues ahorita estoy sola [¿trabajas?] no, ahora sí que nada más cosas pequeñas en el hogar (Leticia)

Pero como una está sola pus no se puede [cuidarse]... tengo que atender a los niños (Juanita)

En ese sentido, poco se ha discutido sobre cómo el riesgo para las mujeres se circunscribe tanto al ámbito público como dentro del espacio doméstico, ya que en este último espacio son las mujeres las responsables de cuidar de otras personas independientemente de su condición, edad, estado de salud y/o etapa de la vida.

Pues la verdad cuando a uno le duele la cabeza o empieza con gripa, le dicen que no se acerquen pero la verdad yo no creo eso, pues es mi familia la tengo que cuidar ¿dónde lo voy a dejar? más si es mi hijo, mi esposo, lo tengo que cuidar es la familia, es lo más importante que uno tiene (María)

pues se piensa de la familia, pus sí, pus ellos [los hijos] van pa rriba apenas y luego uno que no se cuida da miedo de contagiarlos ellos también (Susana)

Bajo esta línea, Anita quien padeció COVID 19 con su relato muestra lo complejo, complicado y difícil que fue cursar la COVID 19, toda vez que su marido está inserto en el fenómeno migratorio, por tanto, es la única persona que provee los cuidados a su hijo.

[cuando le dijiste a tú esposo que tenías COVID 19 ¿qué te dijo?] pues me dijo que me fuera a un hospital porque a él no le daban permiso de venirse [y aquí ¿con quién estás?] aquí estoy sola nada más con mi niño, pues le digo que estaba yo aquí acostada sola y mi niño sin que nadie le diera de comer pues me sentí mal porque pues veía ahí mi niño llorando a un lado mío (Guille)

Ante la narrativa de Guille es importante destacar que debido a que la mayoría de los esposos de las mujeres entrevistadas trabaja fuera de la comunidad muchas de ellas viven únicamente con sus hijos pequeños, de este modo, cada 15 días deben trasladarse al entorno urbano para cobrar el dinero que les es enviado. Con la

gestión del riesgo en el municipio esta acción se vio limitada, ya que se les prohibió la entrada tanto a ellas como a sus hijos.

Mi esposo se ha ido a trabajar a Monterrey, manda dinero cada quince días, voy hasta Tamazunchale lo recojo [el dinero que envía] en Banorte a veces. En las tiendas Coppel, en los bancos igual no dejaban entrar a niños ahí como que es muy estricto, [¿y cómo le hiciste con tu niño?] pues a ver con quien lo dejas afuera y que regreses y no esté (Anita)

mi esposo no estaba, entonces tenía que ir a Tamazunchale porque me mandaba dinero y tenía que ir a recogerlo entonces ya no dejaban niños que vayan (Esperanza)

No dejaron entrar mi niño.... [¿qué sentiste?] tristeza, coraje no, tristeza [¿por qué?] pues vas lejos y necesitas comprar cosas pues te regresas, ahorita por ejemplo dicen no puedes llevar niños, mejor que se queden si vas se va uno sola ¿pero con quién lo deja? (Rosa)

Ante las vivencias antes expuestas es menester señalar que dentro de la comunidad existe una heterogeneidad de experiencias y recursos, por ejemplo, Ester contó con una red de apoyo familiar que en ocasiones le permitió dejar a su hija al cuidado de su suegra.

No entraban niños ni en las urban porque allá tampoco les permitían entrar y como mi suegra me ayuda con mi hija, me lo cuida pues yo me iba sola. A veces me mandaba dinero mi esposo pero yo no salía, iba mi suegro o mi papá a traerme el dinero (Ester)

Categoría 2: La COVID 19 siempre ha existido; siempre ha habido calentura

La evidencia clínica caracterizó el cuadro clínico de la COVID 19. Dicho cuadro consistió en fiebre, cefalea, tos, fatiga, mialgias, en casos graves, disnea y cianosis. En ese sentido, la característica que emergió al preguntar a las participantes sobre la COVID 19 fue la fiebre misma que se verbalizó como *calentura*.

Pues si me da temperatura muy alto, si te falta el aire, todo eso (Juanita)

El COVID primero vas a tener calentura, por la calentura, dolor de cabeza, dolor de huesos (Mercedes)

COVID... calentura, tos (Esperanza)

Ante esta homogenización biomédica de las características de la enfermedad cabe señalar que el padecimiento de la enfermedad no se basa en un conocimiento experto, sino que descansa en la subjetividad de las personas, es decir, en las sensaciones y emociones que son expresadas corporalmente mientras se padece la enfermedad, de esta manera, en los relatos de Anita y Elizabeth no solo se recupera que este signo es experimentado por cada persona de manera diferente, fluctúa a lo largo del tiempo sino que da cuenta que en la comunidad han experimentado una variedad de cuadros febriles.

me dio diferente a las otras [calenturas], si me da o si es una calentura normal pues siento la diferencia (Anita)

La calentura va cambiando, las personas que ya les dio [COVID 19] siento que ya no es igual a la que daba antes. A los niños no los deja igual pierden mucha fuerza, como que les quita mucha fuerza, mucha energía, los desgasta, no se pueden ni levantar (Elizabeth)

María cuestionó la similitud de la fiebre y cefalea que produce la COVID 19 con aquellas enfermedades febriles experimentadas desde la infancia, en consecuencia, para ella el coronavirus no se configuró una enfermedad emergente. Por su parte, Elizabeth relató que muchos habitantes de la comunidad no creen en la COVID 19, ya que en esta población la *calentura* y muerte es algo cotidiano.

yo creo que siempre ha existido [COVID 19] porque ¿a quién no le duele la cabeza?, ¿quién no tiene calentura, gripa, tos? siempre, siempre ha existido, desde que yo recuerdo siempre ha estado así. Cuando era niña la calentura así me agarraba... yo creo que siempre ha estado ¡que hay COVID 19! que pega calentura, que pega gripe decían... le digo pues ya existía esa enfermedad, siempre ha habido enfermedad yo no creo en eso yo veo que todos los síntomas desde antes ya había (María)

... pus muchas no creen en la enfermedad, dicen que no existe que porque ha habido siempre enfermedades, calenturas, siempre ha habido siempre muertes (Esperanza)

Categoría 3: Entre la protección que confiere la ubicación geográfica y la inseguridad que genera el impacto económico

A raíz de que la COVID 19 fue detectada en una zona geográfica ajena y distante a la comunidad de estudio para algunas participantes se consideró imposible la llegada de la enfermedad tanto al municipio como a la comunidad, ya que esta población no realiza viajes internacionales.

cuando empezó se escuchaba muy lejos como que aquí nunca iba a llegar (Juanita)

lo escuchaba en la tele, se escuchaba en China pensamos que no iba a llegar aquí porque estaba lejos (Rosa)

dijeron que anda una enfermedad en China nunca pensamos que iba llegar hasta acá porque andaba muy lejos (Mercedes)

En otras dada la comunicación del riesgo es que se reconoció que algunas personas mantienen una movilidad constante lo que da pauta a una mayor posibilidad de contagio, incluso en el municipio.

La gente viaja por todas parte ahorita y viene mucho por acá [Tamazunchale] (Rosa)

Que porque una persona salió y se fue a otro país de ahí fue a contagiarlos que porque tenía esa enfermedad y los fue contangie, después de ahí ya se contagiaron y después de ahí otra vez, como salen, van, viajan, entonces ya se contagiaron (Esperanza)

Con el anuncio del primer caso positivo en la cabecera municipal y los subsecuentes en los relatos de Susana y Juanita se marcó un antes y un después de la COVID 19, sin embargo, esta llegada no representó una situación de riesgo, ya que la

comunidad dada su lejanía de la zona declara de alto riesgo, su baja densidad de población, menor grado de urbanización, y difícil acceso se describió segura.

Antes pensaba que la enfermedad estaba muy lejos pero no... Llegó (Susana)

Casi no se escuchaba ahorita sí se escucha que llegó por tanta gente que se está enfermando (Juanita) .

Aquí nos sentimos libres por las distancias, no estamos cerca ellos [los vecinos]están hasta allá, más retirado, no hay mucha gente de fuera ni de otros lugares nada más nosotros estamos (María)

Aquí no llega mucha gente de fuera y el aire que está aquí ayuda más, aquí todavía hay mucha flora, muchos árboles, entonces el aire se lleva todo y estando en Tamazunchale no porque son aires que topan (Elizabeth)

Fue esta noción de seguridad frente al contagio que no solo llevó a cuestionar a Esperanza y a Elizabeth del porqué establecer el cese de las actividades educativas, sino también justificar el motivo por el cual dentro de la comunidad no se portaba el cubrebocas, ya que a diferencia del entorno urbano, en la comunidad no se habían presentado casos de COVID 19.

Yo les decía a las maestras que porque se tenía que cerrar las escuelas pues si aquí no había enfermedad (Esperanza)

[¿hay casos de coronavirus?] no, hasta ahorita no, como le digo aquí no, no ha pasado eso de que escuchemos que algún vecino que este enfermo de eso, sí están enfermos pero de diabetes... más que de esa enfermedad del coronavirus por eso aquí casi no usan [cubrebocas] nada más si vas al centro de salud, te piden en las escuelas (Rosa)

Si bien la percepción de un entorno seguro propició que no se siguiera la recomendación del cubrebocas, la situación económica familiar también influyó en el seguimiento de estas recomendaciones. Previo a la pandemia el trabajo giraba en torno a la agricultura, este era escaso en la localidad, y la retribución económica muy baja.

Mi esposo trabaja en el campo, siembra maíz, café en temporada para consumo personal, trabaja de toda la semana, de lunes a viernes, a veces los sábados de ocho a cuatro cinco de la tarde (Juanita)

Mi esposo nada más trabaja de albañil, nada más el pero no es tan seguro porque cuando el arquitecto no tiene trabajo tampoco el (Anita)

Mi esposo trabaja, yo no trabajo, ahorita tenemos un pedacito para sembrar y ya nos ayudamos (Susana)

Esta precariedad económica se intensificó tras el plan de respuesta a la pandemia. A nivel comunidad esto se reflejó en el cierre de los centros escolares y en el cese de eventos de concentración masiva en los cuales algunas familias se dedicaban a la venta de alimentos y/o bebidas.

Afectó la economía y todo, pus orita pus ya muchos se quedaron sin trabajo y pus no quieren a tanta gente trabajando eso sí afectó bastante, que ya no va haber clases por eso va a cerrar, se cerró un tiempo, muchos no están de acuerdo porque pues si tienen un negocio pues de ahí están comiendo lo que generan ahí es lo que lo que ellos están comiendo entonces muchos no están de acuerdo... (María)

Por otro lado, con la obligatoriedad del uso de cubrebocas llevó a las participantes a realizar cambios en la administración del recurso familiar económico.

pus cuando uno no tiene de donde sacar o no gana más de 200 pus si es pesado, los cubrebocas se elevaron bastante están caro antes los daban más baratos y ahorita ya están más caros \$25-30 los más económicos antes estaban a \$8-10 pesos, hasta \$15. El alcohol está bien caro, siempre debemos de tener alcohol para alguna emergencia con esto pues se elevó bastante [¿y ¿gel?] no, no tengo gel antibacterial si no nos alcanza para comprar alcohol como vamos a comprar gel antibacterial (María)

porque pues comprar más cubrebocas, el gel, el sanitizante, las toallitas, todo eso a veces ya no alcanza para otra cosa (Anita)

[¿y cubrebocas?] pues sí es más gasto... a veces no alcanzamos (Susana)

Le tienes que pagar todo lo de la escuela, aparte en la escuela les pidieron los niños, spray y pues así lo compramos también es mucho dinero... a veces no te alcanza para las chancas de los niños, pantalones (Guille)

En su momento sí fue caro pero teníamos que comprar [cubrebocas] (Ester)

Ante este impacto económico derivado de la compra de insumos de protección se suma el impacto económico que en las familias nahuas produce el embarazo. De este modo, Susana dada la situación de pandemia optó por iniciar su atención

prenatal en un consultorio privado, sin embargo, dada la falta de recursos económicos para solventar las consultas subsecuentes que implica un servicio médico de este tipo es que dejó de asistir.

