

LA DÉCADA COVID
EN MÉXICO

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

Los **imaginarios**
de la **pandemia**



Julia Isabel Flores Dávila
Guadalupe Valencia García
(Coordinadoras)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Valencia García, Guadalupe, editor. | Flores Dávila, Julia Isabel, editor.

Título: Los imaginarios de la pandemia / Guadalupe Valencia García, Julia Isabel Flores Dávila (coordinadoras).

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Humanidades, 2023. | Serie: La década COVID en México: los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 6.

Identificadores: LIBRUNAM 2203355 (impreso) | LIBRUNAM 2203338 (libro electrónico) | ISBN 9786073074643 (impreso) | ISBN 9786073074582 (libro electrónico).

Temas: Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos sociales -- México. | Salud pública -- Aspectos sociales -- México. | Memoria colectiva -- Aspectos sanitarios -- México. | Identidad colectiva -- Aspectos sanitarios -- México.

Clasificación: LCC RA644.C67.I53 2023 | LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 362.1962414—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos expertos y cuenta con el aval del Comité Editorial de la Coordinación de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México para su publicación.

Imagen de forros: francescoch

Apoyo gráfico: Christian Martin Sánchez Uribe y Percy Valeria Cinta Dávila

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda y Ana Lizbet Sánchez Vela

Primera edición: 2023

D. R. © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Coordinación de Humanidades

Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510, Ciudad de México

www.humanidades.unam.mx/

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7458-2 Título: Los imaginarios de la pandemia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7464-3 Título: Los imaginarios de la pandemia

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional.

Hecho en México

Contenido

Presentación	11
<i>Enrique Graue Wiechers</i>	
Prólogo	13
<i>Guadalupe Valencia García</i> <i>Leonardo Lomelí Vanegas</i> <i>Néstor Martínez Cristo</i>	
Introducción: Imaginarios de la pandemia	21
<i>Julia Isabel Flores Dávila</i> <i>Guadalupe Valencia García</i>	
VIVIR LA PANDEMIA	
1 Imaginarios sociales y representaciones de la pandemia en la sociedad mexicana	31
<i>Julia Isabel Flores Dávila</i> <i>Luis Ángel Ubaldo</i> <i>Patsy Alejandra Hernández</i> <i>Luis Felipe González</i>	
2 ¡Nunca imaginé! Las personas, las familias y la(s) pandemia(s)	75
<i>Carlos Welti Chanes</i>	
3 Afectividades	131
<i>Gilda Waldman M.</i>	
4 Sin brújula en la tempestad. El COVID en tres tiempos y territorios	163
<i>Hugo José Suárez</i>	

PANDEMIA Y SOCIEDAD

- 5 Hacia una explicación de las agresiones al personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en México. Estigma y semiótica del miedo 185
Roberto Castro
Hugo Córdoba
- 6 La resistencia a las vacunas contra la COVID-19: entre el anticristo y el druida 217
Guillem Compte Nunes
- 7 Información en medios digitales durante la pandemia por COVID-19. Desafíos para México 249
Georgina Araceli Torres Vargas
- 8 La resignificación de la fiesta religiosa durante la pandemia COVID-19 en los pueblos originarios de la Ciudad de México 279
María Ana Portal
- 9 Iknal-historias del COVID entre los pueblos mayas de la Península de Yucatán 305
Gilberto Avilez Tax

PENSAR LA PANDEMIA

¿DESDE DÓNDE PENSAMOS LA PANDEMIA?

- 10 Jóvenes, pandemia y futuro 341
Héctor Castillo Berthier
- 11 Dosis de recuerdo 375
Juan Meliá

PANDEMIA Y SOCIEDAD

Hacia una explicación de las agresiones al personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en México. Estigma y semiótica del miedo

5

Roberto Castro

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM

Hugo Córdoba

Comité Internacional de la Cruz Roja

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 comenzó a registrarse en muchos países un incremento, al parecer inusitado, de agresiones al personal de salud, así como, en ocasiones, a instituciones hospitalarias. Este fenómeno tuvo una notable presencia mediática sobre todo en los meses de marzo, abril y mayo de 2020, para luego desvanecerse y desaparecer de los medios.

En México la característica principal de estas agresiones fue el dinamismo con la que se presentaban, es decir, los ataques disminuían en un lugar y surgían en otro, lo que explica que las estrategias de atención tuvieran un carácter reactivo y no preventivo. El asunto rápidamente se convirtió en materia de investigación científica, por lo que también, a partir de esos meses, se registró un notable incremento de publicaciones académicas en diversas revistas y *journals* de medicina, salud pública, humanidades y ciencias sociales, en las que se describe el fenómeno de las agresiones al personal de salud en el marco de la pandemia. Si bien muchos artículos se limitan a describir cuantitativamente la magnitud y frecuencia de estas conductas hostiles,

una cantidad significativa ha recurrido al concepto de *estigma* para tratar de explicar las causas y la dinámica del problema.

En este capítulo nos proponemos hacer un análisis crítico del problema de las agresiones al personal de salud durante la pandemia en México, así como de las explicaciones que se han tratado de dar al respecto. Sostenemos que en muchas ocasiones el problema ha sido abordado superficialmente o sin la debida contextualización, lo que se ha traducido en una ausencia de explicaciones genuinamente sociológicas.

En la primera parte mostraremos que a nivel mundial, y, ciertamente, en nuestro país también, el personal médico, de enfermería y las instalaciones de salud son objeto de diversas formas de violencia desde hace muchos años. Argumentaremos, por tanto, que el problema de las agresiones a dichos profesionales en el marco de la pandemia no puede verse como una cuestión que haya surgido a raíz de ésta, sino que debe enmarcarse en ese contexto histórico más general. Revisaremos entonces algunos de los trabajos más relevantes que se han publicado sobre el problema en el marco de la pandemia, particularmente aquellos que han centrado la explicación en torno al concepto de *estigma*.

En la segunda parte haremos una revisión del concepto de *estigma*, poniendo particular interés en los desarrollos que ha alcanzado al paso de los años. Mostraremos, desde luego, el sentido en que Goffman propuso este concepto para la psicología social y la sociología. Pero, sobre todo, señalaremos los principales avances conceptuales alcanzados en las últimas décadas, mismos que hacen injustificable permanecer adscritos dogmáticamente a la definición Goffmaniana, ignorando (activa o pasivamente) todo lo que se ha avanzado desde entonces.

En la tercera parte de este trabajo presentaremos la evidencia empírica en la que se basa nuestra investigación. Se trata de un seguimiento de noticias sobre agresiones al personal de salud en México, realizado por la Delegación Regional para México y América Central del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

Con base en todos estos elementos, en la cuarta parte presentamos nuestra propuesta de explicación de las agresiones registradas contra el

personal de salud en México, específicamente entre marzo y junio de 2020. Sostenemos que la explicación más rigurosa debe echar mano de herramientas provenientes de la sociología y la antropología, así como de la semiótica, manteniendo siempre abierto un margen para la incertidumbre o para admitir que hay zonas donde nuestras explicaciones aún son incompletas. En otras palabras, para explicar un fenómeno como el que nos ocupa, debemos recuperar el carácter genético del mismo (o sea, sus antecedentes e inercias históricas), atender a sus componentes estructurales (relacionados tanto con las limitaciones y riesgos con los que operan los servicios de salud, como con las características de la formación de los médicos) y prestar atención a los significados que orientan la acción de los individuos.

Por alguna extraña razón, si bien desde un comienzo diversos medios visualizaron el fenómeno de la infodemia (a la que haremos referencia más adelante), poco se ha dicho sobre el contexto de rumores que circularon en aquellos meses en torno a la pandemia y que, sostenemos, jugaron un papel central en el problema de las agresiones.

ANTECEDENTES: VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE SALUD Y AGRESIONES EN EL MARCO DE LA PANDEMIA

Las agresiones al personal de salud: un viejo problema

La violencia contra personal médico y de enfermería es un problema que se viene estudiando, a nivel mundial, desde hace al menos cuatro décadas. Ya a fines del siglo pasado se publicaban revisiones de la literatura que hacían un recuento internacional de este problema (Hobbs y Keane, 1996). Más recientemente se ha llegado a caracterizar esta violencia como una pandemia en desarrollo (Ghosh, 2018) y se ha documentado que hasta un 70% de los profesionales de la salud llegan a experimentar uno o más episodios de agresión a lo largo de su carrera (Kapoor, 2017).

En el mismo tenor, un reciente reporte de la Cruz Roja Internacional señala que durante los últimos cinco años se registraron 3,780 ataques a personal médico y centros de salud en diversos países del mundo (ICRC, 2021).

La vasta investigación sobre este problema se ha referido tanto a los ataques al personal de salud en el marco de conflictos armados (Briody *et al.*, 2018), como ataques al personal de salud en sus lugares de trabajo, comúnmente con los pacientes o sus familiares como los principales agresores (Kumari *et al.*, 2020). En estos últimos destaca como un factor de riesgo la dimensión de género: los agresores son sobre todo personas de sexo masculino, mientras que las personas agredidas son sobre todo mujeres, fundamentalmente del área de enfermería. Esta dimensión, como veremos, también prevalece en el caso de las agresiones al personal de salud durante la pandemia en México.

También se ha reportado que los médicos jóvenes están en mayor riesgo de sufrir agresiones; que en el área de urgencias se registran los mayores niveles de agresión por parte de los pacientes o familiares; y que otras variables correlacionadas con el riesgo de agresiones son largos tiempos de espera y bajas habilidades comunicativas por parte de los médicos (Chakraborty, Mashreky, y Dalal, 2022; Reddy, Ukrani, Indla, y Ukrani, 2019).

La enorme cantidad de investigaciones realizadas sobre este problema muestra que la violencia contra el personal de salud se registra en muchos países del mundo, particularmente en Asia y en Norteamérica, y se asocia mayoritariamente a lo que podríamos caracterizar como “problemas de calidad” de los servicios y problemas en la atención a los usuarios (Liu *et al.*, 2019; Mento *et al.*, 2020). También en América Latina se han publicado numerosas investigaciones que demuestran un sostenido incremento, al paso de los años, de las agresiones que sufre personal médico y de enfermería en toda la región (Casallas Murillo, Peña Valero, Moreno Rodríguez, Marulanda Lenis, y Herrera Rodríguez, 2022). Ante la seriedad del problema, incluso el Colegio Médico de México A.C. publicó una serie de recomendaciones al personal médico como guía de acción frente a las agresiones a las que están expuestos (Colegio Médico de México, 2018).

Las agresiones al personal de salud en México también han sido objeto de investigación en nuestro país. En un trabajo previo, uno de los autores de este trabajo, en coautoría con Marcia Villanueva, propuso que existen dos tipos de violencia a la que está expuesto el personal de salud (de medicina y de enfermería). Estos tipos se denominan violencia externa y violencia interna. “La *externa* se refiere a aquellas formas de violencia u hostilidad que se ejercen contra actores del campo médico por agentes externos a dicho campo (secuestradores, integrantes del crimen organizado y también usuarios de servicios de salud); en contraste, la violencia *interna* se ejerce entre actores del propio campo médico, incluyendo personal de salud (estudiantes, médicos, personal de enfermería y de trabajo social, entre otros) y pacientes” (Castro y Villanueva Lozano, 2018, p. 544). Existe amplia investigación que documenta tanto la violencia interna (Montes-Villaseñor, García-González, Blázquez-Morales, Cruz-Juárez, y De-San-Jorge-Cárdenas, 2018) como la violencia externa (Arredondo Trujillo, Gascón Santos, Espino Álvarez, y Torres Morquecho, 2014) a la que están expuestos las y los médicos en este país. Las formas de violencia *interna*, como veremos, han sido mayoritariamente desestimadas por las investigaciones recientes sobre agresiones al personal de salud en el marco de la pandemia. Se trata de una omisión que empobrece nuestra comprensión del problema en su conjunto.

En síntesis, desde hace varias décadas se ha documentado de manera sistemática que las y los profesionales de la salud están expuestos a un creciente riesgo de sufrir agresiones y violencia por parte de los usuarios de los servicios, de sus familiares y de personas integrantes del crimen organizado, así como por parte de sus propios colegas, mentores y superiores jerárquicos. Esta exposición a diversos tipos de violencia, sostenemos, es un componente histórico y contextual que debemos tener en consideración para dar cuenta de las agresiones a dicho personal durante la pandemia.

Agresiones al personal de salud en el marco de la pandemia

Al comenzar la pandemia por COVID-19 era factible preguntarse cómo evolucionaría aquella inercia preexistente de agresiones a las y los profesionales de salud. En ese contexto, como algunos autores señalaron, cabía haber esperado que, al surgir la emergencia sanitaria por el COVID-19, los ataques y la violencia contra el personal de salud disminuirían ante la conciencia colectiva de la necesidad de contar con todos los recursos de salud en sus mejores condiciones para enfrentar la crisis.

Al principio de la pandemia, en varias ciudades del mundo se registraron cálidas manifestaciones de apoyo y reconocimiento a dichos profesionales, expresadas sobre todo en forma de ovaciones colectivas públicas a una hora determinada en la noche, como en Barcelona (Alfageme, 2020). Sin embargo, en paralelo con esas expresiones de apoyo, comenzó también a registrarse un creciente número de agresiones al personal de salud (Patil y Taneja, 2021).

La investigación mostró que ambas cosas (reconocimiento y rechazo) no estaban correlacionadas; es decir, que la existencia de expresiones de apoyo y reconocimiento al personal de salud no se asociaban ni positiva ni negativamente con las expresiones de agresión hacia dicho personal, sino que ambos procesos resultaron ser enteramente independientes uno del otro (Taylor, Landry, Rachor, Paluszek, y Asmundson, 2020).

Por otra parte, cabía la legítima duda de si las agresiones al personal de salud eran proporcionalmente mayores a las que podían experimentar otros grupos ocupacionales, como recolectores de basura, trabajadores de intendencia y similares. Una investigación internacional demostró que los trabajadores de salud alrededor del mundo presentaban una probabilidad mayor (estadísticamente significativa) de experimentar acoso, intimidación y daño durante los primeros meses de la pandemia que otros trabajadores no relacionados con el sector salud (Dye *et al.*, 2020).

Pronto resultó claro que había “motivos” específicos que parecían estar asociados a las expresiones agresivas y a veces por violentas de parte de algunas personas hacia los médicos y enfermeras. Entre tales factores se identificó

al miedo al contagio como uno de los principales, así como la rebelión frente a las estrictas medidas de seguridad dictadas por las autoridades de salud, la imposibilidad de acompañar a los pacientes hospitalizados graves y de darles sepultura normal a los fallecidos o, bien, la incapacidad del Estado para responder a la crisis sanitaria, tarea que al final recayó en la figura del personal de salud.

También jugaron un papel preponderante algunos ataques y procesos de desautorización de dicho personal desde el poder, i.e., cuestionando la validez de su conocimiento en torno al COVID-19 o descalificando las justas demandas por tener equipo de seguridad para poder trabajar, cosa que ocurrió, por ejemplo, en Brasil y en China; o descalificaciones de otro tipo como las ocurridas en USA con Trump y los negacionistas (Cathey, 2020), así como el aliento que se le dio en algunos lugares a diversas teorías conspiracionistas que propugnaban la inexistencia del COVID-19, o, bien, que se trataba de un plan gubernamental para dañar a la población, o diversas variantes de estas versiones (van Stekelenburg, De Cauwer, Barten, y Mortelmans, 2021).