Fui a particular con todo y medicina gasté \$400.00 por eso mi esposo ya no me dejó ir porque quiere dinero (Susana)

Mientras que Leticia cada que debe trasladarse a la zona urbana efectúa un gasto para cuidarse del riesgo de contagio que supone trasladarse en vehículos públicos.

Yo no llevo urban porque pues ahí lo veo por mi estado [embarazada] mejor prefiero irme en particular, prefiero mejor buscar un transporte [cada 15 días] para ir solita y cuidarme mejor (¿cobran?) sí, de 350 a 450 de ir y luego traerme igual, aquí el dinero es lo importante, el dinero, sí... mi esposo tuvo que salir tuvo que salir pus para cubrir todos los gastos que tengo (Leticia)

Categoría 4: La diáda COVID 19-muerte materna: un destino inevitable

La historia ha dado cuenta que en diferentes espacios y temporalidades del mundo el hombre ha atribuido los desastres, la salud y la enfermedad a una cuestión divina, por ende, estos fenómenos escapan a su voluntad. Este pensamiento en la actualidad es vigente, ya que María y Elizabeth si bien no articulan una explicación sobre el origen de la COVID 19 han vinculado su llegada a los designios y planes de Dios. Es esta concepción la que contribuyó a no efectuar el cuidado, ya que adquirir el contagio no se concibió como un evento en el cual se pueda influir y/o modificar, en tanto que una vez generada la enfermedad es la mano de Dios la que puede restablecer la salud.

Pues no sabemos porque surgió esa enfermedad decían en la tele que se comieron murciélago no me acuerdo muy bien pero yo creo que solo Dios sabe si manda esa enfermedad, solo él sabe, yo siempre oro y le pido que nos cuide y si él manda esa enfermedad pues solo él sabe lo que hace, no me preocupo si llega esa enfermedad, solo sé que si vivimos solo por él y si morimos igual. Solo Dios sabe no me preocupo tanto así de esa enfermedad porque yo sé que igual si lo pedimos a que nos sane pues él nos puede sanar (Esperanza)

Yo no creo mucho en eso [en la existencia de la enfermedad] ora sí que solo Dios sabe lo que va a pasar [¿por qué lo dices?] Pues nada pus nada más pienso pus solo Dios sabe, pus uno, nosotros como humanos no podemos hacer nada... aunque más lo tratemos de evitar pero pues no se puede hacer . Pues que si viene pues ¿qué podemos hacer? El aire lo respiramos todos aunque digas que no, que está lejos, el aire es el mismo, lo que está allá lo que está acá, pues el cubrebocas pues hasta los que traen yo creo que si les da (María)

Por su parte, la narrativa de Anita permite dar cuenta que es a la divinidad a la que se le atribuye no haber padecido la COVID 19.

Pensé pus estar embarazada me voy a enfermar pero pus gracias a Dios pus no (Anita)

Ante tales testimonios fue importante explorar sobre la percepción de muerte materna. Así, dentro de los testimonios de Elizabeth y Susana la muerte materna se percibió solo en el trabajo de parto.

Siento que es más complicado en el parto porque hay mujeres que su cuerpo no aguanta, por eso muchas se hacen cesárea porque quieren evitar eso [morir] la cesárea no es complicada, les queda el dolor pero no hacen mucha fuerza como en un parto normal (Elizabeth)

Sí, pues a veces en el parto no llega a salir completo el bebé, placenta y ya con eso [se puede desencadenar una muerte durante el parto] (Susana)

Para Anita la posibilidad de morir durante el embarazo, parto o puerperio no se consideró posible, mientras que Guille se colocó en un estado de ambivalencia.

A raíz de que ¿nada más por el embarazo? pues si va todo bien pus no creo, yo creo que toda una mujer pone de su parte para tener un bebé, ya sabe que es doloroso y todo eso pero morir no (Guille)

quien sabe, a lo mejor sí, pues yo creo que sí, no sé (Anita)

Por su parte, para Esperanza, María y Anita la muerte materna se percibió como una situación que desde lo material no puede anticiparse ni controlarse, toda vez que se asume fruto del destino. Susana reconoce que la muerte materna es prevenible siempre y cuando se produzca un diálogo constante entre la pareja, el personal de salud y la mujer embarazada.

No sabemos, no sabemos cuándo nos toque o así, nos alcance (Esperanza)

Porque pues uno aunque más se cuide pues si ya le toca [morir] pues ya te vas a ir (María).

Pues si me muero pues ni modo... pus sí uno no puede decidir ya estando ahí (Anita)

[¿puede evitarse] sí pero necesita tiempo [¿cómo?] necesita platicar con el médico, con la pareja para que todo salga bien (Susana)

En virtud de estas concepciones en torno a la muerte materna se indagó sobre la percepción de muerte materna secundaria a COVID 19, sin embargo, esta solo apareció en el relato de Guille quien cursó la enfermedad durante el primer trimestre del embarazo. De este modo, tras recordar la dificultad respiratoria que experimentó mientras padeció la enfermedad interconectó ese recuerdo con la disnea producida por el embarazo (derivada de los cambios fisiológicos respiratorios), en consecuencia, no solo reconoció lo complicado que resulta cursar la enfermedad durante esta etapa, sino también la posibilidad de morir, en especial, durante los últimos meses del embarazo.

Por ejemplo, con lo que me pasó [enfermar de COVID] yo siento que sí porque ahí sientes que te ahogas y más estando ya más embarazada... a los ocho meses cuando sientes que ya no aguantas... la respiración yo creo que se dificultaría porque no podía ni caminar, ni voltear, ni hablar, nada de eso (Guille)

Dicho esto, con este testimonio se da cuenta que no solo se requiere de experimentar la COVID 19 para legitimar el riesgo que supone el contagio sino también el riesgo de muerte materna. Finalmente, la narrativa de Anita refleja que ella cree que sea posible que se produzca muerte materna asociada a COVID 19. Esto lo justifica a partir de la información que recuperó de la televisión, no obstante, no considera que una muerte de este tipo ocurra en la comunidad, ya que nunca se ha presentado situación alguna.

[¿crees que una mujer embarazada con COVID pueda morir?] Pues yo creo que sí, porque de fueras [Monterrey] pues si escucho en las noticias, en el internet [¿en qué parte?] pos allá en México, Monterrey pero no sé si sea cierto o no más dicen, aquí no lo he escuchado, [¿crees que aquí pueda pasar?] una mujer embarazada aquí no, de otros lugares sí (Anita)

7.3 Comunicación y gestión local del riesgo

Esta estrategia se articuló desde un plano vertical, toda vez que los usuarios fueron contemplados meros receptores del mensaje. Desde esa perspectiva el personal de salud no propició un espacio de diálogo ni la población ni con las mismas mujeres embarazadas para co-construir e identificar capacidades/estrategias encaminadas a fortalecer y fomentar la autogestión comunitaria respecto al devenir local de la pandemia.

Categoría 1: “ahora sí que depende de cada quién”: La fragmentación del cuidado comunitario nahua

La gestión del riesgo de COVID 19 se centró en promover un cuidado centrado en acciones individuales encaminadas a advertir sobre conductas de riesgo y a educar sobre comportamientos saludables. De este modo, a nivel comunitario se llegó a excluir a toda persona con persona sospechosa de padecer la enfermedad y a castigar o culpabilizar a todo aquel miembro que no se adhiriera a las medidas preventivas impuestas.

aquí unos abuelitos también se enfermaron y pues pedían que los vayan a inyectar [¿a quién le pedían?] a una señora que sabe inyectar y no quería [¿y los vecinos?] tampoco, porque les daba miedo los vayan a contagiar (Anita)

hay mucha gente que no lo hace, no obedece, no respetan las medidas, no usan cubrebocas, no usan gel antibacterial (Juanita)

Todos andan así sin cubrebocas... no obedecen (Guille)

Aquí la gente no entiende, muchos salen así nada más, hay muchas personas que no se cuidan y es como se contagia (Leticia)

En la clínica nos dicen que este nos sentemos separados pues unas personas están ahí juntos platicando y sin cubrebocas ahí están sentados (Mercedes)

Fue a raíz del discurso del cuidado que enfermar de COVID 19 y sus consecuencias se atribuyó a la responsabilidad de cada miembro nahua. Tal y como se señala en las siguientes narrativas

Ahora sí que depende de cada quien, de tomar ahora sí que todo lo que él [Dr. López Gatell] dice de los cuidados, de vacunarse, sí se va a mejorar cuidándonos nosotros mismos, por nosotros mismo hay que empezar, si se puede (Esperanza)

Ahora sí que depende de cada quien si quiere cuidar se cuida el que no pus no (María)

De hecho ya nos dijeron ya esto ya depende de cada quien, el que quiera cuidarse y el que no pus ya sabe (Leticia)

Dicho esto dentro de la comunidad se promovió el uso de cubrebocas, *quédate en casa*, en particular, evitar desplazarse a la zona urbana dado el número de contagios.

Nos citó [la autoridad comunal] a una reunión allá en la galera de la delegación nos dijeron que ya no saliéramos, si te sientes mal acude al centro de salud no te quedes mucho tiempo en casa, a veces nos explican en náhuatl y en español porque hay algunos que no entienden, más los abuelitos (Guille)

Las autoridades en su momento cuando empezó [la pandemia] pues dejaron de hacer las reuniones que hacían siempre (Anita)

Vocearon dicen que este tenemos que andar trayendo todos los días los cubrebocas (Marcela)

Nada más voceaban que ya no hicieran reunión, que no se reuniera mucha gente, si vas a la tienda que te pongas el cubrebocas, trates de no salir. Aquí en la delegación hablan en náhuatl y en español (Susana)

La autoridad ha dado indicaciones, que se cuiden que no traten de ir mucho allá a Tamazunchale porque según allá hay más contagios. Entonces aquí pus les dicen que se cuiden si no es necesario salir no salgan (María)

Dentro de los relatos de las participantes se puede dar cuenta que dentro de este entorno no se llevaron acciones de cuidado colectivo como el generado en otras comunidades, en especial, el cierre de las fronteras de la comunidad, la prohibición de eventos de concentración masiva, así como la vigilancia de sitios considerados de riesgo (como el transporte).

Pus aquí casi no hubo vigilancia, hacen bailes y se junta mucha gente (Susana)

Pues todo normal, el baile fue en la delegación, hubo grupo y se juntó mucha gente porque si vi que había mucha gente pero no hubo alguien encargándose de checar si las personas

realmente lo usaban o no [cubre bocas], en la comunidad nunca cerraron las entradas, aquí no, no nada, aquí no (Anita)

hay gente que no lo hace [¿hacer qué?] revisar cómo andan las rutas, que se suban con cubrebocas (Juanita)

Sin embargo, contrario a lo antes descrito, en la narrativa de algunas participantes se describió que en sitios como la iglesia y el templo, el padre – pastor recomendó a los miembros seguir las medidas preventivas dictadas por las instituciones de salud.