Desde luego América Latina no fue ajena a este repunte de casos de agresión a personal de salud en el marco de la pandemia, y con causas y procesos similares a los reportados en otras partes del mundo (Bitencourt *et al.*, 2021; Dias, dos Santos, Martins, y Neto, 2021; Valdés *et al.*, 2020). En México también se documentó, tanto en reportes académicos como en notas de prensa, la crisis de agresiones a personal de salud durante la pandemia (Aspera-Campos, Gaspar Hernández-Carranco, Tadeo Gutiérrez-Barrera, y Quintero-Valle, 2020; Díaz-Victoria, 2020; Sarmiento, 2022).

ESTIGMA

Estigma como concepto psicosocial y sociológico

Goffman propuso el concepto de estigma “para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; *pero lo que en realidad se necesita es un len-*

guaje de relaciones, no de atributos” (Goffman, 1986, p. 13, cursivas añadidas). El autor señaló que, al estigmatizar a una persona, se le discrimina a partir de la elaboración de una teoría o una ideología que “explica” su inferioridad y el peligro que representa.

Como han sintetizado otros autores, Goffman hizo cuatro señalamientos clave: que el estigma es una perspectiva que se genera en contextos sociales específicos; que las personas desarrollan estrategias (como encubrimiento y enmascaramiento) para evitar o manejar los efectos de la estigmatización; que la estigmatización es históricamente específica en las formas que adquiere; y que el estigma es una forma de control social (Tyler y Slater, 2018). Pero hay que destacar desde ya que las agresiones y la violencia física contra los estigmatizados no son el punto central de Goffman (ni siquiera menciona estos aspectos), justamente porque, como veremos, el concepto está diseñado para estudiar formas de dominación, control y exclusión que no necesariamente se expresan en agresiones violentas directas.

A partir de la propuesta original de Goffman (en 1963), el concepto de estigma se ha desarrollado enormemente. Cabe diferenciar dos grandes campos donde esto ha ocurrido: el de la psicología social y el de la sociología.

Desde ciertas corrientes de la psicología social se ha propuesto que la tendencia a estigmatizar podría tener raíces evolutivas, lo que contribuiría a explicar que en muchas sociedades, y a lo largo de diversas épocas históricas, se observe una tendencia a excluir y marginar a personas afectadas por enfermedades infecciosas o con deformidades en el cuerpo (Kurzban y Leary, 2001; Neuberg, Smith, y Asher, 2000). En todo caso, el grueso de la investigación desde la psicología social se ha centrado básicamente en los efectos que la estigmatización tiene sobre las personas estigmatizadas. Desde esta perspectiva, se ha señalado que donde hay grupos estigmatizados hay también representaciones colectivas que legitiman o normalizan tales clasificaciones sociales. Major y O’Brien señalan que los grupos estigmatizados saben que están devaluados ante el resto de la sociedad y conocen los estereotipos culturales con que se les caracteriza, estigmatiza y discrimina (Major y O’Brien, 2005).

Cabe entonces preguntarnos si de los profesionales de la salud podemos decir que se trata de grupos estigmatizados. En todo caso la representación colectiva que circuló de ellos en los inicios de la pandemia incluyó una doble imagen: por una parte, que eran “héroes, salvadores, merecedores de aplauso”; y por otro, también la incipiente idea de que eran o podían ser portadores de contagio. No se trata, por tanto, de una representación colectiva de un grupo socialmente estigmatizado.

Más importante, a los efectos de este trabajo, es el desarrollo que ha alcanzado la investigación sobre estigma con un enfoque sociológico. Link y Phelan señalaron el uso poco riguroso que se ha hecho del concepto y propusieron reservar el término de estigma “cuando concurren elementos de etiquetación, estereotipación, separación, pérdida de estatus y discriminación en un contexto de poder que permita que esos componentes se desarrollen” (B. Link y Phelan, 2001, p. 367). El término de “etiquetación” es más sociológico que “atributo” o “marca”, porque hace referencia a la actividad de diferenciar que ejercen unas personas sobre otras. La estereotipación se refiere al encasillamiento de las personas estigmatizadas en caracterizaciones colectivas y negativas. La separación hace referencia a la diferenciación entre “ellos” (las personas estigmatizadas) y “nosotros”, que se basa en la creencia de que, efectivamente, existen diferencias *fundamentales* entre ambos grupos. Dicha creencia, a su vez, suele fundarse en la asimilación identitaria que se hace de los “otros” a un atributo: “tú eres canceroso”, en lugar de “tienes cáncer”. Esa etiquetación, a su vez, suele traducir una pérdida de estatus o de prestigio de las personas así caracterizadas, es decir, un desplazamiento hacia abajo de las personas estigmatizadas en la escala de las jerarquías sociales. Y, en un contexto de desigualdad de poder, los grupos así adscritos a posiciones de bajo estatus pueden ser discriminados, ya sea de manera individual o estructuralmente.

Revisemos entonces si es posible aplicar esta teoría de la estigmatización a los médicos y enfermeras. En primer lugar, ambas son profesiones en las que no predominan los estereotipos negativos. Por el contrario, suele caracterizárseles como profesionales esforzados dedicados al cuidado y atención

de los demás. Asimilar su identidad con su profesión (“eres médica” o “eres enfermera”) no supone que se presuma que existen diferencias fundamentales entre esos profesionales y el resto de la población en detrimento de aquellos. Por tanto, ¿los médicos y enfermeras tienen un estatus general devaluado? Es verdad que la percepción social de estas profesiones ha cambiado a lo largo de las últimas décadas, a partir de la desaparición de la medicina liberal y su sustitución por la medicina institucional (Schraiber, 2019). No tienen el estatus de antes y, como dijimos en la primera parte de este capítulo, son objeto de muchas formas de violencia desde antes de la pandemia. Con todo, siguen siendo un grupo con elevado estatus. De acuerdo con la Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología (ENPECYT), levantada por el INEGI y el CONACYT en 2017, la enfermería y la medicina se encuentran entre las tres profesiones más respetadas en México. Los datos indican, en consecuencia, que se encuentran lejos de ser grupos socialmente devaluados (García, 2018; INEGI, 2017).

Finalmente, el “contexto de poder” del que hablan los autores es absolutamente crucial para entender el correcto uso del concepto de estigma desde las ciencias sociales. En efecto, un desarrollo sociológico muy importante de este concepto se debe a la incorporación de la dimensión del poder y a lo que ellos mismos han llamado “el poder del estigma” o *stigma power* (B. G. Link y Phelan, 2014). Muchos de los procesos de estigmatización, señalan, proceden de maneras más bien sutiles, en el marco de lo que Bourdieu llamó “violencia simbólica”. Con ello se logran tres formas de control: mantener a la gente abajo (*keeping down people*); mantener a la gente dentro (*keeping people in*); y mantener a la gente lejos (*keeping people away*). Solo esta última se aplica, en ocasiones, a las personas enfermas o presuntamente contagiosas (Phelan, Link, y Dovidio, 2008).

Debemos preguntarnos, señalan los autores, si las personas que estigmatizan realmente tienen el poder para imponer de manera estable una diferenciación entre “ellos” y “nosotros”, lo cual se logra básicamente controlando el acceso a las instituciones educativas, laborales, de provisión de vivienda y de atención a la salud. Con frecuencia veremos que esto no es así (como en el caso que nos ocupa aquí, de las profesiones de salud), por lo que en

todo caso posiblemente algunos componentes cognitivos del estigma estarán presentes, pero no el estigma propiamente entendido desde una perspectiva sociológica. Ésta es, a nuestro entender, la raíz de la confusión que se observa en mucha de la literatura sobre las agresiones que sufrieron los profesionales de la salud al inicio de la pandemia. Como señalan los autores: “Recordemos que, si solo usáramos los componentes cognitivos de etiquetar y estereotipar para definir el estigma, grupos como abogados, políticos y personas blancas tendrían que ser considerados grupos estigmatizados. Nuestra incorporación de poder, pérdida de estatus y discriminación permite que la definición formal que derivamos sea coherente con la comprensión actual de lo que es un grupo estigmatizado” (B. Link y Phelan, 2001, p. 377). En el mismo tenor, podemos decir que ni los médicos ni las enfermeras son grupos socialmente estigmatizados.

Investigación sobre estigma y profesionales de la salud en el marco de la pandemia

En aras de la brevedad, nos interesa destacar aquí dos artículos recientemente publicados que incluyen, respectivamente, una revisión de cómo se ha usado el concepto de estigma en el marco de la crisis sanitaria por COVID-19, y una propuesta de adaptación del concepto ante las realidades de la pandemia.

En su revisión de la literatura sobre estigma y COVID-19, Schubert y colaboradores (Schubert *et al.*, 2021) buscan retomar algunos de los aportes propuestos en los últimos años para enriquecer el uso sociológico del estigma con la perspectiva de la interseccionalidad, en lo que se ha denominado el complejo estigma o *stigma complex* (Pescosolido y Martin, 2015). Bajo este nuevo concepto se postula la necesidad de distinguir, al aplicar el enfoque del estigma en la investigación social, conceptos como el carácter experiencial (percibido, endosado, anticipados, recibido y actuado) y la orientación de la acción (autoestigma, estigma por asociación, estigma público, estigma basado en el proveedor y estigma estructural).

Siguiendo la clasificación propuesta por Pescosolido y Martin, Schubert y colaboradores (Schubert *et al.*, 2021) clasifican la literatura tratando de diferenciar trabajos que presenten evidencias sobre tres tipos de estigma:

- “Estigma público”, donde se recogen evidencias de que sectores de la población suscriben el estereotipo o prejuicio contra profesionales de salud porque pueden tener COVID-19.
- “Estigma por asociación”, donde se recogen evidencias de que algunos sectores de la población suscriben estereotipos o prejuicios contra familiares y compañeros de trabajo de profesionales de la salud trabajando directamente con pacientes con COVID-19.
- “Autoestigma”, que a su vez se puede diferenciar en estigma internalizado, estigma percibido y estigma anticipado (trabajos que presentan evidencias de personas estigmatizadas que de alguna manera suscriben el estigma del que son objeto, sobre todo por la vía de sentimientos de culpa o de inferioridad. O bien, trabajos que recogen testimonios de personal de salud que está consciente de que está siendo objeto de prejuicios o de que podría llegar a serlo).

Si bien los autores registran trabajos donde se reportan algunas de las estrategias típicas de las personas que no quieren ser estigmatizadas (por ejemplo, profesionales de salud que ocultan la información de que atienden a personas con COVID), sus conclusiones son devastadoras: señalan que los 46 estudios revisados son de muy baja calidad, ya sea por un uso laxo de conceptos o porque su diseño metodológico es defectuoso, por lo que, señalan, poco se puede concluir de toda esa investigación. Por desgracia, una caracterización similar puede aplicarse a mucha de la literatura publicada recientemente sobre COVID y agresiones a personal de salud en nuestra región.

Por su parte, en el segundo trabajo se propone recuperar el carácter dinámico del fenómeno del estigma, máxime si se busca aplicarlo para investigar procesos de estigmatización relacionados con el COVID-19 (Farrimond, 2021). La autora señala que el estigma no es una condición estática ni fija,

sino que se realiza a través de procesos de continuidad y cambio. Propone tres conceptos para entenderlo mejor: linaje, variación y fuerza.

El *linaje* se refiere a la necesidad de identificar de qué corriente o tendencia deriva el estigma en cuestión. En el caso del COVID-19, por ejemplo, el estigma deriva de un grupo de enfermedades epidémicas e infecciosas ya estigmatizadas, como el VIH o la epidemia de influenza de 2009 (Fernández Poncela, 2012). Se ha mostrado que el linaje del estigma del coronavirus se asocia a que históricamente las enfermedades infecciosas han enfrentado los estigmas más poderosos (Dye *et al.*, 2020). Se sabe también que las enfermedades mortales, las enfermedades nuevas y las enfermedades sin una cura o tratamiento conocido son otros factores que también incrementan el riesgo de la estigmatización

La *variación* se refiere a la capacidad de los procesos de estigmatización de presentar diferentes intensidades a lo largo del tiempo, dependiendo de un conjunto de factores contextuales. Y la *fuerza* se refiere al alcance de los procesos de estigmatización, que incluye momentos históricos particulares en que el fenómeno puede debilitarse hasta desaparecer. En tal caso, si adoptáramos esta perspectiva para estudiar el problema de las agresiones al personal de salud durante los primeros meses de la pandemia, tendríamos que tratar de dar cuenta de esta dinámica y de explicar por qué se desvaneció al cabo de los primeros tres meses de iniciada la pandemia. Para ello, es necesario prestar atención tanto a las fuerzas que impulsan el estigma, como a las fuerzas contraestigmatizadoras.

Dado que los profesionales de la salud poseen un estatus social relativamente elevado, cabría pensar que por eso mismo están protegidos contra tendencias estigmatizantes de largo alcance: “Un relato procesual de la mutación del estigma, por lo tanto, presta atención al cambio complejo en el tiempo, incluyendo tanto fuerzas amplificadoras como fuerzas contrarias o desestigmatizadoras” (p.5).

En este entendido, de que los estigmas pueden mostrar una intensa dinámica, un artículo llegó a predecir que el estigma en torno al COVID-19 persistiría mucho tiempo después de que la epidemia desaparezca; que será

un factor que impida a aquellos que enfermaron recuperar sus capacidades plenamente; que la asociación del COVID-19 con grupos marginados y desempoderados hará que el estigma de esta enfermedad se escale; que, por lo tanto, el estigma del COVID reforzará las desigualdades sociales y en salud; y que las lesiones morales derivadas del estigma asociado al COVID-19 darán lugar a otra epidemia de padecimientos emocionales (Brewis, Wutich, y Mahdavi, 2020). Sin embargo, a la luz de las evidencias ya disponibles en estos años, parece que el estigma del COVID-19 ha mutado, pero en direcciones diferentes a las predichas por estos autores.

De más está señalar que nada de esto ha sido retomado o explicado en la ya muy amplia literatura sobre el tema. Las explicaciones han sido más bien simplistas o mecánicas (Espinosa Luna y Ramírez Ruiz, 2021).

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE AGRESIONES A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Las agresiones contra el personal de salud en México en los primeros meses de la pandemia se dieron en el contexto más general de un largo historial de agresiones que este personal viene experimentando desde hace varios años (Vargas, Vélez-Grau, Camacho, Richmond, y Meisel, 2021). Tenemos pocas fuentes para documentar empíricamente las características específicas que adquirió el fenómeno durante la pandemia. Una opción sería recurrir a las denuncias presentadas ante el Ministerio Público por parte de este personal. Sin embargo, la investigación científica ha demostrado que menos del 7% de los delitos que se cometen, en general, son denunciados en México, lo que hace que esta fuente sea desaconsejable para nuestros propósitos (Carreto Romero y Ramírez-Álvarez, 2022).

Otra alternativa es el registro de quejas por discriminación que obra en poder de la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Mediante una solicitud de información, pedimos un desglose detallado de todos los casos presentados por profesionales de la salud relacionados con

experiencias de acoso o discriminación sufridas con relación a la pandemia de COVID-19, a partir de marzo de 2020 y hasta diciembre de 2021.