El padre nos decía lo mismo, que hay pandemia [¿qué les recomendó?] que no debe de haber mucha gente, cubrebocas, lavarse las manos, la sana distancia, en las iglesias si se cumplió esa norma no la cerraron pero si va menos gente y con cubrebocas (Rosa)

voy a la iglesia allá es obligatorio el cubreboca, ahí hay poquito de gente (Ester)

el padre dice que se vacunen, que usen el cubrebocas, que no se junten tanto, que tomen su distancia y que tengan mucho la higiene con las manos, lavarse las manos muy seguido (Leticia)

el padre nos dice que cada quien o en familia empiecen a orar, nos dice que pues tenemos que usar cubrebocas, por nuestro bien (Esperanza)

Categoría 2: ¿COVID 19? ni de eso nos han comentado: El adoctrinamiento sanitarista-preventivo del riesgo

Durante la pandemia la televisión se constituyó el principal medio de comunicación por medio del cual circuló la comunicación del riesgo. Esta comunicación, de acuerdo con Elizabeth, se centró en informar sobre la situación clínica y epidemiológica de la COVID 19.

en la tele te hablan de cómo va la enfermedad, te dan cifras o las variantes que hay pero no te dicen más o menos como son (Elizabeth)

Por su parte, las siguientes narrativas dan cuenta de cómo el personal de salud durante las consultas de atención prenatal dedicó su tiempo y esfuerzo a informar de manera verbal sobre las medidas preventivas de higiene para reducir la posibilidad de contagio, y de manera impresa a través de trípticos y/o folletos.

no nos han comentado de esa enfermedad, no más que nos cuidemos y que usemos el cubrebocas, el gel, nada más, de la vacuna me dijo que si hay oportunidad y si ya hay esa vacuna pues que me vacune y si todavía no pues que me espere hasta que me toque (Leticia)

nada más que tienes que usar cubrebocas, ponerte gel antibacterial [¿y de las vacunas?] la verdad no sé, no, no me dicen nada, nada más sé que hay vacunas (Rosa)

El doctor me dice que me cuide mucho, que me vacune y ya me vacuné, no hay que salir mucho, hay que proteger con cubrebocas, con antibacterial, sí (Susana)

Por parte del centro de salud hasta ahorita nada más dicen que uno se tiene que cuidar, que se lave las manos, nada más me dijo que era importante que te tienes que vacunar y nada más. Nada más vas y te dicen que te tienes que vacunar pero más no te dicen, no te dicen ni de la marca de la vacuna... yo no sé en qué consiste o qué es lo que tiene (Anita)

Pues como cuidarse, el cubrebocas siempre, gel antibacterial, y que la vacuna, que hay que vacunarse pues para prevenir, para protegernos de la enfermedad (Mercedes)

Tratan de informar con folletos es lo que he visto mucho folleto ahí en el centro de salud ya la gente que va pues ya los toma o ellos mismos se dedican a repartirlos (Elizabeth)

Hasta el momento las participantes han advertido de haber sido informadas sobre el riesgo de COVID 19 y su cuidado, pero Esperanza señala que en ninguna consulta de atención prenatal llevada a cabo tanto en el sector público como privado ha recibido información sobre la enfermedad y/o el riesgo que supone cursarla durante el embarazo. Dicho esto, la premisa principal de la comunicación de riesgo se basa en contribuir a que las personas tomen decisiones informadas, sin embargo, Elizabeth manifiesta su postura de no querer recibir información alguna, ya que le preocupa que estar informada pueda generarle problemas más adelante. Además, dentro de su testimonio da cuenta que como el médico la contempla como un *recipiente vacío que el educador [personal de salud] debe llenar con contenidos [conocimiento biomédico]*.

(a las consultas a las que has ido ¿qué te dijeron del coronavirus?) Ahorita el doctor todavía no toca el tema es que ahorita me está checando de otras cosas tampoco no quiero preguntar porque me siento un poco preocupada pues digo yo a lo mejor me va a pasar algo por eso no quiero preguntar de eso... me dijo que de eso [COVID 19] si me va a dar esa

plática [¿por qué?] me dijo que es necesario para que yo entienda y vea que es esa enfermedad (Leticia)

En los siguientes testimonios se refleja la ausencia de una comunicación abierta, flexible y horizontal entre las participantes y el personal de salud. Esta ausencia impide generar un dialogo sobre la enfermedad *per se*, los tipos de vacuna, los mecanismos de acción y sobre todo del beneficio que para ellas representa efectuar estas acciones, ya que la mayoría de las participantes reconoce tener dudas respecto al seguimiento de estas acciones, en especial, de la inmunización.

Ese es lo que no sé, tengo duda si viene parejo para las embarazadas también no sé (Mercedes)

Es que unos dicen que tienen miedo tal vez no es una buena vacuna se pueden morir (Rosa)

Pues ahorita según que viene la vacuna, uno que tambien esta embarazada se fue a vacunar pero na más llegó y tuvo calentura según si te vacunas ya no te va a dar calentura y ella le dio, le pegó, que le dolía todo sus huesos asi de fuerte dice y no sé si esa vacuna es eso (la enfermedad) o es la que evita que tenga calentura pero pues ella tuvo, luego según segundo dosis pero yo no entiendo como según se ponen primer dosis, después el segundo dosis, no sé para qué se ponen de dos (Esperanza)

cómo ahorita dicen que en Tezapotla va a venir la vacuna de la única dosis Cansino... aquí les pusieron el AstraZeneca no sé qué diferencia tiene [¿es importante saber?] Pues sí, estar informados qué tipo de vacuna me van a poner o las consecuencias porque he visto comentarios que trae consecuencias que dañan órganos que tienes, me gustaría qué dieran información, es bueno saber para ver a lo que me atengo (Anita)

No sé si eso es lo que lo ataja la enfermeda d[el cubrebocas], no sé si sirva el cubrebocas que solo te tapa [¿te dicen en tus consultas?] no, solamente que lo uses, también dicen que nos tenemos que cuidar, que no debemos saludar de mano, pues unos dicen que si alguien está enfermo que no le toques o que no te acerques a él (Esperanza)

VII. DISCUSIÓN

Percibir y aceptar un riesgo esta mediado por aspectos socioculturales(83). Bajo esa línea, los hallazgos de este estudio han dado cuenta de cómo la noción de riesgo para contraer COVID 19 de mujeres nahuas embarazadas se sostuvo en los imaginarios sociales de maternidad y corporalidad, de esta forma, las mujeres nahuas enfatizaron algunos peligros [el riesgo de contagio para el bebé *no nato* y/o la familia] e ignoraron otros [el riesgo que supone cursar la COVID 19 mientras se transita por el embarazo].

Ante esto, y tras considerar la situación de pandemia es conveniente señalar que las estrategias y medidas preventivas fueron dirigidas a modular comportamientos humanos con suficiente anclaje como para ser alterados (172). Bajo ese argumento, este apartado no se centrará en discutir sobre la percepción del riesgo aquí documentada sino en la relación de esta con la equidad y justicia, que como señala Douglas, solo es un reflejo de la distribución inequitativa de poder y riqueza en la sociedad(83). En virtud de lo antes expuesto, la presente sección se centrará en discutir tres hallazgos relevantes para la salud materna indígena que si bien e este apartado son presentados en bloques en la cotidianeidad están íntimamente vinculados.

Las reminiscencias que evoca el plan de respuesta internacional dado a la pandemia COVID 19.

La historia ha dado cuenta que el abordaje intervencionista para mitigar y/o contener la pandemia guarda similitudes con las acciones de salud pública empleadas para contener las enfermedades producidas a partir del siglo XVII. Dichos abordajes son basados en una visión higienista, preventiva y sanitarista cuyo eje es la enfermedad, el medio ambiente, y ciertos individuos a los que la biomedicina cataloga como *peligrosos o de riesgo*.

Ante esto, Douglas advierte que *cada pauta cultural de riesgo se sustenta en una estructura económica* (83), de este modo, no es de extrañar que la gestión del riesgo

instaurada mantenga vínculo estrecho con los intereses tanto del sistema capitalista como del sistema biomédico, ya que su estructura dejó de lado las condiciones sociales y políticas (173) en las que se produce y padece la enfermedad, de este modo, el análisis y abordaje técnico del riesgo negó la historia de adversidad, sufrimiento y subordinación en la que vive la población poco privilegiada para estos sistemas.

Lo antes dicho se justifica con los resultados de un estudio cualitativo realizado en el pueblo indígena chiquitano de Bolivia. En este se da cuenta que la COVID 19 se percibe como una *enfermedad caliente que trastorna al cuerpo y que se incrusta como mal*, que tras ser anunciada se relacionó con la experiencia que se tiene con el *cuerpo caliente* (174). Por su parte, una investigación llevada a cabo en el pueblo indígena Zoque de Chiapas evidenció el carácter miasmático que se le confirió al coronavirus, ya que entre los nativos se relacionó con un *aire frío / sucio* que enferma(175).

En ese mismo estudio hay dos hallazgos de interés que interpelen con el aquí presentado. El primero da cuenta de la COVID 19 como un padecimiento *caliente* que puede ser tratado con remedios similares a otro *cuadro gripal común*, por tanto, *no letal*. El segundo pone de manifiesto que la población indígena considera *débiles ante el contagio* a las personas no indígenas, ya que la población indígena se reconoció hecha de *buena madera* (175), en consecuencia, resistente al contagio.

En línea con el segundo hallazgo, este estudio ha dado cuenta de la *calentura* como signo corpóreo, sin embargo, contrario a las reflexiones derivadas de los estudios antes señalados, la *calentura* se reconoce como un signo característico de todas las enfermedades que la población indígena ha sufrido, por tanto, el imaginario de fiebre solo es reflejo de la no transición epidemiológica en la que vive esta población, ya que desde la conquista la morbilidad versa en enfermedades infecciosas respiratorias y diarreicas (156) derivadas de las condiciones de vida.

Si bien para la OMS la población indígena es una prioridad global y garantizar su atención una meta inaplazable, la gestión del riesgo de COVID 19 que articuló se centró en instituir *medidas de buena higiene y educación*, por tanto, solo contribuyó

a negar las condiciones en las que se tejía la vida de los pueblos indígenas previo a la pandemia.

Este estudio ha dado cuenta de cómo esta estrategia operó con fuerza en un municipio donde el 56 % de su población pertenece a la etnia nahua, donde el 68.2 % de las viviendas no tiene acceso a agua entubada, el 67.9 % de las personas no tiene acceso a la seguridad social y el 79 % de la población es pobre, marginada y vulnerable. Ante este último porcentaje establecer un límite entre población indígena, pobre, marginada y/o vulnerable resulta una tarea difícil, ya que en la vida de la población indígena permea gran parte de la marginación, pobreza y vulnerabilidad (176).

La gestión del riesgo establecida no considera las condiciones de vida de la población indígena, la cual determina las formas de enfermar y/o morir de sus miembros.

El riesgo varía según la posición social de los actores (83), de esta manera, ser mujer + ser indígena + vivir en un contexto de pobreza, marginación y vulnerabilidad las constituye en el eslabón más débil (176) tanto para afrontar el riesgo que supone la COVID 19 como sus efectos colaterales.

En el municipio de estudio el 51.3 % de los habitantes son mujeres, y el *índice de género* asciende a .78 lo que refleja que estas tienen menores oportunidades y desarrollo en las áreas de salud, educación e ingreso económico vs los hombres. Se ha advertido que existe una brecha entre las condiciones de enfermar y/o morir entre hombres y mujeres (171) siendo estas últimas las más afectadas por problemas vinculados al ámbito reproductivo, en especial, la muerte materna.

Ejemplo de esto tenemos en investigaciones previas a la pandemia las cuales habían evidenciado que la RMM en municipios donde el 40% de la población vive en condiciones de pobreza extrema asciende a 98, en tanto que en aquellos donde menos del 20% de la población tiene esta característica es de 35. En lo que concierne a poblaciones indígenas se ha descrito que en localidades indígenas (poblaciones con 70 % y más hablantes de lengua indígena) la RMM es de 94,

mientras que en localidades moderadamente indígenas (donde entre el 10 y 40 % de la población es hablante de lengua indígena) es de 44. Por su parte, la edad también se ha configurado en un factor importante para estimar el riesgo de morir, ya que las mujeres menores de 15 años (RMM 81) y mayores de 45 años (RMM 91) tienen casi 4 veces más riesgo que aquellas mujeres de entre 20 a 24 años(177).

El enfoque de riesgo es un dispositivo de control biomédico para toda mujer en edad reproductiva, que deja de lado la ausencia del estado como garante de la salud materna de grupos vulnerables y/o de mayor riesgo.

Ante la situación de muerte materna indígena, y tras la llegada de la COVID 19 el panorama de *riesgo* y muerte en este sector se incrementó, en consecuencia, desde la biomedicina el *embarazo* se erigió como un *estado de especial vulnerabilidad*, por tanto, evitable. Si bien la estrategia de *comunicación del riesgo* se erigió como la estrategia de salud pública más importante para salvar la vida de mujeres embarazadas, esta solo supondría beneficio si prevalecía la responsabilidad de las mujeres, es decir, seguían las acciones y tomaban decisiones basadas en los juicios lógicos y matemáticos que la evidencia ofreció.

En ese tenor, la estrategia no asimiló el carácter de la maternidad como proceso cultural capaz de suministrar una lista de categorías para almacenar y recuperar información (83), de esta manera, la presión social por ser madre / esposa / cuidadora recordó a las mujeres, en tiempos de pandemia, sus *responsabilidades socialmente asignadas de madre, esposa y cuidadora*.