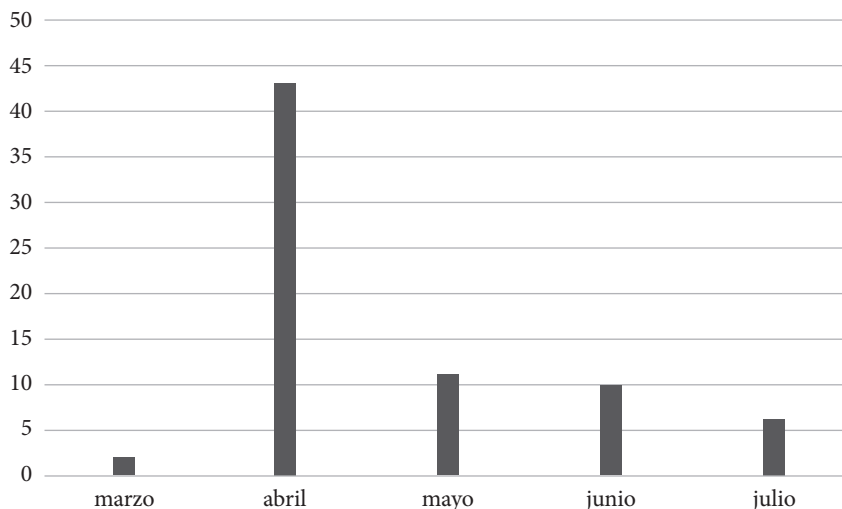
La CONAPRED reporta un total de 86 casos en todo el país, la mayoría de los cuales se refieren a quejas que interpone el personal médico y de enfermería porque se les obliga a seguir laborando en su centro de salud pese a presentar condiciones que los ponen en un riesgo mayor frente al COVID-19 (edad mayor de 60 años, otras comorbilidades, etc.), así como actos de discriminación en el transporte público o en sus unidades habitacionales. El mayor número de dichas quejas se presentó en el mes de abril de 2020 (sumaron 54); en mayo y junio de ese año se registraron 11 en cada mes; y a partir de ahí el número de quejas decreció a tres o menos quejas por mes. Y del total de casos, 54 fueron quejas presentadas por mujeres y 32 por hombres.

La mejor opción que se nos presentó fue revisar las notas de prensa que se publicaron en México en torno a esta materia, debido a que son las que ofrecen más información descriptiva de los casos. La oficina de la Cruz Roja Internacional en México realizó un seguimiento de prensa de las notas que referían actos de discriminación o agresiones contra personal de salud en el contexto de la pandemia. El registro inició en marzo de 2020 y se suspendió a partir de agosto de ese mismo año, ante la práctica extinción del fenómeno y su desaparición de los medios de comunicación masiva. Se registraron un total de 72 notas de prensa. La gráfica 1 muestra la tendencia.

Claramente el “pico” se registró en el mes de abril con 43 notas de prensa, y a partir de ahí se presentó una tendencia decreciente pasando a 11, 10 y 6 casos en los siguientes tres meses. Como se aprecia, la tendencia es muy semejante a la que describimos más arriba con base en los datos de la CONAPRED.

Hay que decir que, de las 32 entidades federativas del país, las notas periódicas se refieren a 22 de ellas. En diez estados del país no se registraron incidentes (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Hidalgo, Puebla, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas).

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE EPISODIOS DE AGRESIONES A PERSONAL DE SALUD REGISTRADAS POR LA PRENSA NACIONAL



Fuente: Cruz Roja Internacional. Oficina en México.

En contraste, el mayor número de incidentes se refiere a Chiapas (10), seguido de Ciudad de México y Jalisco (nueve cada uno); Estado de México, Oaxaca y Veracruz registran cinco cada uno; Sinaloa y Yucatán, cuatro, y Querétaro y Guerrero, tres. Michoacán, Morelos, Sonora, Durango y San Luis Potosí, con dos cada uno, y finalmente se registró un solo episodio en los estados de Chihuahua, Tabasco, Tamaulipas, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León y Nayarit.

Y, como en el caso anterior, un hallazgo importante se refiere al desbalance de género que se presenta en estas notas de prensa. Más de la mitad de ellas (40) se refieren a enfermeras, mientras que las notas que se refieren a médicos son apenas la mitad de aquellas (20; solo 27% del total). El resto (13%) se refiere a agresiones a hospitales, ambulancias o personal de la Cruz Roja.

Las estimaciones de la Cruz Roja Internacional sugieren que en este período hubo 79 enfermeras directamente afectadas por este fenómeno, así

como 35 médicos. Otros cálculos, basados en metodologías diferentes, estiman en “más de 200” el número total de afectados (García-Bermejo, 2020).

Como señalamos más arriba, en investigaciones previas hemos propuesto diferenciar entre violencia *externa* y violencia *interna* entre los profesionales de la salud (Castro y Villanueva Lozano, 2018). Una revisión de las notas de prensa relacionadas con este problema nos permite una clasificación de la violencia *externa* en tres grupos:

Discriminación y exclusiones con fines “preventivos”. Éstas se refieren no a agresiones físicas directamente, sino a conductas ejercidas por el público en general, cuya intencionalidad es separar a profesionales de enfermería o de medicina; es decir, poner distancia de por medio con la supuesta finalidad de evitar el riesgo de contagio, pues se asume que, siendo profesionales de la salud, pueden haber estado en contacto con personas enfermas de COVID-19 y, por lo tanto, portar también la infección. Las principales conductas que se registran en los medios dentro de esta categoría son:

- Negar acceso al transporte público.
- Negar acceso a establecimientos comerciales.
- Retirar el saludo.
- Conductas de evitamiento.
- “Invitación” a abandonar la vivienda o impedimento físico para que la ocupen.
- Impedir salir o entrar a una comunidad.
- Etiquetación.
- Negar el ejercicio de su profesión.

Agresiones con fines “preventivos”. Estas conductas, a diferencia de las anteriores, sí incluyen un componente de agresión física o verbal. También son ejercidas por el público en general y también están motivadas por el deseo de evitar el riesgo de contagio. Las conductas registradas por los medios dentro de esta categoría son:

- Insultos y amenazas en lugares públicos.
- Rociar a enfermeras con cloro.
- Ataque a ambulancias.
- Ataque a personal que fumigaba.
- Retención del personal de salud en sus centros de trabajo o en la comunidad.

Agresiones con fines “punitivos”. Las dos categorías anteriores engloban conductas que persiguen fines supuestamente preventivos; es decir, se ejercen contra el personal de salud no porque se sepa que efectivamente son portadores de COVID-19, sino solo por el riesgo potencial de que lo sean. Las conductas punitivas, en cambio, son aquellas que se entienden como actos de revancha o castigo contra profesionales de salud y que surgen ante el sentimiento de agravio que experimentan los agresores por actos, medidas o decisiones de parte del personal de salud. Las conductas registradas en los medios dentro de esta categoría son:

- Amenaza de quemar o quema real de un hospital.
- Escupir al personal de salud, o arrojarles café caliente o huevos por atender pacientes con COVID-19.
- Ataques al personal dentro de un hospital por no dejar pasar a ver a un familiar enfermo o no darlo de alta, o no atenderlo bien.
- Actos de incriminación contra personal médico o de enfermería, como resultado del diagnóstico o muerte por COVID-19 a un familiar.
- Amenazas a personal de salud por la muerte de un familiar por COVID-19.
- Destrozos a instalaciones de salud como respuesta por pacientes de COVID-19 fallecidos.

Junto con estas expresiones de violencia externa, igualmente importante, pero mucho menos documentada, es la violencia interna; es decir, el conjunto de actos de etiquetación, discriminación o agresión ejercidos por los integrantes del equipo de salud; es decir, personal médico y de enfermería, contra sus

propios colegas. A partir de una serie de entrevistas realizadas a médicos residentes, en el marco de otro proyecto de investigación,¹ hemos constatado que durante los meses más agudos de la pandemia se dieron fenómenos como la etiquetación como “COVIDólogos” al personal de salud que estaba asignado a la atención directa de pacientes y el desarrollo de conductas de segregación contra ellos; la designación como “covilandia” de las áreas específicas de atención a pacientes de COVID-19 al interior de los hospitales y el desarrollo de patrones de etiquetación y evitamiento tanto de las personas ahí adscritas como de las zonas así designadas. Un factor muy importante para destacar es que las razones que esgrimen los profesionales de la salud para discriminar a sus colegas al interior de los hospitales son semejantes a las que se reportan de parte de quienes les agreden en la calle: el miedo, simple y llano, al contagio (Arias y Martínez-Salazar, 2022, p. 26).

Uno de los pocos artículos que aborda el tema con sofisticación muestra el estigma que los médicos desarrollan y aplican entre ellos mismos, y no solo del que son objeto por parte de la población (Muñoz Martínez, 2021). El autor, además, intenta una diferenciación entre autoestigma, estigma interpersonal y estigma estructural. La dimensión de poder, muestra el autor, sobre todo se aprecia en el estigma que los médicos de jerarquía ejercen contra los médicos residentes e internos, justo porque se trata de subordinados que ya desde antes del COVID venían sufriendo abusos de varios tipos. Y como bien señala el autor, en ocasiones “la línea entre la gestión eficaz de riesgos interpersonales y organizacionales y el estigma y la discriminación parecería borrosa” (p. 678).

HACIA UNA EXPLICACIÓN DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

A la luz de lo expuesto hasta aquí, quedan claros varios elementos: a) que el concepto de estigma no necesariamente es la mejor alternativa para explicar

1 Castro, R., Proyecto de investigación sobre agresiones a médicos y médicas residentes por parte de sus superiores.

las agresiones sufridas por los profesionales médicos y de enfermería en los primeros meses de la pandemia; b) que dichas agresiones, si bien resultaron ser un fenómeno inadmisibles y que llamó mucho la atención por la cobertura que se le dio en los medios, no constituyó una “epidemia” paralela ni comparable; y c) que es indispensable contextualizar esas agresiones en el marco más general de violencias que históricamente viene enfrentando el personal médico, tanto de fuentes externas como internas.

Desde los primeros meses de la pandemia, uno de los autores de este capítulo propuso un acercamiento sociológico basado en Smelser para explicar las agresiones que se estaban registrando (Castro, 2020; Smelser, 1996). Se trató de un primer acercamiento a un fenómeno que recién comenzaba, del que se tenía aún poca evidencia empírica y del que, naturalmente, no se sabía cómo iba a evolucionar.

Al paso del tiempo estamos en condiciones de elaborar una explicación retrospectiva con más y mejores elementos tanto conceptuales como empíricos. Un primer elemento importante se refiere a la infodemia y, vinculado a ella, los rumores que se difundieron en torno al COVID-19, sobre todo al principio de la pandemia. La infodemia es un neologismo creado por la Organización Mundial de la Salud, precisamente en el contexto de la pandemia de COVID-19, para referirse a la “cantidad excesiva de información -en algunos casos correcta, en otros no- que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan” (OPS, 2020). De entre los millones de videos subidos a YouTube, de tuits, de mensajes enviados por WhatsApp y otros medios equivalentes, importa aquí enfatizar la cuestión de los rumores que circularon en México en los primeros meses de la pandemia. Los rumores “son ventanas a un mundo poco reconocido... en donde se captan las maneras de pensar de diferentes grupos sociales” (Zires, 2021, p.376). Los rumores expresan los temores, la incertidumbre y las teorías explicativas que eventualmente confieren cierto sentido a una realidad que, a los ojos de diversos grupos de población, se presenta como amenazante, desarticulada, inexplicable de otra manera, esto es, urgida de cierto ordenamiento interpretativo.

La infodemia ha resultado ser un fenómeno mundial que mostró constantes y variantes (Singh *et al.*, 2022; Xiao, Huang, Zhang, Wan, y Li, 2021).

La investigación muestra que, si bien el surgimiento de los rumores y noticias falsas se registró en múltiples países, las formas que adquirieron variaron en cada uno de ellos en función de las características culturales locales. No solo existen los rumores surgidos “espontáneamente” en algunas sociedades, sino, más importante aún, se ha comprobado la existencia de grupos de interés de variada índole que son proactivos en la fabricación y diseminación de rumores de diverso tipo (Oseguera Montiel, 2021).

En el caso de México, corrieron rumores de diferentes tipos. En algunas zonas del país, particularmente en ciertas comunidades de Chiapas, se decía que el personal de salud vacunaba y/o fumigaba para esparcir el COVID; en otros lugares se difundió la versión de que los médicos estaban matando deliberadamente a los pacientes; que les pagaban para certificar muertes por COVID; que todo era una campaña de las compañías farmacéuticas para vender su vacuna (cuando la tuvieran; en ese momento no estaba disponible); y otros rumores similares (Foro Consultivo, 2021).

En México, dos de los rumores que más circularon y que más efectos tuvieron fueron: uno que sostenía que “el coronavirus no existe” y otro que señalaba que en realidad a las personas “las están matando” los propios médicos y enfermeras mediante inyecciones de sustancias con el virus.

Al igual que el *estigma*, los rumores también poseen una dinámica muy intensa y se van transformando bajo el enorme impulso que le proveen las redes sociales: mensajes de texto y de voz, “memes”, videos, tuits, etc. Esta dinámica debe entenderse en el marco de un contexto de *luchas discursivas* en las que se enfrentan “diferentes lógicas de pensamiento científico, religioso, apocalíptico, conspiracionista, leyendas o mitos de múltiples tradiciones, junto con lógicas de pensamiento y orientación política más o menos partidaria de ‘la oposición’ o ligadas al régimen actual” (Zires, 2021, p. 378).

En estas luchas discursivas está en juego, en primer lugar, la voluntad de imponer una descripción e interpretación específica de las cosas (“el virus no existe” versus “el virus sí existe”; “los médicos están matando a la gente” versus “los médicos son los héroes que nos están salvando”, etc.). Pero, además de ello, a través de esas luchas se propagan, en mayor o menor grado, emociones colectivas concomitantes al contenido del rumor: quienes creen que

se trata de una conspiración genocida orquestada desde el gobierno con la colaboración del personal de salud pueden experimentar ante sí una amenaza muy importante para la propia supervivencia. El caso del asalto al hospital de Ecatepec² es ilustrativo del efecto que pueden tener estos rumores: “Estos llamados a agredir a los doctores y enfermeros a partir de la noción de que son criminales deben explicar algunas de las razones por las que ha sido agredido el personal médico en muchas regiones de México durante esta pandemia” (Zires, 2021, p. 394).

La reconstrucción que hace Zires del ambiente registrado en las redes en torno a este episodio y los rumores a él asociados muestra el ambiente de tensa confrontación entre diversos actores sociales en el ciberespacio en el que -y esto es crucial para nuestro argumento- se observan tácticas de estigmatización y contraestigmatización de unos grupos sociales a otros. Esto es, así como circula el rumor de que los médicos están matando a los pacientes y se les estigmatiza como criminales, aparecen otros mensajes que estigmatizan a los habitantes de Ecatepec como “ignorantes”, “salvajes” y otros calificativos despectivos. En consecuencia, es posible que existan (al menos parcialmente) procesos de estigmatización en el origen de las agresiones registradas contra el personal de salud en los primeros meses de la pandemia. Pero si hemos de observar procesos de estigmatización, debemos ver el contexto general, la estigmatización y la contraestigmatización, para comprender mejor el “ambiente”, esto es, el contexto social y colectivo en el que se dieron esos fenómenos.

En los mensajes de las redes sociales que analizan Zires y Oseguera se observa una enorme frustración de la población con los servicios de salud, alimentada a lo largo de muchos años; una grave sensación de haber sido engañados históricamente y de estarlo siendo otra vez en el contexto de la pandemia; y, consecuentemente, una enorme desconfianza en las instituciones. En el concepto de estigma en sí mismo no hay una teoría de la acción que explique, como se ha pretendido, las agresiones que se registraron. A dicha

2 <https://www.capitaledomex.com.mx/local/familiares-irrumpen-por-la-fuerza-en-el-hospital-las-americas-en-ecatepec-para-exigir-informacion-de-pacientes-con-COVID/>

teoría nos acercamos mucho más a través del análisis del estado de ánimo colectivo, tal como se aprecia en las redes sociales.