Por su parte, la gestión del riesgo en población materna consistió en replicar las medidas preventivas recomendadas al resto de la población. Tras la *Reconversión hospitalaria* una de las estrategias operadas giró en torno a la atención prenatal remota [telemedicina] pero ¿cómo implementarse en una comunidad nahua donde el 91 % de la población no tiene acceso a los *servicios de la vida moderna*?

En línea con lo anterior, durante la pandemia por COVID 19 [y previa a ella] se estableció una política nacional que dictó cuáles vidas maternas merecían la pena ser vividas, y cuáles vidas no, ya que el esfuerzo por garantizar la salud materna se

focalizó en Oaxaca, Chiapas y Guerrero, estados con mayor muerte materna en mujeres indígenas. Hecho que se reflejó en la falta de estrategias de salud pública locales como *transporte AME y/o madrina comunitaria*. Por su parte, en San Luis Potosí la COVID 19 cobró la vida de 28 mujeres. Esta situación fue enunciada de la siguiente forma:

“El COVID 19 favoreció el descenso de 28 mujeres, las cuales aunado a su estado de embarazo, presentaban otras patologías que provocaron su muerte, razón por la cual parece que retrocedimos al año 2000, en donde éstas fallecían por falta de atención médica” Programa Institucional Servicios de Salud de San Luis Potosí, 2021

El fragmento del discurso [antes mostrado] de la autoridad sanitaria potosina solo refleja que ante la vigencia de la *maternidad* como proceso cultural la biomedicina y el estado han generado procesos de inculpación (83,178) en función del riesgo epidemiológico comunicado a la sociedad. Así mismo han logrado asirse de la individualización de la sociedad moderna (178) para generar procesos de exoneración de culpa(83), ya que el riesgo y sus consecuencias lo han atribuido a la responsabilidad (individual / familiar) de la mujer embarazada.

Es así como la salud materna se ha priorizado en función del riesgo y de la *emergencia obstétrica*, de esta forma, ceñir los cuerpos de las mujeres al control prenatal a la par que se subordina a las parteras (os) para ser reproductoras del discurso médico del riesgo solo son es reflejo del control biomédico y político que se perpetua y se extiende sobre los cuerpos femeninos.

La atención a la mujer embarazada en México y a nivel internacional se ha centrado en cuestiones biológicas asociadas al riesgo, en la díada madre / hijo, y en su función reproductora. Bajo esa visión, tal y cómo se había señalado antes *no es factible pretender la reducción de la mortalidad materna de una forma significativa si antes no se toman medidas radicales de carácter estructural* (176).

Finalmente, esta tesis asume que *lograr un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones*, como se ha propuesto en cada periodo administrativo, solo será posible si se concibe a la mujer como Sujeta de derechos, ya que esto propiciará que las condiciones que la ponen en situación de desventaja

(físicas, económicas y políticas) sean atendidas y no solo *mejoradas en una etapa del ciclo de vida*.

“La fortaleza de una cadena se determina por la dureza del eslabón más débil”

VIII. CONCLUSIONES

El objetivo general de esta tesis fue analizar cómo mujeres embarazadas pertenecientes a una comunidad indígena nahua en el periodo enero-diciembre 2021 construyen el riesgo para contraer COVID-19. Dicho esto, las conclusiones serán presentadas con base en los objetivos específicos que guiaron la investigación. El primero de ellos fue describir la percepción del riesgo de COVID-19 generada por mujeres embarazadas nahuas. De tal forma se identificó que la percepción y aceptabilidad del riesgo de COVID 19 estuvo en función de los imaginarios sociales de maternidad y corporalidad.

El embarazo se configuró como la etapa de tránsito hacia el ejercicio de la *maternidad*, actividad principal e ineludible en la vida de las mujeres, de ahí que en tiempo de pandemia las mujeres nahuas *planearan y/o buscaran* un embarazo. La percepción de un cuerpo resistente, dada por la edad y la maduración del sistema inmune, propició que la percepción del riesgo se enmarcara en el ser que se lleva en el vientre. Percibir el riesgo de complicaciones y/o muerte materna solo fue posible tras padecer la enfermedad. Se identificó que la experiencia permite a la mujer crear y recrear el significado de lo que implicar experimentar la COVID 19. Tanto las unidades de salud como la cabecera municipal se percibieron como sitios de riesgo.

El segundo de los objetivos fue identificar la manera en que la vulnerabilidad sociocultural, física y económica condicionó la construcción social del riesgo en mujeres embarazadas nahuas. Se identificó que la vulnerabilidad social operó de tres maneras, en primer lugar, el rol social de madre, esposa y cuidadora las motivó a efectuar un autocuidado ante el riesgo de contagio. Este autocuidado se efectuó a raíz de la responsabilidad que supone *cuidar de otros* [la familia], en ese sentido a raíz del rol social de madre y cuidadora aunque *cuidar de otros* implique riesgo este es aceptable.

En segundo lugar, se identificó que la COVID 19 no se percibió como una enfermedad emergente, ya que en la comunidad nahua es habitual cursar

enfermedades caracterizados por cuadros febriles. En tercer lugar, la fe en Dios contribuyó a percibir a la COVID 19 prevenible y curable, en tanto que la percepción de muerte materna por COVID 19 se asoció al destino. La vulnerabilidad física estuvo en virtud de la ubicación geográfica de la comunidad, de esta manera al ser un espacio lejano a la *zona de alto riesgo* este se percibió seguro.

En cuanto a la vulnerabilidad económica se identificó que a raíz de la pandemia tanto el desempleo, la pobreza, y la desigualdad que opera en el entorno nahua se exacerbó, en consecuencia, adherirse a las medidas de salud pública llevó a las mujeres a generar una redistribución del recurso económico familiar.

En el último objetivo se planteó describir la estrategia de comunicación y gestión del riesgo local que ha influido en la construcción del riesgo en mujeres embarazadas nahuas. La comunicación y gestión local para contener a la COVID 19 se sustentó en el enfoque epidemiológico-biomédico del riesgo. El énfasis de la autoridad política y sanitaria se centró en establecer una comunicación unidireccional centrada en mecanismos de transmisión viral, y en promover / establecer medidas de higiene. Lo anterior dejó de lado el sentir, la experiencia que confiere padecer la enfermedad, así como las características físicas – económicas en las que se desenvuelve la cotidianeidad de la población nahua.

IX. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Derivado de esta tesis de maestría en Salud Pública inicio por afirmar que el incremento en la muerte materna en tiempos de COVID 19 está vinculada a causas de tipo estructural, que solo son reflejo tanto de la pàrvula voluntad política para garantizar la salud de toda mujer que transita un embarazo, parto o puerperio, así como de un sistema biomédico - capitalista que dicta que *vidas maternas merecen ser vividas y que vidas no*.

Como aportaciones este trabajo abre las siguientes líneas de investigación:

1) Evaluar desde la perspectiva de las usuarias la política pública local en torno a la salud materna, ya que con los resultados de este estudio di cuenta que las mujeres embarazadas desconocen de las estrategias y políticas diseñadas para ellas en esta etapa.

2) Ahondar en la construcción social de la salud materna nahua, dado que la salud materna va más allá de lo que la biomedicina ha definido. Esta línea deriva de mi experiencia como investigadora, ya que en trabajo de campo me percaté que la autoridad comunitaria se mantiene al margen de los asuntos relacionados con la salud de los pobladores, en especial, la de mujeres embarazadas.

3) Recuperar la experiencia de mujeres embarazadas [indígenas y no indígenas] que padecieron la COVID 19 e indagar sobre ¿qué significó para ellas estar embarazadas y saberse positivas a COVID 19? ¿quién cuidó de ellas? ¿cómo se configuró la dinámica del cuidado y las tareas del hogar? ¿qué implicó estar embarazada y padecer la COVID 19? ¿llegaron a pensar en morir?

El sistema biomédico tiene una ideología fuerte, arraigada y de larga data por lo que derribarlo requiere tiempo, esfuerzo y paciencia, por tanto, lo que puedo hacer (con base en los hallazgos de este estudio) es sugerir y en medida de mis posibilidades promover que el personal de salud efectúe una atención con *pertinencia cultural* y se transite de un enfoque que prioriza el riesgo obstétrico hacia uno que priorice el sentir, pensar y experimentar de la mujer embarazada, en trabajo de parto o

puerperio, y que la considere parte de un contexto sociocultural que convive con causas estructurales, que son las que en mayor medida determinan las formas de transitar estas etapas.

Insto a la autoridad municipal a incluir el tema de salud materna en el *Plan Municipal de Desarrollo*, ya que en ninguno de estos documentos se expresa acción alguna para mejorar la salud materna de las mujeres tamazunchalenses, quienes en su mayoría pertenecen a comunidades indígenas y/o carecen de seguridad social.

Se sugiere tanto a la autoridad política como sanitaria atender la necesidad de *transporte* a toda mujer embarazada que habite en comunidades alejadas de la cabecera municipal, si esto no fuera posible, se recomienda atender esta necesidad en las 3 comunidades rurales e indígenas con mayor presencia de mujeres en esta etapa (Tlalnepantla, Tezapotla, Aguazarca). Se sugiere establecer, consolidar y mantener alianzas comunitarias en pro de la salud materna, tanto con la autoridad comunal como con las (os) parteras (os) tradicionales.

Finalmente, resta señalar que si bien esta investigación se llevó a cabo en un momento histórico de gran trascendencia, la percepción del riesgo de COVID 19 aquí documentada no es un fenómeno acabado ni definido, dada la experiencia y conocimiento que se acumula y transforma a raíz de la interacción con actores sociales e institucionales por lo que se invita a todo investigador (a) a continuar esta investigación en otros contextos situados.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOF. Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2020. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592067&fecha=21/04/2020
2. OPS. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
3. OPS. Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019 Guía para líderes [Internet]. Washington, DC; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-orientaciones-para-comunicar-sobre-enfermedad-por-coronavirus-2019>
4. OPS. Comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC). Plantilla para planificación. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2020. 20 p. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-comunicacion-riesgos-participacion-comunitaria-crpc>
5. OPS. Protegiendo a los vulnerables. OMS. 2020.
6. Secretaría de Salud. Conferencia de Prensa: Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México [Internet]. You Tube. 2021 [citado el 16 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=REwe5SZzIRI>
7. Secretaría de Salud. Protocolo: Jornada Nacional de Sana Distancia Marzo-Abril 2020 [Internet]. 2020 [citado el 17 de octubre de 2021]. p. 1–4. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf
8. Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19. Secretaría de Salud México, D.F.: Gobierno de México; 2020 p. 25.
9. Redacción. Pandemia de COVID-19 en México caerá 97% el 12 de junio, pero terminará hasta septiembre: estudio [Internet]. El Financiero. 2020. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/pandemia-por-coronavirus-caera-97-el-10-junio-estima-estudio/>
10. JHU. Mapa Global: COVID-19 [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2022 [citado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
11. SSSLP. Informe COVID 19: situación epidemiológica estatal. Actualizada al 27 de junio del 2022, 09:00 horas. [Internet]. San Luis Potosí; 2022. Disponible en: <https://www.facebook.com/photo?fbid=370036961899464&set=pcb.370037228566104>
12. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection. JAMA Pediatr [Internet]. agosto de ; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779182>
13. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. agosto de 2020 [citado el 17 de enero de 2021];1–14. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3320.full.pdf>
14. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income

- and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020;8(7):e901–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)
15. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. el 6 de noviembre de 2020;69(44):1641–7. Disponible en: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6944e3.htm?s_cid=mm6944e3_w
 16. UNFPA. Preparación y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19) Resumen Técnico Provisional del UNFPA. [Internet]. 2020 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-SSR-23Mar20.pdf>
 17. OMS/OPS. Alerta Epidemiológica COVID-19 durante el embarazo [Internet]. Washington, D.C; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-durante-embarazo-13-agosto-2020>
 18. Navarrete SAARM. Aumenta la mortalidad materna: el impacto silencioso de la Covid-19 en América Latina [Internet]. Ojo Público. 2021. Disponible en: <https://perma.cc/DF4L-GTQG>
 19. Secretaría de Salud. Informe integral de COVID-19 en México: 09 febrero 2022 [Internet]. México; 2022. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/02/Info-03-22-Int_COVID-19_16feb22.pdf
 20. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Vicente-González E, Venegas-Páez FV, Villalba-Espinoza I, Pérez-Cardoso AL, et al. Análisis de las muertes maternas en México ocurridas durante 2009. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(5):486–95.
 21. SS. Informe epidemiológico semanal de embarazadas y puérperas estudiadas ante sospecha de COVID-19 SE-43 corte al 31 de octubre del 2021 [Internet]. SE-43 2021. México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680815/Boletin_Sem43_EmbaPuerp.pdf
 22. SSSLP. Programa institucional de servicios de salud de San Luis Potosí [Internet]. San Luis Potosí; 2021. Disponible en: <https://slp.gob.mx/ssalud/Documentos compartidos/PROGRAMA INSTITUCIONAL 2021.pdf>
 23. Granados Toraño R. Mortalidad Materna: Indicador de Desarrollo [Internet]. Perú; 2011. Disponible en: <http://bvssper.paho.org/videosdigitales/matedu/maternidad2011/indicador.pdf?ua=1>
 24. SS. COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena [Internet]. México; 2020. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/panorama-covid19-poblacion-indigena-240920.pdf>
 25. INPI. Atlas de los Pueblos indígenas de México: Nahuas de San Luis Potosí, etnografía. [Internet]. Instituto Nacional de Pueblos Indígenas. 2020 [citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=6501
 26. INEGI. Población de 5 años y más hablante de lengua indígena [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/>
 27. Allen A, Sarmiento JP, Sandoval V. Los estudios latinoamericanos de reducción del riesgo de desastres en el contexto de la pandemia del COVID-19. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres (REDER)* [Internet]. 2020;4(2):1–6. Disponible en: <http://revistareder.com/handle-0719-8477-2020-066>
 28. Lavell A, Mansilla E, Maskrey A, Ramírez F. La construcción social de la pandemia COVID-19: desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas 1,2. *La Red* [Internet]. 2020;1–16.

Disponible en: https://www.desenredando.org/public/2020/Lavell_2020-07_Covid-19_y_Desastre_Final.pdf

29. Herrera Galeano AM, Rico Malacara AY. La construcción social del riesgo. Claves analíticas para comprender la pandemia de Covid-19 en México: el caso de la Jornada Nacional de Sana Distancia. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. el 1 de mayo de 2021;66(242):215–49. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcyps/article/view/79325>
30. Moctezuma Balderas AC. La construcción social del riesgo frente a las contingencias epidemiológicas: de la peste negra al COVID 19. *Salud Problema UAM* [Internet]. 2020;27(2):75–93. Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/11/r-4-863.pdf>
31. Mastrangelo A. Perspectivas socio antropológicas para el estudio local de la pandemia COVID-19 en Argentina. *Ponto Urbe*. 2020;(27):0–17.
32. UNICEF. Estado mundial de la infancia: Salud materna y neonatal [Internet]. 2008 [citado el 17 de enero de 2021]. 1–168 p. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf
33. Delgado Lara AG. Cuarenta años de estudio y de políticas públicas sobre las defunciones maternas en México. :41–50. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248076/Cuarentaanosdeestudioydepoliticass.pdf>
34. Luna Florez AM de los M, Cordero Muñoz L, Vattuone Ramírez ME. Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la muerte materna. [Internet]. Piazze A, Castillo-Ruiz P, Vega G, editores. Banco Interamericano de Desarrollo ; 2010 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14192/salud-de-la-mujer-indigena-intervenciones-para-reducir-la-muerte-materna>
35. López SC. El Concepto de Riesgo. *Recur Nat y Soc*. 2018;4(1):32–52.
36. Cardona Arboleda OD. Estimación holística del riesgo sísmico utilizando sistemas dinámicos complejos. Universidad Politécnica de Catalunya; 2001.
37. Diccionario de la lengua española. Riesgo | Definición [Internet]. RAE - ASALE. 2020 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/riesgo>
38. Roberto S, María BE, Tatiana S. El sentido del riesgo desde la antropología médica: Consonancias y disonancias con la Salud Pública en dos enfermedades transmisibles. *ANTÍPODA*. 2006;(3):123.
39. Arredondo A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
40. Eslava Castañeda JC, editor. Reflexiones acerca de la relación ambiente y salud: pensando en ambientes saludables. 1°. Bogotá, D. C: Universidad Nacional de Colombia; 2016. 150 p.
41. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(3):254–61.
42. Mijangos Fuentes KI. Representaciones sociales de salud-enfermedad en profesionales de salud y usuarios indígenas zapotecas de Oaxaca. Universidad Autónoma del Estado de México; 2021.
43. Foucault M. La vida de los hombres infames. La Plata, Argentina; 1996.
44. Porter D. Health, Civilization and the State: A History of Public Health Form Ancient to Modern Times. 1°. Londres: Routledge; 1998. 384 p.

45. Noguera CE. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo xx en Colombia, Medellín. Medellín, Colombia: Universidad EAFIT; 2003. 243 p.
46. Quevedo Velez E. El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme Rev Hist y Ciencias Soc.* 18(72):661.
47. Adhair J. Physicians, medicine men and their Navaho patients. En: Galdston I, editor. *Man's image in medicine and Anthropology*. 1°. International University Press; 1963. p. 237–57.
48. Ydirín Alonso M de L. Epidemias en México [Internet]. SEGOB. 2018. Disponible en: https://www.cenapred.unam.mx/es/documentosWeb/Tertulias/Presentacion_Ing.Maria_Ydirin.pdf
49. DEMX. Las 18 epidemias que marcaron la historia de México [Internet]. 2020. Disponible en: <https://masdemx.com/2020/03/epidemias-pandemias-historia-mexico-prehispanicas-covid-coronavirus/>
50. Fernández M. Las epidemias en la Ciudad de México durante el siglo XVI [Internet]. México; 2020. Disponible en: <http://www.revistaimagenes.esteticas.unam.mx/las-epidemias-en-la-ciudad-de-mexico>
51. Rivera-Tapia JA. La situación de salud pública en México (1870-1960). *Rev Hosp Gral Dr M Gea González*. 2003;6(1):40–4.
52. A S. La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949. *Revista Mexicana de Sociología*. 1996;173–203.
53. Mejía Rodríguez P. De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948. *Dynamis*. 2004;24:119–55.
54. A Soper G. The Lessons of the Pandemic. *Am Assoc Adv Sci* [Internet]. 1919;49(1274):501–6. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/1642775>
55. Reynoso CA. La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. *Desacatos*. 2010;32:35–52.
56. Acinas Acinas M. P. Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. *Intervención Psicosocial* [Internet]. septiembre de 2007;16(3):303–21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n3/v16n3a02.pdf>
57. Cárdenas Ruiz JD, Pineda Rodríguez NK. La gestión de la comunicación de riesgo a través de Facebook: Análisis exploratorio de las estrategias iniciales de 12 gobiernos de América Latina frente a la pandemia de la COVID 19. *Rev Comun* [Internet]. el 15 de septiembre de 2021;20(2):73–91. Disponible en: <https://revistadecomunicacion.com/article/view/2353>
58. Mora-Rodríguez A, Melero-López I. News consumption and risk perception of Covid-19 in Spain. *Comunicar* [Internet]. el 1 de enero de 2021;29(66):71–81. Disponible en: <https://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=66&articulo=66-2021-06>
59. Commodari E, La Rosa VL, Coniglio MA. Health risk perceptions in the era of the new coronavirus: are the Italian people ready for a novel virus? A cross-sectional study on perceived personal and comparative susceptibility for infectious diseases. *Public Health*. el 1 de octubre de 2020;187:8–14.
60. González Gacel JF, Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal E, González Sábado RI, Pons Delgado SV. Percepción de riesgo ante la COVID-19 en pobladores del municipio Manzanillo. *Multimed* [Internet]. 2021;25(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000100003&lng=es&nrm=iso

61. Arias Gonzáles J, Tafur Pittman T, Delgado Suaña GM. Comunicación de riesgo en salud por la COVID-19 desde la percepción de los pobladores de Arequipa en 2021. *Austral Comun* [Internet]. el 28 de diciembre de 2021;10(02):413–25. Disponible en: <https://ojs.austral.edu.ar/index.php/australcomunicacion/article/view/590>
62. Aleixandre-Benavent R, Castelló-Cogollos L, Valderrama-Zurián JC. Information and communication during the early months of COVID-19: Infodemics, misinformation, and the role of information professionals. *Prof la Inf*. 2020;29(4):1–17.
63. ¿Cómo se desarrolla una vacuna? [Internet]. MinSalud Colombia. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Como-se-desarrolla-una-vacuna.aspx>
64. OMS. 73.^a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/world-health-assembly/seventy-third-world-health-assembly>
65. Costa C, Tombesi C. Covid-19: cuánto tiempo se demoró en encontrar la vacuna para algunas enfermedades (y por qué este coronavirus es un caso histórico). *BBC News Mundo* [Internet]. el 11 de diciembre de 2020; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55232518>
66. SS. Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. México; 2020.
67. FEMECOG IRN. Posicionamiento sobre vacunación contra SARS-CoV-2 durante la gestación: actualización En [Internet]. México; 2021. Disponible en: <https://omm.org.mx/blog/posicionamiento-de-la-femecog-e-iberoamericana-research-network-sobre-vacunacion-contrasars-cov-2-durante-la-gestacion-actualizacion/>
68. Gamboa Torales MJ. PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO, A FIN DE EXHORTAR AL EJECUTIVO FEDERAL A EMPRENDER ACCIONES PARA INCLUIR EN LA POLÍTICA NACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-COV-2 A TODA LA POBLACIÓN DE ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD [Internet]. México; 2022. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2021/11/asun_4262955_20211117_1635274959.pdf
69. Secretaría de Salud. Política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México, versión 9.0 [Internet]. Gobierno de México. México; 2022. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf
70. OMS. COVID-19 vaccine tracker and landscape [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
71. Gobierno de México. Operativo correccaminos. Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México [Internet]. 2021 p. 16. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Operativo_Correccaminos_19feb2021.pdf
72. JHU. COVID 19: Coronavirus Rosource Center [Internet]. Johns Hopkins University. 2022. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
73. SS. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020 - 2024. 2020.
74. SS. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. México; 2016 p. 1–67.
75. Freyermuth Enciso MG. Mortalidad en poblaciones indígenas desde los determinantes sociales y violencia estructural. En: Informe El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos [Internet]. p. 23–50. Disponible en:

<http://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-01/Informe-Salud-Indigenas-CIESAS.pdf>

76. Salud S de. Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013 - 2018. México; 2018 p. 100.
77. SS. Programa de acción: Arranque Parejo en la Vida [Internet]. 1°. Secretaría de Salud. México; 2002. 74 p. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Es-FINAL.pdf>
78. Bautista Jiménez ER, Lopez Arellano O. Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud. Salud Probl [Internet]. 2017;(21):28–53. Disponible en: <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/512>
79. SS. Programa de acción específico 2007-2012 arranque parejo en la vida. 2008 p. 84.
80. Klein E. La legitimidad del riesgo y la construcción social del desastre. Revista Geografica Venezolana [Internet]. junio de 2005;46:13–9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347730361002%0ACómo>
81. Douglas M, Wildavsky A. Risk and Culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers. Press U of C, editor. Berkeley; 1982.
82. Rangel Flores YY. Mujeres de migrantes potosinas, sobre sus experiencias en la construcción del riesgo de VIH y SIDA [Internet]. El Colegio de San Luis, A. C; 2013. Disponible en: <https://biblio.colsan.edu.mx/tesis/RangelFloresYesicaYolanda.pdf>
83. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. 1996. Barcelona, España: Paidós; 1985. p. 173.
84. Buil Mairal Gaspar. La década del riesgo: situaciones y narrativas de riesgo en España a comienzos del siglo XXI [Internet]. Los Libros de la Catarata, editor. 2013 [citado el 17 de enero de 2021]. 1–189 p. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=23.%09Mairal+G.+La+década+del+riesgo.+Situaciones+y+narrativas+de+riesgo+en+España+a+comienzos+del+siglo+XXI.&btnG=
85. Beck U. Teoría de la Sociedad del Riesgo reformulada. El advenimiento de la sociedad mundial del riesgo. [Internet]. Traducción: Fernando Robles. Chile: Revista Chilena de temas Sociológicos; 1997 [citado el 15 de enero de 2021]. p. 1–32. Disponible en: [http://biblioteca-digital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/import/Temas Sociologicos/N 04-05/Teoria de la sociedad/Teoria de la sociedad.pdf](http://biblioteca-digital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/import/Temas%20Sociologicos/N%2004-05/Teoria%20de%20la%20sociedad.pdf)
86. Beck U. Risk Society: Towards a New Modernity. Londres; 2010.
87. Luna Blanco M, Sánchez Ramírez G. Los segmentos del cuerpo y sus padecimientos : un análisis preliminar de los procesos salud / enfermedad ligados al vph y CaCu entre las parteras y promotores de salud de Chiapas. Cuicuilco [Internet]. 2014;21(60):129–46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16592014000200007&lng=es&nrm=iso
88. Riobello Pérez A. Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Revista de Filosofía-Eikasia [Internet]. septiembre de 2008;20:197–220. Disponible en: <https://revistadefilosofia.org/20-06.pdf>
89. Wilches Chaux G. La Vulnerabilidad Global. En: Desastres, ecologismo y formación profesional [Internet]. Popayán, Colombia.: Repositorio SENA; 1989 [citado el 16 de enero de 2021]. p. 3–47. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11404/1034>
90. Butler J. Repensar la vulnerabilidad y la resistencia. Madrid: IAPH; 2014. 24–27 p.

91. Cardona Arboleda OD. La gestión del riesgo colectivo. Un marco conceptual que encuentra sustento en una ciudad laboratorio. 2005; Disponible en: http://idea.manizales.unal.edu.co/gestion_riesgos/descargas/gestion/gestion_1.pdf
92. Peter B, Thomas L. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires; 1968.
93. Gonzalo Iglesia JL, Farré Coma J. La comunicación social del riesgo: Propuesta de Metamodelo de la comunicación social del riesgo. [Internet]. UOC E, editor. España; 2011. 194 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=btNSwg3iuZIC&oi=fnd&pg=PA11&dq=Gonzalo+L,+Farré+J.++La+comunicación+social+del+riesgo:+Propuesta+de+Metamodelo+de+la+comunicación+social+del+riesgo.+2011.+España.&ots=JvvVT0Udx9&sig=N6tn3pEojdVakPXUIHaTj4Q4S5c#v=>
94. Cardona Arboleda OD. Medición de la gestión del riesgo en América Latina. Rev Int Sostenibilidad, Tecnol y Humanism [Internet]. 2008 [citado el 15 de enero de 2021];(3):1–20. Disponible en: <https://upcommons.upc.edu/handle/2099/7056>
95. OPS. Guía para la elaboración de la estrategia de comunicación de riesgo. De la teoría a la acción. [Internet]. Bryna Brennan, Gutiérrez V, editores. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2011. 52 p. Disponible en: <https://www.paho.org/cdmedia/guiacomriesgo/1. RISKcommBKLETspanfinal.pdf>
96. Freyermuth Enciso MG. Covid-19: Conocimientos y explicaciones causales desarrolladas por la población mexicana. Resultados preliminares. RECEIN La Salle. 2020;14(54):167–200.
97. Flick U. El diseño en investigación cualitativa. Madrid, España.: MORATA, S. L.; 2015.
98. Blásquez Martínez LI. Los métodos etnográficos como herramienta de la política pública. En: Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida. 1a ed. México, D.F.: Colección de Materiales Didácticos; 2016. p. 113.
99. Blumer H. El interaccionismo simbólico. [Internet]. 1982 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Blumer%2C+H.+El+interaccionismo+simbólico%3A+perspectiva+y+método.+&btnG=
100. Farré Coma J. Comunicación de riesgo y espirales del miedo. Comunicación y Sociedad [Internet]. 2005;95–119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34600305%0ACómo>
101. Villalobos H. Procesos bioculturales en México: embarazo/parto/puerperio , sexualidad y muerte [Internet]. México, D.F.: Yolpahtli SC; 2003. p. 27. Disponible en: <http://bvsper.paho.org/texcom/cd048358/procesos.pdf>
102. de la Cuesta Benjumea C. El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. Int J Qual Methods. 2003;2(4):25–38.
103. Hernández Sampieri R et. al. Recolección y análisis de los datos cualitativos. En: Metodología de la investigación. 2006. p. 581–660.
104. Carreras Sáez J, Pinazo S, Sánchez M. La construcción de los conceptos en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad en el marco del envejecimiento. Rev del Minist Trab e Inmigr [Internet]. 2003;75–94. Disponible en: https://uom.uib.cat/digitalAssets/320/320340_la-construccion-de-los-conceptos-y-su-uso-en-las-politicas-sociales-orientadas-a-la-vejez.pdf
105. Rubio Herrera A, Flores Palacios F. Vulnerabilidad y su uso en la política social del estado de Yucatán. La Dirección de Atención a la Infancia y la Familia. LiminaR Estud Soc y Humanísticos. 2018;16(2):118–31.

106. Flick U. Muestreo, selección y acceso. En: El diseño en investigación cualitativa. Madrid, España.: MORATA, S. L.; 2015.
107. Diaz Manchay RJ, Rodríguez Cruz LD, Saavedra Covarrubia ME. Investigación cualitativa etnográfica: una alternativa para los profesionales de enfermería. ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería [Internet]. el 18 de julio de 2019;6(1):91–8. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/235>
108. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. 2° edición. Colombia: Sage Publications, Inc.; 2002. 110–156 p. Disponible en: http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf
109. Salgado A. Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit [Internet]. 2007;13:71–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
110. Flick U. La triangulación metodológica en Investigación Cualitativa. En: La gestión de la calidad en investigación cualitativa. Madrid, España.: MORATA, S. L.; 2014.
111. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. México; 2020 p. 345. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_241220.pdf
112. Ley General de Salud [Internet]. Estados Unidos Mexicanos: Diario Oficial de la Federación; 2007. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/rlgs.pdf>
113. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Estados Unidos Mexicanos: Diario Oficial de la Federación; 2014 p. 31. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
114. SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2013 p. 11. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
115. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Instrumentos normativos. 2005 [citado el 15 de enero de 2020]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
116. OPS/CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet]. 4°. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. CIOMS; 2016. 150 p. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
117. Diagnóstico Sectorial Sector Salud San Luis Potosí. San Luis Potosí; 2018.
118. Diagnóstico municipal. En: Plan Municipal de Desarrollo 2018-2021 Tamazunchale. Tamazunchale, SLP.: H. Ayuntamiento de Tamazunchale 2015-2018; 2019. p. 27–47.
119. COESPO. Migración y Remesas en San Luis Potosí. Population (English Edition). San Luis Potosí; 2018.
120. SS. Catálogo CLUES: Clave Única de Establecimientos de Salud [Internet]. México; 2022. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
121. IMSS. Atención en la salud de IMSS- Bienestar está enfocada hacia la población más abandonada: Zoé Robledo. [Internet]. 2019 [citado el 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201907/226>
122. Martínez Torvisco J. Percepción y aceptabilidad al riesgo. En: Entorno al Riesgo

Contribuciones de diferentes disciplinas y perspectivas de análisis. España.: Colección Pasos Edita, 19; 2018. p. 35.

123. Primer caso positivo de Coronavirus en Tamazunchale. Diario El Sur. el 29 de abril de 2020;20.
124. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social [Internet]. Tamazunchale; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/698427/24_037_SLP_Tamazunchale.pdf
125. Tamazunchale SLP Alto riesgo. Diario El Sur. 2020;
126. Zona centro de Tamazunchale es declarada de alto riesgo. Diario El Sur. el 6 de mayo de 2020;
127. Riemer W J. Varieties of opportunistic reserch. 1977;5(4):467–77. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1177/089124167700500405>
128. Operativo de vigilancia local del Decreto Nacional por la Emergencia Sanitaria por COVID 19. Diario El Sur. el 28 de abril de 2020;20.
129. Prior H. Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: Las respuestas de Portugal a la COVID-19. Más Poder Local [Internet]. abril de 2020;6–11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407213>
130. Lanzan campaña para uso de cubrebocas en todo momento: Tamazunchale. Digital, El Imparcial. el 25 de julio de 2020;
131. Situación Epidemiológica COVID-19 Jurisdiccional. Tamazunchale; 2020 dic.
132. Multarán por no usar cubrebocas. Diario El Sur. el 2 de octubre de 2020;20.
133. Tras llegada de “paisanos” aplicarán multas por no usar cubrebocas. Diario El Sur. el 25 de diciembre de 2020;20.
134. Supervisión a comercios en la nueva normalidad. Diario El Sur. el 27 de junio de 2020;20.
135. Cierre de establecimientos por no cumplir medidas sanitarias. Diario El Sur. el 22 de julio de 2020;20.
136. Mujer indígena, parió afuera del IMSS. Diario El Sur. el 2 de septiembre de 2020;20.
137. Secretaría de Salud. Se vacunará contra COVID-19 a mujeres embarazadas mayores de 18 años. el 11 de mayo de 2021; Disponible en: autoridades sanitarias federales decidieron incluir en el plan de vacunación a las mujeres embarazadas mayores de 18 años.
138. Pacheco L. En zona huasteca trabajan para mantener fiesta de Xantolo pese a covid-19. Plano Informativo [Internet]. el 30 de septiembre de 2020; Disponible en: <https://planoinformativo.com/754780/trabajan-para-mantener-fiesta-de-xantolo-pese-a-covid-19>
139. Organización de las Naciones Unidas O. El impacto del Covid-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala. publicación las Nac Unidas - ONU [Internet]. 2020;1–87. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46543>
140. Ramos Ávila JP. El COVID-19 en la población indígena de México. Rev Adm pública [Internet]. 2020;LV(152):147–76. Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/40731/37518>
141. Mueren indígenas: Tamazunchale y Matlapa encabezan lista de municipios indígenas con más defunciones y casos activos de COVID 19. Diario El Sur. el 6 de septiembre de 2020;20.

142. Por semáforo rojo cercan comunidades, autoridades dictan medidas drásticas para frenar el virus. Diario El Sur. el 19 de julio de 2020;20.
143. Comunidades en Tamazunchale se blindan contra el COVID-19. Diario Quadratin [Internet]. el 6 de abril de 2020;5. Disponible en: <https://sanluispotosi.quadratin.com.mx/salud/comunidades-en-tamazunchale-se-blindan-contra-el-covid-19/>
144. INEGI. Perfil sociodemográfico municipal [Internet]. Tamazunchale, SLP; 2020. Disponible en: <https://slp.gob.mx/coespo/Documentos/compartidos/Municipios/Fichas/Tamazunchale.pdf>
145. INEGI. Viviendas en México [Internet]. Cuéntame de México. 2020. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/vivienda.aspx?tema=P#:~:text=En 92 %25 de las viviendas,de Población y Vivienda 2020.>
146. Estermann J. Interculturalidad. Vivir la diversidad. La Paz, Bolivia: ISEAT; 2010. 88 p.
147. López Hernández M. De mujeres y diosas aztecas. Spitalier FCA, editor. México: Editorial Cacciani; 2011. 109 p.
148. Rodil Posada S. Los cubrebocas y su utilidad según su manufactura [Internet]. México; 2022. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/los-cubrebocas-y-su-utilidad-segun-su-manufactura/>
149. SS. USO DEL CUBREBOCAS COVID-19 [Internet]. México; 2020. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/covid/docs/infografia_uso_cubrebocas.pdf
150. Gobierno de México. ACUERDO número 23/08/21 por el que se establecen diversas disposiciones para el desarrollo del ciclo escolar 2021-2022 y reanudar las actividades del servicio público educativo de forma presencial, responsable y ordenada, y dar cumplimiento a los planes y [Internet]. México; 2021. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5627244&fecha=20/08/2021#gsc.tab=0
151. Secretaría de Salud. Estrategia de vacunación contra COVID se aplica en función de la prioridad máxima: Secretaría de Salud [Internet]. Secretaría de Salud Prensa. 2021. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/040-estrategia-de-vacunacion-contra-covid-se-aplica-en-funcion-de-la-prioridad-maxima-secretaria-de-salud?idiom=es>
152. Política Nacional de vacunación contra el SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México [Internet]. México D.F: Gobierno de México; 2021 p. 38. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf
153. INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DE LAS PERSONAS OCUPADAS COMO MÉDICOS. 2021.
154. Gómez PD, Palacios CD. Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas. Cult los Cuid [Internet]. 2009;25:7. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/11541/1/CC_25_09.pdf
155. SS. LINEAMIENTO ESTANDARIZADO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y POR LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL [Internet]. Secretaría de Salud. México; 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento_de_vigilancia_epidemiologica_de_enfermedad_respiratoria_viral.pdf
156. CDI. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014 – 2018 [Internet]. México; 2014. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
157. CIESAS. El derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México. Análisis

nacional y de casos desde una perspectiva de derechos humanos [Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

158. Sepúlveda J. La salud de los pueblos indígenas en México. LILACS M en E], editor. México: Impresiones y grabados M. Serna; 1993. 100 p.
159. Berrío Palomo LR. Diversidad de atención durante el embarazo y el parto : reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas. 2015;4–12. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf
160. Alcántara Rojas B. Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásico. Estudios Mesoamericanos. diciembre de 2000;37–48.
161. López Hernández M. La alteridad del cuerpo femenino en estado de menstruación, embarazo, parto y puerperio entre los nahuas antiguos y contemporáneos. Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas [Internet]. 2017;(70):89–112. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882017000300089
162. De Rosa C, Doyenart MJ, Lara C, Varela C. Maternidad adolescente en barrios pobres de Montevideo: un lugar en el mundo. En: Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Trilce; 2016. p. 29.
163. Morales MR. “Entre hegemonía, subordinación y resistencia: Trayectorias de atención de mujeres nahuas durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro, Tamazunchale, S.L.P”. El Colegio de San Luis, A.C.; 2019.
164. Báez L. Encuentros peligrosos. Contaminación y ciclo de vida entre los nahuas de la sierra norte de Puebla, México. Mitológicas [Internet]. 1998;XIII(1):19–34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/146/14601302.pdf>
165. Menéndez EL. Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. Salud Colect. 2015;11(3):301.
166. Oyarzún Ebensperger E, Poblete Lizana JA. Epidemiología de la salud materna, perinatal y infantil en Chile. En: Alto riesgo obstétrico [Internet]. 2° edición. UC; 2013. p. 796. Disponible en: <https://acortar.link/FvE8yj>
167. OMS. Salud de la mujer [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health#:~:text=Mujeres en edad reproductiva \(15,adultas \(20 a 59 años\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health#:~:text=Mujeres en edad reproductiva (15,adultas (20 a 59 años))
168. López Hernández M. Dossier cuerpo, mujer y maternidad. Vol. 1, Revista de Estudios de Antropología Sexual. Dirección de Antropología Física del INAH.; 2020. 8–10 p.
169. Miriam LH, Jaime EG. Concepciones y costumbres relacionadas con la procreación, embarazo, parto y puerperio entre nahuas prehispánicos. En: CD ROM. Puebla: Memoria digital de la XXIX Mesa redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología; 2011. p. 16.
170. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, et al. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):375–82.
171. Batthyány K, Cepeda Z, Espinel Vallejo M. Coronavirus y desigualdades preexistentes: género y cuidados. 2020; Disponible en: <http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20201009044704/coronavirus-y-desigualdades-preexistentes.pdf>

172. Díaz Bernal Z, Aguilar Guerra T, Linarez Martín X. La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2015;41(4):655–65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2015/csp154i.pdf>
173. Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. *Hacia una antropología de la salud. Revista Colombiana de Antropología* [Internet]. 2004;283–318. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3164250>
174. Canaviri MC. ENFERMEDAD , CUERPO Y COVID-19 EN EL PUEBLO CHIQUITANO. :91–106.
175. Reyes Gómez L. Percepción de la covid-19 entre la población indígena zoque de Chiapas. *Revista Pueblos y fronteras digital*. 2021;16(February):1–23.
176. Fernández Cantón SB. Algunas consideraciones en torno a la mortalidad materna , el indigenismo , la marginación y los derechos humanos. CONAMED-OPS. México; 2017.
177. Freyermuth Enciso MG, Arguello H. La mortalidad materna de las mujeres indígenas de México. Un análisis desde el enfoque de derechos humanos. En: *El derecho a la protección de la salud en las mujeres indígenas en México Análisis nacional y de casos desde una perspectiva de Derechos Humanos*. CIESAS; 2015.
178. Beck U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. España: Paidós Ibérica, S.A; 1998.

XI. ANEXOS

11. 1 Anexo 1. Consentimiento informado



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Proyecto: “Construcción social del riesgo de COVID 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero - diciembre de 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina

Estimada Señora: _____ usted ha sido invitada a participar en el proyecto de investigación desarrollado por Sandra Grisell Rubio Martínez durante su curso en la maestría en salud pública de la UASLP, para realizarlo es precisa su colaboración y el de otras mujeres que cursen un embarazo durante el periodo enero – diciembre 2021.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es conocer cómo lo que pensamos sobre el coronavirus, las características del lugar donde vivimos y la comunicación que mantenemos con otras personas se refleja en la forma en que interpretamos-afrontamos el riesgo de COVID 19.

Procedimientos: Se realizarán entrevistas en las cuales se le solicitará permiso para grabarla. No tendrá que responder preguntas que le resulten incómodas. La entrevista tendrá una duración de 60 minutos, si llegara a extenderse, si usted lo permite, se podrían agendar nuevas visitas. En ocasiones durante nuestros encuentros pediré su permiso para tomar fotografías y/o grabar un video del lugar donde nos encontremos.

No hay un beneficio directo por participar en el estudio, sin embargo colaborará para generar conocimiento que ayude comprender el riesgo de COVID 19 desde su vivencia, con esto se generará conocimiento que permita diseñar políticas públicas de comunicación-gestión del riesgo adaptadas a la realidad que viven las mujeres embarazadas.

Confidencialidad: Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial; las grabaciones de audio y video producto de nuestros encuentros serán destruidos al terminar la investigación. Los resultados de este estudio se presentarán bajo pseudónimos de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin generar ningún tipo de consecuencia.

En función de lo antes planteado, se firma de conformidad con lo antes expuesto.

Participante: “Sé que puedo elegir participar en la investigación. Sé que puedo retirarme cuando quiera. Se me ha leído la información, la he entendido. He realizado preguntas y me han respondido, sé que más adelante puedo hacer preguntas. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo”

Acepto participar

No acepto participar

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Copia dada a la participante: _____ EMSP. _____

Folio: _____ Pseudónimo: _____

En caso de que la mujer sea analfabeta:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento y la mujer ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo y firma: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Folio: _____ Pseudónimo: _____ Huella dactilar de la mujer: _____

En caso de alguna duda o comentario, se podrá comunicar con la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores (444 179 39 24), L.E.O.O Sandra Grisell Rubio Martínez (483 105 63 84) o si lo prefiere a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición al teléfono: 8-23-26-00 Ext.5084. Av. Niño Artillero #130, Zona Universitaria.

E-mail: yesica.rangel@uaslp.mx; sandrarubio.gm@gmail.com

11. 2 Anexo 2. Cronograma de actividades



Actividad	2020				2021											
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Inicio MSP																
Presentación de líneas de investigación																
Elección de director de tesis y planteamiento del problema de investigación																
Familiarización con el fenómeno de estudio; búsqueda de artículos vinculados al tema																
Elaboración del protocolo y asesorías virtuales																
Actividad	2021															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12				
Lectura de artículos relacionados con el tema																
Envío de protocolo a coordinación de la MSP.																

Seminario de Tesis I y correcciones con base en las observaciones de los lectores												
Dictamen: Comité académico y Comité de ética												
Presentación de protocolo a autoridades sanitarias locales												
Contacto con las autoridades comunitarias e inmersión inicial en el trabajo de campo												
Contacto con las potenciales participantes y firma de consentimiento informado												
Entrevistas; transcripción, codificación y análisis Elaboración de notas de campo.												
Correcciones metodológicas derivadas del contexto de estudio.												
Revisar datos específicos de las entrevistas con las participantes												
Seminario de Tesis II												
Participación en eventos académicos												
Redacción del informe de tesis para STT III												
Actividad	2022											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Lectura de artículos relacionados con el tema												
Entrevistas												
Transcripción, codificación y análisis de entrevistas												
Revisar datos específicos de las entrevistas con las participantes												

Seminario de Tesis III y reestructuración de tesis con base en observaciones												
Fin trabajo de campo y salida gradual de la comunidad												
Participación en eventos académicos												
Redacción de artículo <i>Percepción del riesgo de COVID 19 en mujeres indígenas nahuas en situación de embarazo. Un estudio en el centro norte de México. Revista Salud Pública</i>												
Envío a revista para publicación												
Aceptación de artículo <i>Salud materna y COVID 19</i> en la revista Universitarios Potosinos												
Redacción discusión y conclusiones, recomendaciones												
Presentación STT IV												
Reestructurar tesis con base en observaciones STT IV												
Defensa de tesis para obtener el grado académico MSP.												
Difusión de resultados ante la autoridad sanitaria local												

11. 3 Anexo 3. Matriz de observación



Objetivo. Describir el escenario en el que se desenvuelven las mujeres embarazadas nahuas que participan en el estudio.

Aspecto	Caracterización del escenario de estudio
Vías de comunicación	Ubicación geográfica, comunidades colindantes, vías de comunicación
Arquitectura	Casas, iglesias, casa de salud, cementerio, instituciones educativas, áreas de esparcimiento.
Actividad económica	Principal actividad económica
Estructura social:	Autoridad comunitaria, comité de salud, normas, conflictos.
	Los actores del escenario de estudio
Actores sociales clave	Edad, género, actividad laboral, rol en la comunidad.
Interacción social:	Reuniones, visitas, formas de saludo, tiempo. Eventos (misas, ceremonias, fiestas), motivo, quién organiza, cómo se organiza, duración.
	COVID-19
Medios informativos locales	Carteles, mantas, folletos, trípticos, perifoneo, murales en las paredes.
Cuidado y autocuidado	Protocolos de cuidado
Infraestructura y recursos para contener el riesgo de COVID 19	Recurso hídrico, sitios visibles y estratégicos para lavarse las manos (cubetas de agua, jabón, gel antibacterial), presencia de filtros al entrar a la comunidad (¿quién implementó la estrategia, quién es el responsable, cuál es la función y cómo la realizan?)
	Mujeres nahuas embarazadas
Actividades	Caracterización de las mujeres y su rol en la comunidad.
Vivienda.	Cercanía en tiempo con casa de salud, escuelas, servicios de salud.
Vivienda y su relación con el protocolo de cuidado COVID 19	Número de personas/vivienda, número de habitaciones, tipo de material de la casa, tipo de combustible con que cocina, servicios básicos.

11. 4 Anexo 4. Guía de entrevista



Objetivo: Explorar las condiciones en las que se vivencia el embarazo, el grado de involucramiento de actores sociales en la comunicación del riesgo de COVID 19 y su gestión durante esta etapa.

CARACTERIZACIÓN GINECOOBSTÉTRICA:

Antecedentes. Número de embarazos, edad de primer embarazo, edad de la pareja al momento del primer embarazo, número de partos (parto normal o cesárea, especificar motivo), sitio de atención prenatal. Enfermedades asociadas al embarazo y/o previas, presencia de comorbilidades (DM II, HTA, cardiopatía, obesidad, etc), complicaciones en embarazos previos, riesgo obstétrico (¿por qué embarazo de riesgo? ¿qué piensa sobre eso?) Actualmente: Semanas de gestación (meses de embarazo) o fecha de última regla (si no recuerda verificar con el censo)

1. EXPERIENCIA PREVIA DE EMBARAZO. Podría contarme sobre su embarazo anterior.

2. EL EMBARAZO EN TIEMPOS DE COVID-19.

¿Cómo supo que estaba embarazada? ¿cuándo se dio cuenta? ¿cómo fue eso para usted? (¿le generó preocupación?, ¿por qué?) ¿pensaba en embarazarse o fue sorpresa? (cuénteme sobre esto) ¿a partir de entonces algo cambió en su vida?

¿para usted quiénes son las personas que pueden enfermar más fácil de COVID 19? ¿qué les puede pasar si se enferman? ¿por qué? ¿ha relacionado su embarazo con el coronavirus? (le hicieron alguna recomendación para no embarazarse) ¿en algún momento pensó que podría agarrar la enfermedad? ¿qué le hizo pensar esto? Después de saberse embarazada: ¿qué fue lo que hizo? (¿a quién se lo dijo primero? ¿a quién acudió para confirmar su embarazo? platíqueme ¿por qué con ellos? ¿eso cuándo fue? ¿qué le dijeron?

3. CUIDADORES PRINCIPALES Y SECUNDARIOS.

¿Quiénes son las personas que están al pendiente de usted y de su embarazo? ¿qué hacen para estar al pendiente de usted? ¿qué cuidados/consejos le dan? En la comunidad ¿hay parteras? podría contarme si ¿ha acudido con alguna (o)? ¿por qué? ¿tiene algún costo? ¿En algún momento le preguntó a la partera sobre el coronavirus? ¿qué le preguntó y qué le dijo? o ¿la partera le habló sobre COVID-19? ¿cómo se sintió al recibir esta información?

4. COMUNICACIÓN DEL RIESGO:

¿Con qué medios de comunicación cuenta? (Radio, televisión, celular) (explorar qué tan frecuente hace uso de ellos y qué tipo de programas son los que ve/escucha). ¿Por qué medio escuchó por primera vez sobre COVID-19? ¿qué decían? ¿ha habido cambios en lo que se decía al principio y en lo que se dice ahora? ¿qué ha cambiado? ¿qué piensa sobre esos cambios?

Podría platicarme que le dijeron en el centro de salud sobre la COVID ¿tenía dudas? ¿a quién le preguntaba y que le respondía? ¿qué le han dicho sobre el COVID y el embarazo? Podría contarme que le han dicho sobre la Vacuna COVID 19 ¿se ha vacunado? ¿cómo fue eso? podría platicarme cómo se siente ahora que ya está vacunada (indagar sobre la experiencia) ¿siente alguna diferencia?

GESTIÓN DEL RIESGO:

¿Qué acciones implementó la autoridad para proteger a la comunidad del COVID-19? ¿hubo una reunión para proponer esas acciones? ¿qué ocurrió si no se cumplían? ¿alguien no las cumplió? (cuénteme sobre eso) ¿recibió apoyo por parte de la autoridad/centro de salud? ¿la autoridad o la comunidad hizo algo para proteger a los adultos mayores/niños/mujeres embarazadas de la comunidad? ¿cómo llegó la vacuna COVID 19? ¿se le ha hecho difícil quedarse en casa/usar cubrebocas/aislarse? ¿le han negado la entrada a alguna tienda? ¿cómo se sintió? ¿cuidaría de su familia si enferma del coronavirus? ¿por qué?

Guía de entrevista 2.

Objetivo: Explorar con detalle las dimensiones de vulnerabilidad sociocultural, física y económica, del el escenario donde las mujeres nahuas embarazadas construyen su vida.

1. **SOCIOCULTURAL.** Estado civil, tipo de familia, número y características de los integrantes y edad

- Celebraciones importantes para la familia/comunidad (como se realizaron en tiempos de contingencia) ¿dejaste de ir a misa o al templo? ¿cómo fue eso para usted?
- Presencia de redes de apoyo para embarazadas (reuniones, brigada MATER) ¿ha estado en contacto con otras mujeres embarazadas? ¿qué actividades compartían? Pláticame sobre esto.
- ¿considera que una mujer embarazada pueda morir? ¿por qué cree que eso ocurra? ¿aquí ha pasado? ¿cree que se pueda prevenir? ¿cómo?
- la gente aquí ¿de qué enferma? ¿quiénes son los que más se enferman? Durante su embarazo ¿se enteró de personas cercanas enfermas de COVID? ¿cómo fue el trato hacia él y hacia su familia?
- Aquí ¿de qué han muerto las personas? ¿cuándo escuchó por primera vez sobre COVID-19? ¿qué pensó en ese momento? (si le daba miedo, preocupación, enojo, incredulidad) ¿por qué cree que exista esa enfermedad?
- Cuándo empezó lo de la vacuna ¿qué fue lo que escuchó? ¿qué decían aquí? Y cuándo dijeron que era para embarazadas ¿qué pensó? ¿alguien le aconsejó que no se vacunara? ¿qué le dijo?
- ¿cree que la enfermedad se puede evitar? ¿qué piensa sobre el uso de cubrebocas, lavarse las manos o guardar la distancia? ¿por qué en la comunidad no se usa el cubrebocas o hagan fiestas?

2. **FÍSICA.** (Se explora con la Matriz de Observación)

3. **ECONÓMICA.** ¿a qué se dedican las personas con las que vive? (explorar el ingreso económico y su variabilidad durante la pandemia) antes de saberse embarazada ¿trabajaba? ¿cuál fue su ingreso económico? ¿en algún momento el dinero fue insuficiente para adquirir los cubrebocas, el gel, alcohol? ¿cuénteme que hizo?

Al cerrar la entrevista ¿Hay algo que no pregunté y que quiera platicar conmigo?

11. 5 Anexo 5. Carta de no conflicto de interés



San Luis Potosí, S.L.P. a 03 de mayo de 2021

A quien corresponda:

Por medio de la presente nos permitimos informar que la finalidad del proyecto *“Construcción social del riesgo de COVID 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina”* reside en lo académico desde su concepción teórica hasta la divulgación de los resultados encontrados, por tanto, el equipo investigador declara no tener conflictos de intereses.

Sin embargo, ante la posibilidad de originar publicaciones, carteles, ponencias u otros productos académicos se manifiesta que se dará el crédito a cada una de las investigadoras de acuerdo con su grado de participación. Se establece que el primer artículo derivado de la investigación señalará como primer autor a LEOO. Sandra Grisell Rubio Martínez, segundo autor Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores y tercer autor Dra Maribel Cruz Ortiz. Para artículos subsecuentes se decidirá en consenso la incorporación de investigadores que no hayan sido partícipes del proyecto desde su concepción teórica, por tanto, su inclusión será de acuerdo con el grado de contribución que puedan dotar al escrito.

Asimismo para los carteles y exposiciones orales serán considerados los criterios antes mencionados. Tanto autores como coautores tendrán obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de investigación. Serán responsables de salvaguardar la integridad y exactitud de los informes. La estudiante, la directora y coasesora de tesis acuerdan que la investigación podrá reproducirse o continuarse bajo el interés de la interesada la LEOO. Sandra Grisell Rubio Martínez en poblaciones distintas a la original.

El financiamiento para llevar a cabo la investigación será solventado a través de la beca CONACYT. Los gastos relacionados con la publicación y divulgación de resultados serán solventados en partes iguales por las involucradas salvo aquellos de índole nacional en los cuales los gastos de traslado serán subsidiados por la directora de tesis en su totalidad.

Para que quede constancia del acuerdo en todo lo anterior, las interesadas señaladas con anterioridad firman el presente documento.



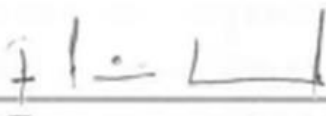
EMSP Sandra Grisell Rubio Martínez

Investigador principal



Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

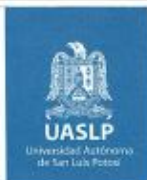
Directora de tesis



Dra. Maribel Cruz Ortiz

Coasesora de tesis

11. 6 Anexo 6. Aprobación Comité Académico MSP



Abril 28, 2021.

SANDRA GRISELL RUBIO MARTÍNEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2020-2022
PRESENTE. -

Por este conducto le informamos que, en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 21 de abril del año en curso, se registró su protocolo de investigación denominado "CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL RIESGO DE COVID 19 EN MUJERES INDÍGENAS EMBARAZADAS EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2021. UN ESTUDIO CON MUJERES NAHUAS DE LA HUASTECA POTOSINA". Con la clave GXI 14-2021.

No obstante, se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Trabajo de Tesis II.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA POR MI PATRIA EDUCARÉ"

COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Dra. Verónica Gallegos García

Dra. Claudia Inés Victoria Campos

Dra. Paola Algara Suárez

Dr. Darío Gaytán Hernández

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez

www.uaslp.mx

Avenida Antillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tel. (444) 926 2300
Ext. Recepción 9070 y 9011
Administración 5063
Fábrica 5071

11. 7 Anexo 7. Aprobación CEIFE



San Luis Potosí a 08 de Junio de 2021

SANDRA GISELL RUBIO MARTÍNEZ

PRESENTE

Por medio del presente informo a usted que el dictamen de la Comisión de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición a su proyecto titulado "Construcción social del riesgo de COVID 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero – diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la huasteca potosina" fue:

APROBADO, CON NÚMERO DE REGISTRO: CEIFE-2021-353

Le solicitamos atentamente que cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio, sean enviados a esta comisión previo a su implementación. Se sugiere incluir en el proyecto nivel de riesgo.

Le agradecemos su cooperación y compromiso con la protección de los derechos de los sujetos humanos en investigación y le solicitamos enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de un año.

"SIEMPRE AUTÓNOMA POR MI PATRIA EDUCARÉ"

DRA. MARÍA JUDITH RÍOS LUGO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

www.uaslp.mx

DRA. MJRL/mjrlsp

 archivo

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, SLP, México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5053
Posgrado 5071

*Recibido
10/June/2021*

11. 8 Anexo 8. Aprobación Autoridad sanitaria local



 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO SAN LUIS POTOSÍ		SERVICIOS DE SALUD	
	DIRECCIÓN: JURISDICCIÓN SANITARIA N° VI TAMAZUNCHALE		
	DEPARTAMENTO: EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD		
	DOMICILIO: CARRETERA NACIONAL MEXICO LAREDO 85 S/N COL. IXTLAPALACO		
	NÚMERO DE OFICIO: 02344		
	EXPEDIENTE: 25.8		
ASUNTO: CARTA DE ACEPTACIÓN.			
TAMAZUNCHALE, S.L.P., A 12 JUL 2021			
MCE. LUIS ANTONIO MARTINEZ GURRIÓN DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ			
Me es grato dirigirme a usted, para notificarle que la estudiante: SANDRA GRIS ELL RUBIO MARTÍNEZ, de la carrera de Licenciatura en Enfermería con Orientación en Obstetricia, ha sido ACEPTADA para implementar su proyecto de investigación que tiene por título: " Construcción Social del riesgo de COVID- 19 en mujeres indígenas embarazadas en el periodo enero- diciembre 2021. Un estudio con mujeres nahuas de la Huasteca Potosina". Dentro de esta JURISDICCION SANITARIA N° VI TAMAZUNCHALE, a mi cargo.			
Agradeciendo de antemano la atención a la presente, reitero mi consideración.			
AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO	ATENTAMENTE JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA No. VI		
	DR. OSCAR JIMENEZ VILLALOBOS		
	Elaboró: L.E. Grassy Guzmán Márquez Responsable de Enseñanza	Revisó: Dr. Oscar Jiménez Villalobos Jefe de Jurisdicción N° VI Tamazunchale	Validó: Dr. Oscar Jiménez Villalobos Jefe de Jurisdicción N° VI Tamazunchale
	C.c.p. Archivo GGM		
<i>"2021, Año de la Solidaridad médica, administrativa, Y civil, que colabora en la contingencia Sanitaria del COVID 19"</i>			

11. 9 Anexo 9. Presupuesto



Cantidad	Recurso	Costo	Fuente de ingreso
1	Computadora portátil	\$ 7,000. 00	
1	Libreta de notas.	\$ 60.00	
	Impresiones, copias	\$ 400.00	
2	Paquete de bolígrafos.	\$ 32.00	
1	Paquete de marcatextos.	\$ 60.00	
1	Carpeta de plástico	\$ 150.00	
6	Caja de cubrebocas desechable, tricapa	\$ 600.00	
1	Careta	\$ 100.00	Investigador principal a través de la beca CONACYT
5	Aerosol desinfectante	\$ 250.00	
1	Termómetro digital	\$ 40.00	
	Internet (12 meses)	\$ 3000.00	
	Llamadas telefónicas	\$ 500.00	
	Traslado a trabajo de campo y estancia en la comunidad	\$ 4, 000.00	
Total		\$ 16, 192. 00	