Ese contexto de frustración, decepción y desconfianza colectivas resultó ser un medio idóneo para la propagación del miedo ante un fenómeno que resultaba desconocido para todos. Es fundamental, por tanto, una explicación que dé cuenta de lo que significaba la pandemia y de la dificultad de controlar el miedo que suscitaba. Hacía falta una semiótica del miedo (Pliego Pérez, 2022).

Un segundo elemento muy importante que tampoco se ha considerado en los esfuerzos por explicar el problema de las agresiones al personal de salud (en general, y en el caso de la pandemia por COVID-19 en particular) se refiere a la certeza subjetiva de la impunidad, debida tanto a diversos vacíos legales que impiden defender desde la ley al personal de salud, como a la experiencia socialmente acumulada de que la probabilidad de enfrentar consecuencias legales por delinquir es extremadamente baja. Se sabe que es muy improbable que una agresión impulsiva en la calle sea sancionada. No existe una restricción para no hacerlo. Es lo que el Observatorio Ciudadano denominó “la pasividad con la que se han abordado las agresiones en contra del personal médico, la cual ha derivado en la impunidad de estos casos y en el respectivo incremento de su exposición al riesgo” (Observatorio Nacional Ciudadano, 2020).

CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos mostrado que el fenómeno de las agresiones al personal de salud a principios de la pandemia de COVID-19 fue un fenómeno que se registró en varios países del mundo en paralelo (y sin correlación alguna) con las manifestaciones de apoyo y reconocimiento que también se dieron hacia dichos profesionales.

Hemos mostrado que las agresiones que sufre el personal de salud son un problema de larga data, sobre el que se ha hecho mucha investigación en las últimas décadas, y hemos sugerido que no se puede ignorar este contexto en la explicación que buscamos. Hemos visto que una gran proporción de los trabajos publicados sobre este tipo de agresiones optó por “explicar” estas

manifestaciones de discriminación y violencia recurriendo al concepto de *estigma*, propuesto originalmente por Goffman. Hemos argumentado que dicha investigación, en su mayoría, carece de la sofisticación necesaria para recuperar todo el desarrollo subsecuente que presentó el concepto de *estigma* en las décadas posteriores a la propuesta original. Hemos mostrado, así, que dicho concepto, en su acepción actual, difícilmente puede ser indicado para sustentar una explicación adecuada del problema de las agresiones.

Hemos sugerido entonces que la explicación de dichas agresiones debe buscarse en los significados y los miedos que se asociaron a la pandemia en sus comienzos, máxime que se trataba de un fenómeno en ese momento desconocido y sin cura. Hemos mostrado, en consecuencia, que es una semiótica del miedo la ruta que ofrece las mejores posibilidades de dar cuenta, desde un enfoque de ciencias sociales, de la naturaleza de las agresiones registradas por un breve período que finalmente no se prolongó por más de tres o cuatro meses. Un enfoque basado en el concepto de *estigma* no permite dar cuenta fácilmente del desvanecimiento que se observó, al cabo de un breve período de tiempo, de estas agresiones y de la vuelta a la “normalidad”.

En la explicación de los fenómenos sociales, como el que nos ha ocupado aquí, es fundamental renunciar al expediente fácil de la explicación pretendidamente canónica y examinar con detalle el contenido y la evolución de los conceptos que buscamos usar para responder a las preguntas de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfageme, A. (2020). La crisis del Coronavirus. Por qué se les aplaude. *El País*. Retrieved from <https://elpais.com/sociedad/2020-05-03/por-que-se-les-aplaude.html>
- Arias, S., y Martínez-Salazar, I. (2022). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) Informe Regional de las Américas.
- Arredondo Trujillo, F., Gascón Santos, S., Espino Álvarez, L. A., y Torres Morquecho, M. (2014). Agresiones hacia los médicos durante el servicio social. *Gaceta Médica de México*, 150, 331-337. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55408>
- Aspera-Campos, T., Gaspar Hernández-Carranco, R., Tadeo Gutiérrez-Barrera, A. D., y Quintero-Valle, L. M. (2020). Violencia contra el personal de salud antes y durante la contingencia sanitaria COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58, S134-S143. Retrieved from http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3826
- Bitencourt, M. R., Alarcão, A. C. J., Silva, L. L., Dutra, A. d. C., Caruzzo, N. M., Roszkowski, I., . . . Carvalho, M. D. d. B. (2021). Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16(6), e0253398. doi:10.1371/journal.pone.0253398
- Brewis, A., Wutich, A., y Mahdavi, P. (2020). Stigma, pandemics, and human biology: Looking back, looking forward. *American Journal of Human Biology*, 32(5), e23480. doi:<https://doi.org/10.1002/ajhb.23480>
- Briody, C., Rubenstein, L., Roberts, L., Penney, E., Keenan, W., y Horbar, J. (2018). Review of attacks on health care facilities in six conflicts of the past three decades. *Conflict and Health*, 12(1), 19. doi:10.1186/s13031-018-0152-2
- Carreto Romero, C., y Ramírez-Álvarez, A. A. (2022). Why do Mexicans report so little crime? The determinants of crime reporting in Mexico. *Sobre México. Temas de Economía. Nueva Época*, 2(5), 42-68.

- Casallas Murillo, A. L., Peña Valero, A. M., Moreno Rodríguez, B., Marulanda Lenis, C. A., y Herrera Rodríguez, T. (2022). Agresiones al personal de salud y afectaciones en la prestación del servicio sanitario en Latinoamérica. Estado de la cuestión, 2011-2021. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 17(1), 7-18.
- Castro, R. (2020). Agresiones contra el personal de salud en el contexto de la epidemia del COVID-19. Apuntes hacia una reflexión sociológica. *Notas de Coyuntura* (1). doi:<https://doi.org//10.22201/crim.001r.2020.1>
- Castro, R., y Villanueva Lozano, M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*, xxxvi(108), 539-569. doi:10.24201/es.2018v36n108.1648
- Cathey, L. (2020, 6 August 2020). With string of attacks on doctors and experts, Trump takes aim at science: ANALYSIS. *ABC News*. Retrieved from <https://abcnews.go.com/Politics/string-attacks-doctors-experts-trump-takes-aim-science/story?id=72170408>
- Chakraborty, S., Mashreky, S. R., y Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. *Journal of Public Health*. doi:10.1007/s10389-021-01689-6
- Colegio Médico de México. (2018). Cómo actuar ante una agresión verbal o física. In A. C. Colegio Médico de México (Ed.). Ciudad de México.
- Dias, M. S. F., dos Santos, H. L. P. C., Martins, A. M. E. d. B. L., y Neto, J. F. R. (2021). Estigmas vivenciados por profissionais de saúde durante a pandemia do coronavírus: revisão integrativa. In M. S. F. Dias (Ed.), *Segurança do trabalho: experiências exitosas* (pp. 158-170). Brasil: Certifica Digital.
- Díaz-Victoria, A. R. (2020). Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52, 319-325. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000300319&nrm=iso
- Dye, T. D., Alcantara, L., Siddiqi, S., Barbosu, M., Sharma, S., Panko, T., y Pressman, E. (2020). Risk of COVID-19-related bullying, harassment and

- stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*, 10(12), e046620. doi:10.1136/bmjopen-2020-046620
- Espinosa Luna, C., y Ramírez Ruiz, L. (2021). Microsistemas de interacción: Agresiones al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 en México. *MAD*, 0(45), 46-59. doi:10.5354/0719-0527.2021.65871
- Farrimond, H. (2021). Stigma Mutation: Tracking Lineage, Variation and Strength in Emerging COVID-19 Stigma. *Sociological Research Online*, 0(0), 1-18. doi:10.1177/13607804211031580
- Fernández Poncela, A. M. (2012). Psicología de masas, identidad social, epidemias y rumores: la influenza en México. *Sociológica (México)*, 27, 189-230. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000200006&nrm=iso
- Foro Consultivo. (2021). Ciencia y el Coronavirus. Mitos y rumores. Retrieved from <https://foroconsultivo.org.mx/cienciayelcoronavirus/index.php/mitos-y-rumores>
- García-Bermejo, C. (2020). Más de 200 médicos y enfermeras fueron atacados por el estigma asociado al virus en México. *Salud con lupa*. Retrieved from <https://saludconlupa.com/noticias/mas-de-200-medicos-y-enfermeras-fueron-atacados-por-el-estigma-asociado-al-virus-en-mexico/>
- García, A. K. (2018). Profesiones más respetadas en México. *El Economista*. Retrieved from <https://www.economista.com.mx/empresas/Profesiones-mas-respetadas-en-Mexico--20181105-0040.html>
- Ghosh, K. (2018). Violence against doctors: A pandemic in the making. *European Journal of Internal Medicine*, 50, e9-e10. Retrieved from [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(17\)30319-9/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(17)30319-9/fulltext)
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hobbs, F. D. R., y Keane, U. M. (1996). Aggression against Doctors: A Review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89(2), 69-72. doi:10.1177/014107689608900203

- INEGI. (2017). *Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología (ENPECYT) 2017*. Retrieved from: <https://www.inegi.org.mx/programas/enpecyt/2017/#Tabulados>
- Kapoor, M. C. (2017). Violence against the medical profession. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 33(2), 145-147. doi:10.4103/joacp.JOACP_102_17
- Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., y Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of postgraduate medicine*, 66(3), 149-154. doi:10.4103/jpgm.JPGM_96_20
- Kurzban, R., y Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol Bull*, 127(2), 187-208. doi:10.1037/0033-2909.127.2.187
- Link, B., y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., y Phelan, J. (2014). Stigma power. *Soc Sci Med*, 103, 24-32. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.035
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., . . . Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. doi:10.1136/oemed-2019-105849
- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393-421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., y Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101381. doi:<https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
- Montes-Villaseñor, E., García-González, J., Blázquez-Morales, M. S. L., Cruz-Juárez, A., y De-San-Jorge-Cárdenas, X. M. d. C. (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos.

- CienciaUAT*, 12, 54-66. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054&nr=iso
- Muñoz Martínez, R. (2021). COVID-19 and Social Stigma in Hospitals: A New Epidemic of Signification? *Medical Anthropology*, 40(7), 667-681. doi:10.1080/01459740.2021.1974021
- Neuberg, S., Smith, D. M., y Asher, R. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. *The Social Psychology of Stigma*, 31-61.
- Observatorio-Nacional-Ciudadano. (2020). *Responsabilidades y corresponsabilidades en las agresiones a personal sanitario en México en el contexto de la COVID-19*. Retrieved from Ciudad de México: <https://onc.org.mx/buscar/Responsabilidades%20y%20corresponsabilidades>
- OPS. (2020). Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. In. Washington: OPS.
- Oseguera-Montiel, A. (2021). El otro virus: rumores y chismes sobre la pandemia COVID-19. Una explicación cognitiva. *Antropología Americana*, 6(11), 11-30.
- Patil, P., y Taneja, S. (2021). Medicine or martyrdom? A peek into the rising violence against doctors during times of COVID-19. *Journal of family medicine and primary care*, 10(8), 2732-2734. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1790_20
- Pescosolido, B. A., y Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 87-116. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145702
- Phelan, J. C., Link, B. G., y Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science y Medicine*, 67(3), 358-367. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Pliego Pérez, S. (2022). Perspectiva (bio)semiótica sobre las agresiones al personal de salud en México durante la pandemia de COVID-19. *Devenires*, 23(45), 173-211. Retrieved from <https://devenires.umich.mx/devenires/index.php/devenires/article/view/782>
- Reddy, I. R., Ukrani, J., Indla, V., y Ukrani, V. (2019). Violence against doctors: A viral epidemic? *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 4), S782-S785. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_120_19

- Sarmiento, M. (2022). Crónica de la violencia en contra del personal de salud durante el primer año de pandemia (Primera Parte). *Saludiarío*. Retrieved from <https://www.saludiarío.com/cronica-de-la-violencia-en-contra-del-personal-de-salud-durante-el-primer-ano-de-pandemia-primera-parte/>
- Schraiber, L. B. (2019). *El médico y la medicina. Autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo xx*. Buenos Aires, Argentina ENDULa.
- Schubert, M., Ludwig, J., Freiberg, A., Hahne, T. M., Romero Starke, K., Girbig, M., . . . Seidler, A. (2021). Stigmatization from Work-Related COVID-19 Exposure: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6183. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6183>
- Singh, K., Lima, G., Cha, M., Cha, C., Kulshrestha, J., Ahn, Y.-Y., y Varol, O. (2022). Misinformation, believability, and vaccine acceptance over 40 countries: Takeaways from the initial phase of the COVID-19 infodemic. *PLoS ONE*, 17(2), e0263381. doi:10.1371/journal.pone.0263381
- Smelser, N. J. (1996). *Teoría del comportamiento colectivo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Taylor, S., Landry, C. A., Rachor, G. S., Paluszek, M. M., y Asmundson, G. J. G. (2020). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*, 75, 102289. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102289
- Tyler, I., y Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review*, 66(4), 721-743. doi:10.1177/0038026118777425
- Valdés, P. R., Viera-Jaraba, A., Cámara, L. A., Batista-Rujano, N., Melgar-Cuéllar, F., de la Serna, M., . . . Betancourt-Torres, I. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3), 55-69. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163164977009>
- Van Stekelenburg, B. C. A., De Cauwer, H., Barten, D. G., y Mortelmans, L. J. (2021). Attacks on Health Care Workers in Historical Pandemics and

- COVID-19. *OSF Preprints*. Retrieved from <https://doi.org/10.31219/osf.io/rw4es>
- Vargas, L., Vélez-Grau, C., Camacho, D., Richmond, T. S., y Meisel, Z. F. (2021). The Permeating Effects of Violence on Health Services and Health in Mexico. *Journal of Interpersonal Violence*, 0(0), 0886260521990832. doi:10.1177/0886260521990832
- Xiao, Q., Huang, W., Zhang, X., Wan, S., y Li, X. (2021). Internet Rumors During the COVID-19 Pandemic: Dynamics of Topics and Public Psychologies. *Frontiers in Public Health*, 9. doi:10.3389/fpubh.2021.788848
- Zires, M. (2021). “El coronavirus no existe”. “Los están matando”. De rumores y lógicas de pensamiento conspiracionista en México. In G. Gutiérrez Cham, S. Herrera Lima, y J. Kemner (Eds.), *Pandemia y crisis: el COVID-19 en América Latina* (pp. 376-406). Guadalajara, México: CALAS Maria Sibylla Merian Center.

Tomo 6

La década COVID en México

Los imaginarios de la pandemia



Desde la aparición de la pandemia generada por el COVID-19 han aparecido con suficiente claridad nuevos sujetos, prácticas discursivas y de comportamiento que apuntan a patrones y modelos abstractos existentes en el mundo social, los imaginarios, que nos orientan por nuevos caminos para comprender la actividad colectiva mediante la observación y análisis de las manifestaciones que revelan parte del comportamiento gregario generado en su desenvolvimiento consciente o inconsciente.

El conjunto de textos aquí reunidos muestra los cambios experimentados en diversos ámbitos y por distintos sujetos de la vida social, registran algunos de los modelos y transformaciones que se introducen en los imaginarios y que se relacionan con las formas en las que nos movemos en el tiempo y en el espacio, nuestras ideas del presente y del futuro, los lenguajes, las afectividades, los conocimientos.



SECRETARÍA GENERAL

Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS
Dirección General de Comunicación Social



**COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES**