

Efectos sociodemográficos y socioeconómicos en el desarrollo de la población frente a la **COVID-19**.

*Desafíos y oportunidades en el **Marco del Consenso de Montevideo***



La elaboración de este documento fue impulsada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Agradecimientos

El UNFPA agradece al Dr. Telésforo Ramírez García por el acompañamiento en la coordinación de este estudio.

Revisión comunicacional

Claudia Martínez

Carelia Gómez

Coordinación general

Noé Valdiviezo

Viridiana Ocampo

Supervisión general

Sr. Arie Hoekman, Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México

Sr. Iván Castellanos, Oficial Nacional de Programas de Población, Desarrollo y Juventud

Las ideas y opiniones expresadas en la presente publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos no implican por parte del UNFPA juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

El UNFPA ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información de la presente publicación. La persona lectora es responsable de la interpretación y uso que se haga de este material. Bajo ninguna circunstancia el UNFPA será responsable de cualquier daño directo, indirecto, incidental o consecuente que resulte del uso de esta publicación.

El uso del contenido total o parcial de la presente publicación debe atribuirse al Fondo de Población de las Naciones Unidas.

ISBN 978-607-96817-4-6

ÍNDICE

01 Prólogo

03 Introducción

11 La pandemia de COVID-19 en México

Rosario Cárdenas

24 Impacto del COVID-19 en la integración
de la población y el desarrollo:
una mirada desde el Consenso de
Montevideo

Manuel Ordorica

42 Entre la desigualdad y las brechas
existentes: retos y oportunidades ante
la pandemia por COVID-19 para las
niñas, niños, adolescentes y jóvenes en
México

Andrea Bautista León y

Gabriela Sánchez-Soto

62 El impacto de la COVID-19 en el
envejecimiento en México.

Un análisis a partir de la protección
social y la situación socioeconómica de
las personas adultas mayores

Verónica Montes de Oca y

Telésforo Ramírez-García

91 Reflexiones en torno a los desafíos en el
acceso universal a los servicios de salud
sexual y reproductiva en el contexto de
la pandemia por COVID-19

Nathaly Llanes Díaz

114 La vulnerabilidad de la igualdad de
género en el contexto del COVID-19.
Evidencias desde México

Irene Casique y Sonia M. Frías

140 Inmigración en México, el Consenso de Montevideo y los derechos humanos en el contexto del COVID-19

Manuel Ángel Castillo

159 Expansión metropolitana, desigualdades territoriales y vulnerabilidad social ante la pandemia del COVID-19 en la región Centro de México

A. Guillermo Aguilar, Armando García de León y Josefina Hernández Lozano

186 El impacto de la pandemia de COVID-19 en los pueblos indígenas en México. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción

Germán Vázquez Sandrin y Felipe de Jesús Cenobio García

205 Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción

Germán Vázquez Sandrin

228 Las agendas internacionales de población y la recuperación de las condiciones de vida frente a la pandemia de COVID-19

Rosario Cárdenas

256 Acerca de los autores de los capítulos

Prólogo

La pandemia por coronavirus 19 (COVID19), anunciada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, es originada por una nueva cepa de coronavirus que fue reportada a nivel internacional por primera vez el 31 de diciembre de 2019 por parte de las autoridades sanitarias de la República Popular de China. A casi dos años del inicio de la pandemia, en noviembre de 2021 la OMS reporta más de 250 millones de casos, y más de 5 millones de defunciones por COVID19, a nivel global. En el caso de México el primer caso confirmado se presentó el 28 de febrero de 2020. A partir de entonces el número de casos ha alcanzado al 12 de noviembre de 2021 los 3.8 millones y 290,630 defunciones por COVID19.

A nivel global, los sistemas sanitarios no se encontraban preparados para una emergencia sanitaria de esta magnitud. En el caso de América Latina la situación social y económica, así como la desigualdad persistente nos ha llevado a enfrentar este desafío en mayores condiciones de vulnerabilidad.

En la lucha internacional contra la pandemia nos enfrentamos también a una peligrosa epidemia de desinformación. La pandemia cambió la dinámica en la vida cotidiana de las personas y afectó al mundo entero de forma radical. En América Latina, los efectos develaron la vulnerabilidad y desigualdades sociales de los países, e incluso, potenció aquellos que antecedian a la pandemia, tal como lo demuestran las autoras y los autores a lo largo de esta publicación titulada “Efectos sociodemográficos y socioeconómicos en el desarrollo de la población frente a la COVID-19. Desafíos y oportunidades en el Marco del Consenso de Montevideo”.

¿Cómo empezar a solucionar todo eso que la pandemia arrasó a su paso? Los escenarios posteriores a la pandemia representan un desafío ya que son muchos los efectos sociales y económicos a corto, mediano y largo plazos pues indiscutiblemente ha causado retrocesos en las metas que se tenían para alcanzar sociedades más justas y equitativas. En ese sentido, un instrumento de gran ayuda es el Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo, un documento internacional que en este escenario se hace más indispensable que nunca, de manera que bien puede contribuir como una guía desde distintos enfoques para paliar las áreas que la pandemia trastocó.

En 2020, las autoras y los autores aquí reunidos, cada uno con un alto reconocimiento en sus áreas, fueron invitados a escribir sus reflexiones críticas y propositivas sustentadas en evidencia científica sobre cada uno de los apartados del Consenso de Montevideo y sobre cómo se relacionan con los efectos de la pandemia por COVID-19. En las siguientes páginas se analizan estos temas y se proponen algunos caminos a seguir pues es necesario mantener una constante reflexión y análisis durante todas las etapas de la situación sanitaria. Así, es indispensable debatir sobre las problemáticas y todas las acciones que se tendrán que tomar para cumplir con las metas que nos hemos propuesto desde hace algunos años al fijarnos como fecha el año 2030.

Las autoras y los autores coinciden en que debemos tener información estadística periódicamente actualizada y desagregada para conocer mejor los efectos directos e indirectos de la pandemia, saber sobre los contrastes socioeconómicos que se acentuaron y de esa manera actuar mejor para garantizar los derechos humanos de la población a lo largo y ancho del país.

La recuperación llevará algunos años, los indicadores que se tenían antes de la pandemia se volverán a alcanzar luego de cierto tiempo de estabilidad. De acuerdo a lo planteado por los autores de esta publicación, para volver a la situación previa a la pandemia es necesario un compromiso de todos los sectores, así como la formulación de acciones decididas que permitan revertir los efectos socioeconómicos. A su vez, se resalta la importancia de que éstas se operacionalicen bajo una estrecha colaboración y coordinación de los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal), así como del Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial; además, junto con ellos, deberán coadyuvar la academia, las organizaciones de la sociedad civil y la iniciativa privada en coordinación con organismos internacionales de cooperación. El crecimiento económico y el desarrollo sostenible deben ir acompañados de inclusión social y de sustentabilidad ambiental. Sin ellos, la garantía del pleno ejercicio de los derechos humanos se desvanece para quienes más requieren apoyo.

Son muchos los retos que se presentan para el futuro inmediato, pero también son muchas las oportunidades de acción. Esperamos que esta publicación aporte a generar acciones basadas en evidencia para que la política pública garantice tener poblaciones más igualitarias y justas.

Introducción

A casi un año de que fuera declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, que produce la enfermedad del COVID-19, ha infectado a millones de personas y les ha cobrado la vida a cientos de miles de ellas. La situación de la pandemia de la COVID-19 es de tal gravedad que ha provocado una crisis sanitaria a nivel mundial, y ha sido considerada como una de las más devastadoras en la historia de la humanidad, debido a sus niveles alarmantes de contagio y letalidad, los cuales son superiores a los ostentados por los coronavirus causantes del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente medio (MERS).

A la fecha, ningún país ha quedado intacto, ningún grupo poblacional ha salido ileso, pues el coronavirus ha echado mano de la conectividad y la movilidad poblacional que caracterizan al siglo XXI para llegar a todas las naciones y diseminarse velozmente entre sus territorios y poblaciones, sin encontrar en su paso muros ni fronteras que lo detengan. América Latina y el Caribe es la región del mundo con mayor cantidad de contagios, al sumar 27.9 millones de casos positivos a finales de noviembre de 2020, situándose por arriba de América del Norte, y superando con creces los casos registrados en Europa (18.8 millones), que fue la región más afectada a principios del año, y en Asia (16 millones), donde se registró el primer brote de coronavirus. México es uno de los países de la región de las Américas que más ha sido afectado por la pandemia, pasando de 1.1 millones de casos acumulados en 2020 a 4.1 millones en noviembre de 2021. Asimismo, ostenta una de las tasas de letalidad por COVID-19 más alta entre los países de la región y del mundo.

La diseminación del coronavirus SARS-CoV-2 a largo y ancho del territorio mexicano, sobre todo en algunas entidades federativas como la Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato y Nuevo León, ha provocado una crisis sanitaria debido a la alta demanda de atención de personas contagiadas, misma que se ha traducido en una sobrecarga para algunas instituciones de salud en el país. Además, desde que se decretó oficialmente el comienzo de la pandemia, a principios del mes de abril de 2020, los servicios de salud de rutina fueron reorganizados o interrumpidos y algunas clínicas de salud y hospitales dejaron de brindar atención a las personas que se encontraban en tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades, que requieren monitoreo de manera periódica como la diabetes y el cáncer, o los servicios prenatales y la demanda de otros servicios de salud reproductiva, como la anticoncepción, que requieren atención frecuente. Esto debido a que muchos especialistas de la salud que normalmente brindan estos servicios fueron designados a actividades dirigidas a combatir al coronavirus.

La gravedad de la pandemia y las estrategias sanitarias que se han implementado han tenido implicaciones en el acceso a la salud de la población mexicana, acrecentando así las desigualdades estructurales ya existentes. Debido a que los riesgos de contagio y sus consecuencias recaen en forma desproporcionada en ciertos grupos vulnerables, especialmente en personas que viven en condición de pobreza, marginación y que no cuentan con ningún tipo de protección social y seguridad médica, así como en aquellas que históricamente han sufrido discriminación como son los indígenas y afrodescendientes;

entre otros grupos que también requieren atenciones prioritarias como son las mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, migrantes, refugiados, desplazados y miembros de la comunidad LGTBTTTI. También se ha evidenciado que las personas que padecen algunas comorbilidades (diabetes, obesidad, cáncer, hipertensión, complicaciones cardíacas, entre otras) o que tienen una discapacidad son altamente vulnerables a enfermarse gravemente o presentar complicaciones por la COVID-19.

De ahí que, desde inicios de la pandemia, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) hizo un llamado a los Estados a proteger y garantizar la seguridad, los derechos humanos y la salud pública de todas las personas que se encuentren en situación de riesgo durante esta emergencia sanitaria internacional, independientemente de su género, grupo de edad, origen étnico o racial, situación migratoria u orientación sexual. Desafortunadamente, la pandemia de la COVID-19 no es solo una crisis de índole sanitaria, sino también económica. En México, las medidas de confinamiento, la suspensión de actividades económicas no consideradas como esenciales, la cancelación de viajes turísticos y de negocios, el cierre total o parcial de las fronteras, y otras medidas de contención implementadas para controlar y disminuir los contagios han afectado severamente la economía y el mercado de trabajo nacional.

Las tasas del empleo formal e informal disminuyeron, mientras que las de desempleo y subempleo se incrementaron sustancialmente, sobre todo durante los primeros meses de 2020. De tal forma que millones de personas perdieron su empleo, redujeron su jornada de trabajo o se retiraron, al menos temporalmente, del mercado laboral debido al confinamiento. Entre ellos, las mujeres, muchas de las cuales han tenido que abandonar el trabajo extra-doméstico para hacerse cargo de las labores domésticas, la educación y cuidado de la salud de los demás miembros de la familia; los trabajadores informales, quienes han tenido dificultades para desplazarse; y las personas que se empleaban en actividades relacionadas con el comercio, las manufacturas, los servicios de turismo y las pequeñas y medianas empresas. Muchos trabajadores no solo perdieron su empleo y su salario, sino también sus prestaciones laborales, como el seguro médico, quedando en una situación de vulnerabilidad social frente a la pandemia de la COVID-19.

En términos económicos, la crisis sanitaria ha afectado a la población en general, pero ha azotado con mayor ímpetu a los grupos poblacionales más vulnerables, disminuyendo los ingresos y capacidad de ahorro de los hogares, y afectando las condiciones de vida de sus integrantes, además de contribuir a agudizar la pobreza y la desigualdad económica y socio-territorial en el país. Ante los estragos provocados por la pandemia en los mercados laborales a nivel mundial, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hizo un llamado a los gobiernos, las empresas y organizaciones sindicales a adoptar medidas de prevención y protección de los trabajadores en el lugar de trabajo, estimular la economía y el empleo, sostener los puestos de trabajo y los sueldos y salarios, así como garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos de los trabajadores. Este organismo y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), prevén que la recuperación de los niveles de actividad económica de los países de la región previos a la pandemia llevará algunos años.

Además de las crisis de la salud y la económica, la pandemia ha generado otras problemáticas (violencia de género y doméstica, deserción escolar, distanciamiento familiar, ajustes en la organización y estructura de los hogares, por mencionar algunas), pues ha impactado en casi todos los ámbitos de la vida de la población mexicana, la seguridad y los derechos humanos de todas las personas, familias y comunidades. Por lo que para buscar soluciones a los impactos sociodemográficos y socioeconómicos presentes y futuros que está ocasionando y ocasionará la pandemia de la COVID-19, deberá engendrarse

una profunda reflexión sobre la estructura social de la población mexicana –tanto en el plano nacional, como estatal y municipal–, así como implementar políticas públicas que permitan superarlos con éxito, y que además permitan reorientar el desarrollo sobre la base de la igualdad y los derechos humanos de las personas – comprendidos los derechos a la salud, económicos, sociales, civiles y políticos–, y con una perspectiva de género e interculturalidad, a fin de asegurarnos de no dejar a nadie atrás.

Mirando hacia delante, nuestra labor de reconstrucción post pandemia COVID-19 debe ser mejor. En tal sentido, el Consenso de Montevideo sobre la población y desarrollo, que se basa en los derechos humanos para el desarrollo de las poblaciones, constituye un instrumento de gran utilidad para encarar y evaluar los impactos directos e indirectos de la pandemia en distintos ámbitos de la vida de las personas y grupos de población mexicana más vulnerables y que han sido afectados por la pandemia; ya que proporciona un marco conceptual para que la economía y la sociedad sean más inclusivas y sostenibles desde los enfoques de la salud, género, interculturalidad e intergeneracional. Además de que contiene distintos indicadores sobre temas y grupos poblacionales que han sido identificados como de atención prioritaria en la agenda de las políticas de población y desarrollo de los países de América Latina y el Caribe, muchos de los cuales, sin lugar a dudas, han sido trastocados por las distintas crisis generadas por la pandemia.

Por tanto, considerar el Consenso de Montevideo como marco de referencia no solo permitirá evaluar los impactos demográficos, económicos y sociales de la pandemia de la COVID-19 y monitorear las medidas implementadas para mitigarlos, sino también los efectos y retrocesos que haya generado en los ámbitos sustanciales de dicho instrumento. Además, la recuperación de las crisis generadas por el coronavirus SARS-CoV-2 también tiene que respetar los derechos de las generaciones futuras, y generar acciones para potenciar el cumplimiento de los compromisos internacionales suscritos por el gobierno de México, como la Declaración de Nairobi, (Aquí va la nota de pié de página con la siguiente liga: <https://www.nairobisummitcpd.org/sites/default/files/files/Nairobi%20Summit%20SPANISH.pdf> así como los resultados transformadores del UNFPA: Cero necesidades insatisfechas de planificación familiar, cero muertes maternas evitables, y cero casos de violencia de género y prácticas nocivas. Los temas y medidas prioritarias están contenidos en diez apartados:

En el apartado A, Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos, los acuerdos de los gobiernos y medidas prioritarias giran en torno a tres elementos: 1) el desarrollo sostenible como medio para asegurar el bienestar humano, 2) la integración de los temas de población en las políticas públicas, sectoriales y de planificación del desarrollo, con un enfoque de derechos humanos; y 3) la importancia del conocimiento de la dinámica demográfica y su integración en dichos instrumentos.

En el apartado B, Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las medidas están orientadas a lograr el bienestar general de estos grupos poblacionales, asegurando su participación activa en la sociedad y en la toma de decisiones. Proporcionar educación sexual integral e implementar programas de salud sexual y reproductiva oportunos y de calidad a los adolescentes y jóvenes, con una perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural.

En el apartado C, Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos, pone énfasis en la necesidad de formular políticas públicas que aseguren un envejecimiento saludable, inclusivo y de calidad, el desarrollo de las potencialidades y la participación plena de las personas adultas mayores en la sociedad,

considerando especificidades de género, edad, regiones, grupos étnicos y socioeconómicos. Así como erradicar las múltiples formas de violencia y discriminación que las afectan, entre otros temas.

En el apartado D, Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, las encomiendas pueden agruparse en dos grandes temas, 1) la salud sexual y reproductiva, que incluye la prevención de infecciones de transmisión sexual y el autocuidado respecto de estas infecciones, la planificación familiar, la atención prenatal y del parto, la mortalidad materna y la interrupción voluntaria del embarazo, y 2) los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, los cuales deben garantizarse, sin coerción, ni discriminación de ningún tipo, ni violencia alguna.

El apartado E, Igualdad de género, al igual que el D, es transversal a los demás capítulos del Consenso. En él se enuncian acuerdos y compromisos para impulsar la igualdad de género, la autonomía y la participación de la mujer en las políticas públicas y el desarrollo, así como en la rendición de cuentas, la planificación y gastos del sector público, la toma de decisiones y los procesos electorales. Contempla, además, la prevención de la violencia, el hostigamiento y acoso sexual en mujeres y hombres, y el mejoramiento de los sistemas de estadística, indicadores y registros administrativos con perspectiva de género.

En el apartado F, La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes, hace mención a distintas medidas orientadas a resaltar los acuerdos entre países sobre las políticas, las normativas y los derechos humanos de las personas migrantes, con el objetivo de establecer acciones encaminadas a eliminar la xenofobia y la discriminación hacia los migrantes, solicitantes de refugio y asilo político. Así como erradicar la irregularidad, la trata de personas y el tráfico de migrantes.

En el apartado G, Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad, se destacan las medidas prioritarias establecidas en torno a los planes, políticas, programas e instrumentos de planificación, gestión territorial, desarrollo social, bienestar y seguridad de la población, la seguridad ciudadana y la prevención de problemas económicos y sociales. También resalta las recomendaciones en torno a los desastres naturales y socio-ambientales, y la explotación de los recursos naturales.

En el apartado H, Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos, se plasman los acuerdos establecidos para garantizar el reconocimiento de los derechos humanos y la libre determinación de las personas y los pueblos indígenas, así como las recomendaciones hechas en materia de política pública para mejorar sus condiciones de vida y garantizar el derecho a la salud en general, la salud sexual y reproductiva, la protección contra la violencia y discriminación, y su identificación en las estadísticas nacionales.

El apartado I, Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial, contiene los acuerdos gubernamentales establecidos para avanzar en la visibilización, la garantía de los derechos humanos y la mejora de las condiciones de vida y de salud de las personas afrodescendientes. También se establecen como prioridades la necesidad de considerar dinámica demográfica y sociocultural de la población afrodescendiente en las políticas públicas, su identificación en las estadísticas nacionales, y la eliminación de la discriminación étnica y racial.

En el apartado J, Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo, se establece la importancia de mantener una agenda regional en materia de población y desarrollo sobre la base del Programa de Acción de El Cairo (1994). Y se destacan cuatro componentes

importantes en la implementación, el seguimiento y la consecución del mismo: 1) el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas, 2) el mejoramiento de las fuentes de información estadística, 3) la capacitación de recursos humanos en población, y 4) la armonización de indicadores de salud.

En este contexto, cabe destacar que la generación de evidencia científica e información estadística de tipo transversal y longitudinal, así como la incorporación de la mirada analítica de la perspectiva de curso de vida, también son necesarias para enfrentar los impactos sociodemográficos y socioeconómicos generados por la pandemia en el corto, mediano y largo plazo. Por esta razón, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México convocó a un grupo de investigadores y especialistas, cuyos trabajos y líneas de investigación están vinculados a los diez temas o apartados del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, a escribir un ensayo científico en el que documentaran, reflexionaran y vertieran algunas recomendaciones de política pública para abatir dichos impactos. Estos ensayos dieron origen a la presente publicación, la cual está conformada por once capítulos, los cuales se describen brevemente a continuación.

El primer capítulo del libro, “La pandemia de COVID-19 en México”, escrito por Rosario Cárdenas, catedrática e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, presenta un breve pero minucioso recuento cronológico de la pandemia hasta principios del mes de noviembre de 2020. Destacando, entre líneas, la intensidad de los contagios del coronavirus SARS-CoV-2 en el país, así como sus impactos en las condiciones de salud y en la mortalidad de la población mexicana, los cuales son diferentes a nivel nacional y estatal. Estas discrepancias, según la autora, son el reflejo de las desigualdades socioeconómicas existentes en el país. Mismas que subyacen a otros fenómenos igualmente preocupantes como son la morbimortalidad y las barreras de acceso a la salud y a la seguridad social. El capítulo cierra con algunas reflexiones sobre las posibles acciones de política pública que deberían mantenerse o ampliarse para responder con mayor eficacia a la situación de la pandemia en el país.

En el segundo capítulo, “Impacto del Covid-19 en la integración de la población y el desarrollo: una mirada desde el Consenso de Montevideo”, escrito por Manuel Ordorica, profesor-investigador de El Colegio de México, plasma algunas reflexiones en torno a la integración de las políticas de población en la planeación del desarrollo, resaltando los logros y obstáculos que se han tenido en las últimas décadas en México. Resalta la necesidad de fortalecer las instituciones encargadas de vincular la población y el desarrollo a nivel nacional y sub-nacional, sumando la participación de actores no gubernamentales. El autor postula que si existiera una adecuada integración de ambos instrumentos, tal como se manifiesta en el apartado A del Consenso de Montevideo, quizá, hubiera sido posible enfrentar de mejor manera la pandemia del SARS-CoV-2 y hacer frente a sus impactos sociodemográficos y socioeconómicos en el país.

El tercer capítulo, “Entre la desigualdad y las brechas existentes, retos y oportunidades ante la pandemia por COVID-19 para las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en México”, fue escrito por Andrea Bautista León, encargada del departamento de Información e Investigación en Género en el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), y Gabriela Sánchez-Soto, investigadora en el Houston Education Research Consortium de la Universidad de Rice en Houston, Texas. Las autoras presentan una descripción general del escenario demográfico y las características socioeconómicas de los hogares de niñas, niños, adolescentes (NNA) y jóvenes, para posteriormente centrarse en la identificación de riesgos potenciales que pudieran impactar negativamente en su permanencia en la escuela, en el trabajo y en su derecho a la atención de la salud como consecuencia de las medidas implementadas por el gobierno para frenar los contagios y combatir la pandemia. Continúan con una sección en la que destacan, en forma breve, las

respuestas de política pública para NNA y jóvenes, para concluir en otro apartado sobre los principales desafíos de la pandemia con base en las medidas prioritarias enunciadas en el apartado B del Consenso de Montevideo.

En el cuarto capítulo, “El impacto del COVID-19 en el envejecimiento en México. Un análisis a partir de la protección social y la situación socioeconómica de las personas mayores”, Verónica Montes de Oca, investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y Telésforo Ramírez-García, catedrático del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, tomando como marco de referencia el apartado C del Consenso de Montevideo, muestran cómo la falta de acceso a los sistemas de seguridad social, las trayectorias de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidades acumuladas a lo largo del curso de vida colocan a unas personas adultas mayores más que a otras en una condición de vulnerabilidad de la salud ante la pandemia; especialmente a los hombres, indígenas, afrodescendientes y residentes del medio rural. Así como en una situación de vulnerabilidad socioeconómica, debido a la pérdida de empleos, ingresos y ahorros personales y familiares durante los meses del confinamiento.

En el capítulo quinto, “Reflexiones en torno a los desafíos en el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia por Covid -19”, Nathaly Llanes, profesora-investigadora de El Colegio de México, resalta algunas implicaciones de la crisis sanitaria en el acceso de salud sexual y reproductiva (SSR), centrándose en tres aspectos fundamentales: la fecundidad y anticoncepción, la salud materna, y la interrupción legal del embarazo. Los resultados a los que llega apuntan a que los ajustes en el funcionamiento del sistema de salud para hacer frente a la pandemia han complicado el acceso y suministro de métodos anticonceptivos, lo cual podría impactar en la fecundidad, en la mortalidad materna y perinatal, y en la decisión de interrupción de embarazo para las mujeres mexicanas, así como en el acceso a abortos seguros. Estas situaciones, a decir de la autora, podrían repercutir en los indicadores y generar retrocesos en las metas establecidas en el apartado D del Consenso de Montevideo.

En este tenor, el sexto capítulo, “La vulnerabilidad de la igualdad de género en el contexto del COVID-19. Evidencias desde México”, redactado por Irene Casique y Sonia Frías, investigadoras del CRIM de la UNAM, presenta un sugerente análisis en torno a los efectos de la pandemia en el trabajo y la violencia de género al interior de los hogares mexicanos, tomando como marco de referencia el capítulo E del Consenso de Montevideo. En su texto, las autoras dan cuenta de una caída del empleo extradoméstico femenino, la cual se ha reflejado en un incremento del trabajo de tipo parcial, doméstico y de cuidados. Así como un aumento de la violencia de género e intrafamiliar debido a la prevalencia de distintos estresores en los hogares, como son el miedo a la enfermedad, la precariedad laboral, la inseguridad económica y alimentaria, la falta de recursos y espacios para garantizar la educación de los hijos, la estrecha y obligada convivencia, entre otros.

El séptimo capítulo, “Inmigración en México, el Consenso de Montevideo y los derechos humanos en el contexto de COVID-19”, fue escrito con la pluma fina de Manuel Ángel Castillo, profesor-investigador de El Colegio de México, con el propósito de dar cuenta sobre los efectos de la pandemia en la población centroamericana inmigrante en México. En este tenor, se examinan las políticas adoptadas por el Estado mexicano hacia las personas migrantes, centrando su atención en el caso de los migrantes en tránsito y aquellos que se encontraban varados en la frontera norte y sur del país durante la pandemia, debido a que constituyen una población vulnerable y, por tanto, necesitan ser visibilizados y tomados en cuenta para que se les brinde protección especial en materia de sus derechos humanos. Para dar cuenta de ello,

el autor realiza un análisis de los indicadores de seguimiento del capítulo F del Consenso de Montevideo, contrastándolos con la situación de los derechos humanos de las personas migrantes, a partir del cual quedan evidenciadas distintas vulnerabilidades que se han agudizado y se acrecentarán con la pandemia.

El octavo capítulo, “Expansión Metropolitana, Desigualdades Territoriales y Vulnerabilidad Social ante la pandemia del Covid-19 en la Región Centro de México”, que tiene su génesis en apartado G del Consenso de Montevideo, analiza la vulnerabilidad socio-territorial de las zonas metropolitanas, ciudades y municipios rurales de la región centro de México y su vínculo con la pandemia del COVID-19. Este estudio fue redactado por Guillermo Aguilar, Armando García y Josefina Hernández, del Instituto de Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En él se destaca que la alta incidencia de la pandemia está directamente relacionada con la presencia de grandes aglomeraciones y altas densidades de población, lo cual facilita las altas tasas de contagio. Sin embargo, como atinadamente destacan los autores, dicho impacto no es homogéneo debido a los grandes contrastes territoriales y desigualdades socioeconómicas preexistentes en las zonas metropolitanas, ciudades y municipios rurales de la región.

El noveno capítulo, “El impacto de la pandemia de COVID-19 en los pueblos indígenas en México. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción”, elaborado por Germán Vázquez y Felipe de Jesús Cenobio –el primero, profesor-investigador de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; el segundo colaborador en la Secretaría de Salud de ese estado–, presenta un estudio de los impactos del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en la población indígena, tomando como marco de referencia el apartado H del Consenso de Montevideo y como unidad de análisis las regiones indígenas del país. Los autores documentan que si bien la población indígena ha sido de las menos afectas por la pandemia, existen algunas regiones indígenas que registran una alta prevalencia de casos de contagio y altas tasas de letalidad por la enfermedad de la COVID-19, cuyos niveles son superiores a los ostentados por regiones no indígenas. En tanto que otras regiones indígenas registran una alta vulnerabilidad socioeconómica y de la salud, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva, debido a la falta de acceso a métodos anticonceptivos, por la poca afluencia de mujeres sanas a centros de salud, lo cual podría incrementar las necesidades insatisfechas y los embarazos no deseados.

El décimo capítulo, “Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción”, elaborado por Germán Vázquez, autor del capítulo anterior, destaca algunos de los problemas técnicos y conceptuales que subyacen para identificar esta población en los censos y encuestas sociodemográficas, advirtiendo sobre la necesidad de aplicar criterios en dichos instrumentos que permitan identificarla y dar cuenta de sus condiciones de vida, así como evaluar los impactos de la pandemia de la COVID-19 en este grupo poblacional. De ahí que la mayor parte del estudio se centra en examinar cómo estas personas han sido incluidas en los planes y políticas públicas, con base en una revisión de los programas de gobierno, a fin de proporcionar evidencia empírica que sirva de insumo para atender sus derechos humanos, entre ellos, el acceso a la salud y sus necesidades vitales, como se establece en algunas medidas prioritarias del apartado I del Consenso de Montevideo.

El onceavo y último capítulo del libro, “Las agendas internacionales de población y la recuperación de las condiciones de vida frente a la pandemia de COVID-19”, fue escrito por Rosario Cárdenas. El objetivo de este ensayo es resaltar como la producción y disponibilidad de información estadística en censos, encuestas sociodemográficas y registros administrativos, así como la formación de recursos humanos en demografía, son indispensables para hacer frente a los efectos generados por la pandemia del SARS-CoV-2. Pero también para evaluar sus impactos en el alcance de los acuerdos internacionales suscritos y asumidos

por el gobierno de México en la materia de población y desarrollo. De ahí que el capítulo cierra con algunas recomendaciones en materia de política pública y señalando algunos temas de agenda enunciados en el apartado J y en otros apartados del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.

Esperamos que la información presentada y las reflexiones analíticas vertidas en cada uno de los once capítulos que conforman esta publicación sirvan de insumo para la formulación, implementación y seguimiento políticas públicas orientadas a atender a las personas que se han visto afectadas por la pandemia y que requieren atención prioritaria en el país. Así como para evaluar los impactos sociodemográficos y socioeconómicos de la pandemia de la COVID-19 en la población y el desarrollo a nivel nacional, estatal y municipal. Y, por consiguiente, a conocer y prever sus efectos en los temas del Consenso de Montevideo. Retos y desafíos frente al desarrollo de la población.

La pandemia de COVID-19 en México

Rosario Cárdenas¹

En diciembre de 2019 se identificó en Wuhan, China, una enfermedad infecciosa nueva para la especie humana cuya manifestación principal era respiratoria. El coronavirus causante de esta nueva patología fue identificado a inicios de enero de 2020 y nombrado SARS-CoV-2 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la enfermedad que provoca, COVID-19. El SARS-CoV-2 forma parte de la familia de los coronavirus de los cuales, a la fecha, se reconocen siete que provocan enfermedad en humanos. Cuatro de ellos causan resfriados comunes y no representan un problema de salud pública. Sin embargo, dos han sido responsables de brotes epidémicos registrados durante este siglo.

En noviembre de 2002 en Guangdong, China, tuvieron lugar los primeros casos de un síndrome respiratorio agudo que evolucionó a una epidemia. El virus que provoca este síndrome fue denominado SARS-CoV y la enfermedad, SARS. Esta fue la primera enfermedad transmisible severa en emerger en el siglo XXI que afectaba a la especie humana y en marzo de 2003 fue señalada una amenaza global. Entre noviembre de 2002 y julio de 2003 un total de 8,098 personas tuvieron esta enfermedad, la mayoría de los cuales tenía entre 25 y 70 años de edad. En total 774 murieron y la tasa de letalidad de los casos probables y sospechosos se estimó en alrededor del 3% (CDC, 2020; WHO, 2020). La epidemia de SARS se extendió a 26 países y se comprobó que los viajes aéreos eran una forma de propagación (WHO, 2020; WHO, 2020a).

En septiembre de 2012, en Arabia Saudita, se reportó la segunda enfermedad mortal causada por un coronavirus. No obstante, el rastreo indicó que los primeros casos tuvieron lugar en Jordania en abril de 2012 (CDC, 2020a). El virus fue nombrado MERS-CoV y la enfermedad como Síndrome Respiratorio del Medio Oriente o MERS, por sus siglas en inglés. El modo de contagio era el contacto con dromedarios. Casi todos los casos de MERS se han registrado en países de la península arábiga, aunque en 2015 hubo un brote en Corea del Sur secundario a un viaje que una persona había realizado a dicha región (CDC, 2020a). A la fecha, 27 países han reportado casos de MERS y se han contabilizado 858 defunciones y una tasa de letalidad estimada en 35% (WHO, 2020b).

¹ Posgrado en Población y Salud, Universidad Autónoma Metropolitana

Se ha determinado que el SARS-CoV-2 proviene de los murciélagos. La transmisión a humanos ha requerido que el SARS-CoV-2 haya pasado primero de los murciélagos a otra especie que ha actuado como reservorio y posteriormente a humanos. Los estudios del genoma del SARS-CoV-2 han mostrado una gran afinidad con los obtenidos de muestras coronavirus que forman parte de la flora del pangolín por lo que se ha propuesto que este ha servido como puente entre los murciélagos y los humanos para el desarrollo de la COVID-19 (Xiao *et al.*, 2020; Zhang, Wu y Zhang, 2020). A diferencia de los brotes SARS y MERS que desembocaron en epidemias, la COVID-19 se ha convertido en la segunda pandemia registrada este siglo, después de la influenza en 2009 causada por el virus H1N1. El 30 de enero de 2020 la OMS declaró a la COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional (PHEIC) lo que la sitúa en el máximo nivel de alarma.

La pandemia de COVID-19 es una catástrofe mundial de origen sanitario de una magnitud que no se había registrado desde la pandemia de influenza de 1918-1920 que, con tres rondas de infección, se estima provocó el fallecimiento de 50 millones de personas en el planeta (Johnson y Mueller, 2002). Hasta el 9 de diciembre de 2020, la OMS contabiliza a nivel mundial, 67,780,361 casos confirmados de COVID-19 y 1,551,214 defunciones (WHO, 2020c). Tanto la distribución regional y por países de la pandemia de COVID-19 como las dinámicas de su trayectoria epidemiológica son variables. En numerosos países europeos ha iniciado un segundo brote de infección, mientras en la mayoría de los países americanos el primer brote aún no cede. El continente americano es la región que presenta la mayor intensidad de propagación en la actualidad, acumulando 23,190,772 casos confirmados y 679,201 fallecimientos, lo que representa el 42.7% del total de casos registrados a nivel global y el 51.6% de las defunciones reportadas (WHO, 2020c). En algunos países de Asia, como Corea del Sur y Japón, la experiencia en la aplicación de medidas de salud pública ante brotes epidémicos del pasado los ha llevado a contener la primera ronda de la pandemia de COVID-19.

México, registra al 9 de diciembre de 2020 un total de 1,182,249 casos confirmados de COVID-19 y 110,074 defunciones debidas a esta enfermedad (WHO, 2020c) La tasa de mortalidad secundaria a esta patología equivale, para la fecha indicada, al 14.7% del total de las defunciones registradas en el país en 2019 (747,784 defunciones) y excede al conjunto total de fallecimientos por diabetes mellitus ocurridos en dicho año (104,354 defunciones), lo que la ubica como la segunda causa de mortalidad más frecuente en el país. La letalidad de la COVID-19, expresada como la relación entre defunciones y casos confirmados, subraya la gravedad de este problema en México. La figura 1 muestra la letalidad observada y las defunciones por 100 mil habitantes para un conjunto de países. La información presentada en este cuadro ubica a México como el país como la mayor letalidad de casos confirmados con 9.9% (Johns Hopkins, 2020). La letalidad es un indicador diseñado para establecer la severidad de una enfermedad, expresándola en términos del riesgo de morir que conlleva padecerla. Su estimación fehaciente requiere conocer el universo de quiénes han padecido la patología y quiénes han fallecido de entre ellos. En el caso de México, la alta letalidad registrada puede estar asociada, al menos parcialmente, a la ausencia de una política de identificación amplia de los casos de COVID-19 y, con ello, el desconocimiento del denominador para la

estimación de la letalidad. La letalidad que se ha reportado durante esta pandemia es la estimación de los casos confirmados, estableciendo con ello, *de facto*, el desconocimiento del número total de personas contagiadas. Otro aspecto que posiblemente subyace a las diferencias de letalidad de casos confirmados mostradas en la figura 1, es la eficiencia y capacidad instalada de los servicios de salud en cuanto a la plausibilidad para atender a quienes desarrollan cuadros severos de COVID-19 o requieren servicios de cuidados intensivos. México registra una elevada prevalencia de las comorbilidades y factores de riesgo -diabetes, hipertensión, sobrepeso u obesidad- que han ido reconociéndose durante el transcurso de la pandemia de COVID-19 como condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar complicaciones ante el contagio con SARS-CoV-2. Lo anterior puede ser otro de los factores que ha provocado el nivel de letalidad registrado. Como se mencionó, hasta la fecha no ha habido en el país una acción gubernamental coordinada, específicamente orientada a identificar casos asintomáticos, ni tampoco una identificación universal de los contactos de quienes se hayan contagiado, con lo cual, el nivel de letalidad reportada refleja, en parte, la aplicación limitada de las diversas pruebas de laboratorio disponibles para detectar el contagio de SARS-CoV-2.

Figura 1. Letalidad de casos confirmados (defunciones/confirmados) y defunciones por 100 mil habitantes al 2 de noviembre de 2020, México y otros países

País	Letalidad de casos confirmados (%)	Defunciones por 100 mil habitantes	País	Letalidad de casos confirmados (%)	Defunciones por 100 mil habitantes
México	9.9	72.8	Bélgica	2.7	102.8
Perú	3.8	107.8	España	3.0	76.8
Bolivia	6.2	76.9	Reino Unido	4.5	70.4
Brasil	2.9	76.4	Italia	5.5	64.3
Chile	2.8	76.1	Suecia	4.8	85.3
Ecuador	7.5	74.2	Francia	2.5	55.3
Argentina	2.7	70.0	Países Bajos	2.0	43.5
Panamá	2.0	64.8	Israel	0.8	28.8
Colombia	2.9	64.0	Suiza	1.5	27.3
Costa Rica	1.3	27.7	Portugal	1.8	24.7
Guatemala	1.8	21.2	Alemania	1.9	12.7
Rep. Dominicana	2.2	20.4	Dinamarca	1.5	12.5
Paraguay	1.6	15.4	Finlandia	2.2	6.5
Belice Jamaica	2.3	7.1	Noruega	1.4	5.3
Uruguay	1.9	1.7	Australia	3.3	3.6

País	Letalidad de casos confirmados (%)	Defunciones por 100 mil habitantes	País	Letalidad de casos confirmados (%)	Defunciones por 100 mil habitantes
Estados Unidos	2.5	70.6	Japón	1.7	1.4
Canadá	4.3	27.6	Nueva Zelanda	1.3	0.5
			China	5.2	0.3

Fuente: Elaboración propia con base en información de Johns Hopkins. University of Medicine. Coronavirus Resource Center. En: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (2 noviembre de 2020).

Mientras que los datos de mortalidad exponen la intensidad con la cual la pandemia de SARS-CoV-2 está provocando el fallecimiento de personas, su relativización por población, expone las desigualdades existentes entre países. Si bien la intensidad de la mortalidad en México (72.8 defunciones por 100 mil habitantes) debida a COVID-19 es similar o inclusive menor a la de varios de los países latinoamericanos cuyos datos se muestran en la figura 1, excede en más del triple a lo registrado hasta el 2 de noviembre de 2020 en Guatemala o República Dominicana (21.7 y 21.2 defunciones por 100 mil habitantes respectivamente) y a todos los países de otras regiones del mundo incluidos en esta comparación, excepto por Bélgica con 102.8 defunciones por 100 mil habitantes y España con 76.8 defunciones por 100 mil habitantes.

Además de lo sostenido de la dinámica de la pandemia de COVID-19 en el país, otro elemento que hace prever que su impacto en las condiciones de vida de la población mexicana será severo, es la insuficiencia de acciones gubernamentales para mitigar los impactos negativos de esta. De acuerdo al Observatorio COVID-19 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020a), para atender la pandemia de SARS-CoV-2 México ha emprendido 24 acciones concernientes a la economía y 4 en torno al empleo, cifras muy por debajo de las 81 y 13 organizadas por Colombia, respectivamente o las 62 y 14 de Costa Rica.

En México, el análisis de las edades medianas nacionales y por entidad federativa dejan claro que la mortalidad debida a COVID-19 ocurre en etapas relativamente tempranas de la vida. La figura 2, muestra que las edades medianas y el rango intercuartil (RIC) al fallecimiento por esta enfermedad es de 63 años (RIC = 53-72) para los hombres y 64 años (RIC = 55-74) para las mujeres, considerando el periodo de marzo a octubre de 2020. Estos datos contrastan con lo observado en Estados Unidos de América donde la edad mediana a la defunción para la población hispana es de 71 años (RIC = 59-81) y para la población blanca es de 81 años (RIC = 71-88) (Wortham *et al.*, 2020).

Lo anterior coincide tanto con lo reportado en Inglaterra y Gales que señala como edades medianas a la defunción 81 años para la población masculina y 85 años para la femenina (ONS, 2020), como con los hallazgos de un estudio de los decesos hospitalarios causados por COVID-19 en 23 países europeos que identifica como la edad mediana a la muerte los 82 años (RIC = 75-88) (ECDC, 2020). El contraste que describen estas cifras entre México y otros países y regiones del mundo se incrementa al considerar la información reportada por entidad federativa. Para la población masculina, Quintana Roo registra la menor

edad mediana a la muerte por COVID-19 con 59 años (RIC = 50-70), seguida de Puebla con 60 años (RIC = 51-70) y para la población femenina, Tamaulipas y Tlaxcala con 62 años de edad mediana y RIC de 53-71 y 52-72, respectivamente.

Una manera de evaluar qué tan prematuramente ocurre el fallecimiento por COVID-19 es compararlo con la longevidad promedio alcanzada en un país determinado. Así, podemos confrontar la edad mediana de fallecimiento con la esperanza de vida al nacimiento. En México, a nivel nacional, esta comparación revela una diferencia de 9.4 años en hombres y 14.1 años en mujeres. Por su parte, en Quintana Roo es de 13.6 años para la población masculina y, en Tamaulipas es de 16.4 años para la población femenina (figura 2).

La Meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas da seguimiento a la evolución de la mortalidad prematura, considerada ésta como la que ocurre entre los 30 y 69 años para cuatro causas específicas de muerte (indicador 3.4.1), así como promueve el mejoramiento de la salud mental, monitoreando para ello la mortalidad por suicidio (indicador 3.4.2). La inclusión del indicador 3.4.1 advierte la relevancia de caracterizar el patrón de ocurrencia de la mortalidad temprana.

Los datos expuestos en la figura 2 manifiestan la severidad de la mortalidad prematura por COVID-19 en México y el impacto diferencial de esta tanto entre entidades federativas como entre sexos. Esta información hace prever que la pandemia de SARS-CoV-2 tendrá no sólo un efecto desigual en el territorio nacional sino también provocará cambios importantes en la estructura por edad de la población y en las dinámicas y composición de los hogares.

Figura 2. Edades media e intercuartiles de las defunciones causadas por COVID-19 durante el periodo marzo a octubre y esperanzas de vida al nacimiento por sexo y entidad federativa, México, 2020

Entidad federativa	Edades media e intercuartiles de las defunciones debidas a COVID-19							
	Hombres			Mujeres			Esperanza de vida al nacimiento	
	Mediana	Intercuartiles		Mediana	Intercuartiles			
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	63	53	72	64	55	74	72.4	78.1
Aguascalientes	64	52	73	65	52	76	73.0	78.9
Baja California	61	51	71	63	53	73	73.0	79.2
Baja California Sur	63	52	72	63	55	75	72.9	79.1
Campeche	64	55	73	64	56	71	71.9	77.8
Coahuila	63	53	73	64	55	72	72.7	78.9
Colima	65	55	75	66	58	74	73.1	78.0
Chiapas	64	56	74	65	55	74	71.6	77.1
Chihuahua	61	51	72	64	53	73	72.4	78.6
Ciudad de México	62	53	72	66	56	75	73.6	79.5
Durango	65	55	74	64	56	73	72.1	78.3
Guanajuato	64	53	73	65	55	74	72.2	78.3
Guerrero	65	55	73	67	57	75	70.3	76.3
Hidalgo	62	52	72	63	53	73	72.3	77.8
Jalisco	65	55	74	67	57	75	72.5	78.6
México	61	51	70	63	54	72	73.1	77.8
Michoacán	65	55	74	64	55	73	72.5	77.2
Morelos	65	55	74	65	56	74	72.7	77.8
Nayarit	69	59	77	70	60	78	72.9	77.9
Nuevo León	63	53	73	65	56	74	72.9	79.1
Oaxaca	62	53	71	64	55	73	71.4	76.8
Puebla	60	51	70	63	54	72	71.7	77.8
Querétaro	63	53	72	63	56	73	72.7	78.7
Quintana Roo	59	50	70	63	54	71	72.6	78.6
San Luis Potosí	64	54	73	65	56	74	72.3	77.6
Sinaloa	67	56	76	67	57	75	72.1	78.3
Sonora	65	55	74	66	55	75	72.4	78.6

Entidad federativa	Edades media e intercuartiles de las defunciones debidas a COVID-19							
	Hombres			Mujeres			Esperanza de vida al nacimiento	
	Mediana	Intercuartiles		Mediana	Intercuartiles			
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	Hombres	Mujeres
Tabasco	61	52	70	63	54	71	72.0	78.2
Tamaulipas	61	51	71	62	53	71	72.2	78.4
Tlaxcala	61	52	71	62	52	72	72.4	78.1
Veracruz	63	54	73	65	56	73	71.5	77.6
Yucatán	67	56	75	67	59	75	71.7	77.9
Zacatecas	65	54	75	64	54	74	72.1	78.2

Fuente: Elaboración propia con base en información sobre mortalidad debida a COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y esperanza de vida al nacimiento estimada con el Consejo Nacional de Población.

El examen de los patrones de mortalidad por edad indica que la mayoría de las defunciones secundarias a los contagios de SARS-CoV-2 en el país ocurren, para prácticamente todas las entidades federativas, en el grupo etario de 50 a 64 años. La figura 3, despliega las tasas de mortalidad debida a COVID-19 por sexo y por entidad federativa para dicho grupo de edad, así como los cocientes por sexo entre las tasas de mortalidad estatales y la tasa nacional y entre las tasas de mortalidad masculina y femenina.

Figura 3. Tasas de mortalidad debida a COVID-19 (defunciones por 100 mil) para la población de 50 a 64 años, por sexo según entidad federativa y razón de tasas de mortalidad masculina/femenina, México, marzo a octubre de 2020

Entidad federativa	Hombres		Mujeres		Tasa de mortalidad masculina/ tasa de mortalidad femenina
	Tasa de mortalidad por 100 mil	Tasa estatal/ tasa nacional	Tasa de mortalidad por 100 mil	Tasa estatal/ tasa nacional	
Estados Unidos Mexicanos	257.2		125.5		2.05
Aguascalientes	176.9	0.69	98.5	0.78	1.80
Baja California	349.5	1.36	223.5	1.78	1.56
Baja California Sur	252.7	0.98	193.3	1.54	1.31
Campeche	333.3	1.30	178.5	1.42	1.87
Coahuila	232.9	0.91	158.5	1.26	1.47
Colima	280.6	1.09	174.8	1.39	1.60
Chiapas	94.2	0.37	37.1	0.30	2.54
Chihuahua	178.6	0.69	93.8	0.75	1.90
Ciudad de México	397.9	1.55	152.2	1.21	2.61
Durango	145.5	0.57	97.8	0.78	1.49
Guanajuato	211.2	0.82	104.8	0.84	2.01
Guerrero	238.8	0.93	106.5	0.85	2.24
Hidalgo	291.1	1.13	121.0	0.96	2.41
Jalisco	155.7	0.61	73.7	0.59	2.11
México	309.3	1.20	130.7	1.04	2.37
Michoacán	154.2	0.60	82.1	0.65	1.88
Morelos	207.2	0.81	93.4	0.74	2.22
Nayarit	165.3	0.64	108.2	0.86	1.53
Nuevo León	214.0	0.83	124.6	0.99	1.72
Oaxaca	174.7	0.68	72.4	0.58	2.41
Puebla	329.0	1.28	140.5	1.12	2.34
Querétaro	203.7	0.79	99.6	0.79	2.04
Quintana Roo	483.2	1.88	207.8	1.66	2.33
San Luis Potosí	243.4	0.95	142.1	1.13	1.71
Sinaloa	307.7	1.20	185.7	1.48	1.66
Sonora	290.2	1.13	191.8	1.53	1.51
Tabasco	426.2	1.66	257.7	2.05	1.65

Entidad federativa	Hombres		Mujeres		Tasa de mortalidad masculina/ tasa de mortalidad femenina
	Tasa de mortalidad por 100 mil	Tasa estatal/ tasa nacional	Tasa de mortalidad por 100 mil	Tasa estatal/ tasa nacional	
Tamaulipas	242.6	0.94	141.6	1.13	1.71
Tlaxcala	376.2	1.46	158.2	1.26	2.38
Veracruz	211.3	0.82	96.6	0.77	2.19
Yucatán	216.1	0.84	121.1	0.96	1.78
Zacatecas	178.7	0.69	118.6	0.94	1.51

Fuente: Elaboración propia con base en información sobre mortalidad debida a COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y esperanza de vida al nacimiento estimada con el Consejo Nacional de Población.

La construcción de los cocientes descritos permite apreciar la magnitud de las diferencias entre las entidades federativas respecto al total del país y las desigualdades de intensidad de mortalidad entre los sexos. Quintana Roo y Tabasco son las entidades federativas que registran las tasas de mortalidad masculina por COVID-19 en las edades de 50 a 64 años más altas del país con más de 400 defunciones por cada 100 mil hombres del grupo de edad. Dichas tasas exceden en 88% y 66%, respectivamente, lo identificado para el total del país. Con relación a la población femenina, Tabasco es la entidad federativa con la tasa de mortalidad más alta reportada para las mujeres de 50 a 64 años con 257.7 defunciones por cada 100 mil mujeres del grupo de edad, una cifra que más que duplica lo observado para este grupo a nivel nacional (125.5 defunciones por cada 100 mil mujeres de dicho grupo).

En el extremo opuesto, Chiapas es la entidad federativa que reporta las tasas de mortalidad más bajas tanto para la población masculina como para la femenina, con niveles que equivalen a alrededor del 30% menos de lo observados en el país. Las cifras presentadas en la figura 3 revelan varios rasgos de la pandemia de COVID-19 en México. Por una parte, a nivel nacional, demuestran una sobremortalidad masculina para el grupo de edad de 50 a 64 años que duplica la de las mujeres y, por otra, en entidades federativas como la Ciudad de México y Chiapas se reporta una mortalidad masculina de alrededor de 2.5 veces más que la femenina.

El hecho de que entidades federativas con características sociodemográficas desiguales como la Ciudad de México y Chiapas muestren niveles muy distintos de mortalidad por COVID-19 para cada sexo, pero sobremortalidades masculinas similares expone la complejidad de la dinámica y trayectoria de la pandemia de SARS-CoV-2 en el país.

Tanto la comparación entre México y otros países con respecto a la pandemia de COVID-19, como las estimaciones de las edades medianas a la defunción y las tasas de mortalidad presentadas, reflejan las desigualdades económicas y sociales que existen en el país. Estas condiciones subyacen a otros fenómenos igualmente preocupantes como los perfiles de morbimortalidad y las barreras de diversa índole para el ejercicio o acceso a los derechos a la salud, educación, vivienda, seguridad social o alimentación. Todos ellos, elementos que forman parte de la medición de pobreza en México.

El panorama descrito para la pandemia de COVID-19 y el conocimiento sobre las inequidades nacionales, exigen identificar un conjunto amplio de acciones de política pública que permita responder con mayor flexibilidad a las trayectorias específicas que esta haya descrito en cada entidad federativa e inclusive a nivel municipal. Además, hay que subrayar la urgencia de la coordinación y colaboración entre los distintos órdenes de gobierno y la importancia de incorporar a los tres poderes de la Unión en estas decisiones. La pandemia de COVID-19 ha sido señalada por la OMS como la primera pandemia controlable. Ello significa que el conocimiento científico y la velocidad con la cual se producen avances, principalmente en virología e inmunología, propiciaría abatirla y acotar su impacto.

A la fecha, varios proyectos de investigación se han estructurado en distintos países para el desarrollo de vacunas específicas para generar inmunidad contra SARS-CoV-2 (Ahn *et al.*, 2020; Kaur y Gupta, 2020; Koirala *et al.*, 2020; Uddin *et al.*, 2020). Recientemente, una de estas ha sido aprobada para su utilización en humanos. Sin embargo, los desafíos que conlleva la producción masiva, la logística de almacenamiento y transporte, el otorgamiento de esquemas con dos dosis de vacunas y el logro de una cobertura equivalente a la inmunidad de grupo, es decir, con entre 70 y 80% de la población vacunada, apuntan a que estas no son en este momento la acción principal para contener la pandemia.

Las medidas de salud pública adoptadas desde el inicio del brote epidémico a finales de 2019 continúan siendo las únicas que permitirán, en el futuro cercano, interrumpir el contagio y ralentizar la velocidad de propagación de la pandemia de COVID-19. Estas acciones reducen los riesgos para los grupos de la población que se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad frente a la infección por SARS-CoV-2 como personas que padecen diabetes, hipertensión, cánceres o enfermedad autoinmunes. El lavado frecuente de manos, el distanciamiento físico, la limitación de las actividades desarrolladas en espacios interiores, el uso apropiado de cubrebocas eficientes y el autoaislamiento durante 14 días en caso de haber tenido contacto con una persona contagiada o que se piense pudo haberlo estado, son las acciones que desde la población contribuyen a frenar, o idealmente evitar, la transmisión del virus SARS-CoV-2.

Respecto a la esfera gubernamental, es fundamental la ampliación de acciones para la detección temprana de casos de COVID-19, en especial, de los casos asintomáticos, es decir, quienes padecen la enfermedad sin presentar manifestaciones clínicas durante el transcurso la misma. Aplicar pruebas diagnósticas generales y rastrear, con la intensidad requerida, a quienes hayan tenido contacto con personas contagiadas son dos de las acciones más vigorosas para contener la transmisión de SARS-CoV-2.

Tanto lo acotado de las acciones gubernamentales, como que en 2018 16.2% de la población a nivel nacional tenía carencia de acceso a servicios de salud (CONEVAL, 2019), así como la prevalencia de comorbilidades que propician el desarrollo de complicaciones en el caso de una infección de COVID-19 y lo especializado de los servicios requeridos para atender las necesidades médicas de quien presenta cuadros clínicos de esta patología forman parte, junto con las limitadas acciones de rastreo y realización de pruebas diagnósticas, de la compleja trama de dificultades que encara el país para resolver esta pandemia.

Los efectos demográficos, sociales económicos e inclusive culturales de la pandemia del SARS-CoV-2 han marcado a amplios segmentos de la población mexicana. Aminorar el impacto de este fenómeno implica emprender acciones de política pública de gran calado y sostenerlas el tiempo necesario para dinamizar y recuperar el crecimiento económico, mejorar el sistema de salud, revertir la profundización de las inequidades de género y los impactos negativos que las modificaciones introducidas por la educación a distancia puedan significar en el aprendizaje, así como las consecuencias que un distanciamiento social prolongado pueda tener en las dinámicas familiares y la salud mental.

Sin políticas públicas integrales y comprensivas implementadas de manera inmediata frente a la pandemia de COVID-19, México retrocederá varios años en términos de desarrollo, las desigualdades entre grupos y territorios serán más graves y la justicia social y el cumplimiento de los derechos aspiraciones más lejanas para el país.

Bibliografía

Ahn, D. G., Shin, H. J., Kim, M. H., Lee, S., Kim, H. S., Myoung, J., Kim, B. T., & Kim, S. J. (2020). Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of microbiology and biotechnology*, 30(3), 313–324. <https://doi.org/10.4014/jmb.2003.03011>

Center for Disease Control and Prevention. CDC. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). <https://www.cdc.gov/sars/about/faq.html>

Center for Disease Control and Prevention. CDC. (2020a). Middle East Respiratory Syndrome (MERS). <https://www.cdc.gov/coronavirus/mers/about/index.html>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. (2020a). Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe: acciones por país. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

Consejo Nacional de Población. CONAPO. (2018), *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*.

Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

(Consultado: 30 de julio de 2020).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. CONEVAL. (2019), *Medición de la pobreza*. Anexo estadístico 2008-2018.

https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx

European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC (2020). Rapid Risk Assessment. Coronavirus diseases 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK -ninth update. 23 April 2020. Table 2, p. 10.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2020). Comunicado de prensa núm. 480/20 29 de octubre de 2020. Características de las defunciones registradas en México durante 2019.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>

Johns Hopkins, (2020). University of Medicine. Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

Johnson, N. P., & Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 “Spanish” influenza pandemic. *Bulletin of the history of medicine*, 76(1), 105–115. <https://doi.org/10.1353/bhm.2002.0022>

Kaur, S. P., & Gupta, V. (2020). COVID-19 Vaccine: A comprehensive status report. *Virus research*, 288, 198114. <https://doi.org/10.1016/j.virusres.2020.198114>

Koirala, A., Joo, Y. J., Khatami, A., Chiu, C., & Britton, P. N. (2020). Vaccines for COVID-19: The current state of play. *Paediatric respiratory reviews*, 35, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.010>

Office for National Statistics. ONS. (2020). Mortality team, Life Events and Population Sources Division. *Average age of death (median and mean) of persons whose death was due to COVID-19 or involved COVID-19, by sex, deaths registered up to week ending 2 October 2020, England and Wales*.

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/ad-hocs/12376averageageofdeathmedianandmeanofpersonswhosedearthwasduetocovid19orinvolved-covid19bysexdeathsregistereduptoweekending2october2020englandandwales> (Noviembre 16 de 2020)
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/ad-hocs/12376averageageofdeathmedianandmeanofpersonswhosedearthwasduetocovid19orinvolved-covid19bysexdeathsregistereduptoweekending2october2020englandandwales> (Noviembre 16 de 2020).

Uddin, M., Mustafa, F., Rizvi, T. A., Loney, T., Suwaidi, H. A., Al-Marzouqi, A., Eldin, A. K., Alsabeeha, N., Adrian, T. E., Stefanini, C., Nowotny, N., Alsheikh-Ali, A., & Senok, A. C. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: Viral Genomics, Epidemiology, Vaccines, and Therapeutic Interventions. *Viruses*, 12(5), 526. <https://doi.org/10.3390/v12050526>

World Health Organization. WHO. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome.

https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1

World Health Organization. WHO. (2020a). International travel and health. Severe Acute Respiratory Syndrome. <https://www.who.int/ith/diseases/sars/en/>

World Health Organization WHO. (2020b). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1

World Health Organization. WHO. (2020c). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> (2 noviembre 2020).

Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, Latash J, Davidson A, Guerra K, Murray K, McGibbon E, Pichardo C, Toro B, Li L, Paladini M, Eddy ML, Reilly KH, McHugh L, Thomas D, Tsai S, Ojo M, Rolland S, Bhat M, Hutchinson K, Sabel J, Eckel S, Collins J, Donovan C, Cope A, Kawasaki B, McLafferty S, Alden N, Herlihy R, Barbeau B, Dunn AC, Clark C, Pontones P, McLafferty ML, Sidelinger DE, Krueger A, Kollmann L, Larson L, Holzbauer S, Lynfield R, Westergaard R, Crawford R, Zhao L, Bressler JM, Read JS, Dunn J, Lewis A, Richardson G, Hand J, Sokol T, Adkins SH, Leitgeb B, Pindyck T, Eure T, Wong K, Datta D, Appiah GD, Brown J, Traxler R, Koumans

EH, Reagan-Steiner S. (2020). Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* Jul 17;69(28):923-929. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6928e1>

Xiao, K., Zhai, J., Feng, Y., Zhou, N., Zhang, X., Zou, J. J., Li, N., Guo, Y., Li, X., Shen, X., Zhang, Z., Shu, F., Huang, W., Li, Y., Zhang, Z., Chen, R. A., Wu, Y. J., Peng, S. M., Huang, M., Xie, W. J., ... Shen, Y. (2020). Isolation of SARS-CoV-2-related coronavirus from Malayan pangolins. *Nature*, 583(7815), 286–289. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2313-x>

Zhang, T., Wu, Q., & Zhang, Z. (2020). Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. *Current biology: CB*, 30(7), 1346–1351.e2. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.03.022>

Impacto del COVID-19 en la integración de la población y el desarrollo: una mirada desde el Consenso de Montevideo

Manuel Ordorica¹

Introducción

México ha realizado importantes avances en su política de población. De acuerdo con la información más reciente del Consejo Nacional de Población, nuestro país ha presentado, durante varias décadas, incrementos en su esperanza de vida y una reducción en sus niveles de fecundidad; hoy el país se encuentra en el nivel de reemplazo. La información sobre migración internacional muestra que hay poca expulsión de población desde el territorio nacional. Relacionado con la rápida caída en los niveles de fecundidad, se ha observado un proceso acelerado de envejecimiento de su población. Además, existe una población concentrada en sus principales zonas metropolitanas junto con una dispersión de población ubicada en pequeñas localidades.

A lo largo de los años, México ha mostrado interés por cumplir con los propósitos del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Es un país rico en información sociodemográfica, tenemos datos de buena calidad desde finales del siglo XIX. Sin embargo, hace falta sistematizar la información sociodemográfica que México ya tiene y que ha sido propuesta en dicho Consenso, para luego pasar a la definición de objetivos y metas, en caso de que sea posible. Es importante analizar los esfuerzos que se tendrían que hacer para cumplir con las metas, a fin de elaborar los programas para hacer efectiva la planeación demográfica.

La política de población ha cumplido con la política de desarrollo, en el sentido de que se cumplieron las metas en la tasa de crecimiento demográfico para el año 2000, pero hace falta que ahora el desarrollo le cumpla a la población. Tenemos altos niveles de pobreza y una desigualdad socioeconómica muy acentuada. Pero todavía peor, ante la pandemia del COVID-19 se incrementará el número de pobres, habrá mayor desigualdad, crecerá el desempleo, se incrementarán los suicidios y la violencia. El SARS-CoV-2

1. Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

se ha ensañado con los adultos mayores. Por la pandemia aumentarán las muertes en edades avanzadas, principalmente en el caso de los hombres. Dada la deficiente situación económica de las personas, también se incrementarán, todavía más, las muertes por diabetes y enfermedades del corazón. El tema del envejecimiento y su relación con las muertes ha dejado claro que la población en edades avanzadas es muy vulnerable a problemas de salud y a comorbilidades.

La pandemia nos tomó por sorpresa. Nunca nos imaginamos que ocurriría una catástrofe mundial de este tipo, semejante a la ocurrida hace un siglo con la Influenza Española. Si bien es cierto que hay que aprender de la historia, parecería que el ser humano solo aprende de su propia experiencia y no de la experiencia de los demás. Las adversidades en relación a las enfermedades pueden ser una fuente enorme de aprendizaje para enfrentar situaciones como la que hoy vivimos. Desgraciadamente, la mayoría de las personas que atravesaron por una experiencia similar a la actual — los que vivieron hace un siglo durante la Influenza Española — ya fallecieron. Además, ha quedado clara la falta de conocimientos relativa a la dinámica exponencial y logística de los contagios y de las muertes por parte de quienes gobiernan los países. Hoy, hace falta fortalecer temas de educación en población, no solamente de sexualidad, sino lo relacionado con las pensiones y las jubilaciones. Este será el tsunami del siglo XXI, el cual afectará en mayor medida a las mujeres, ya que muchas de ellas viven más que los hombres y no tendrán ingresos en edad avanzada; muchas de ellas quedarán solas, enfermas, pobres y sin una pensión.

La pandemia ha golpeado a los diferentes sectores sociales y económicos del país y a su articulación con la política de población. Se requerirá mucho tiempo y esfuerzo para reconstruir la integración de la política de población con la del desarrollo, el cual podrá iniciar una vez que se cuente con la vacuna o nos encontremos en una situación de inmunidad de rebaño. La pandemia, hasta el momento de escribir este capítulo, no se ha controlado todavía; el número de contagios y de muertes por SARS-CoV-2 se ha mantenido elevado.

El capítulo contiene los siguientes apartados: propósitos del capítulo; un poco de historia de la integración de la política de población con las políticas sectoriales en México; el coronavirus y la demografía; reflexiones respecto a la integración de la política de población con el desarrollo en el marco de la pandemia, y consideraciones finales.

Propósitos del capítulo

Entre los objetivos principales sobre el tema de la integración de la población y el desarrollo en el marco de Consenso de Montevideo y el Coronavirus en México, me centraré en dos puntos: i) el fortalecimiento de la institucionalidad pública encargada de la vinculación de la población y el desarrollo, a nivel nacional y subnacional, con la participación de actores no gubernamentales, ii) la integración de

la población y su dinámica en la planeación sectorial, en particular la dirigida al ordenamiento territorial, a escala nacional y subnacional, haciendo uso de la información sociodemográfica. También consideraré en este trabajo algunos elementos que tienen que ver con la pobreza y con la distribución del ingreso en México. Presentaré además, una breve historia de los logros y obstáculos alrededor de la política demográfica en relación a la integración de esta con las políticas sectoriales y estatales, con el fin de que la experiencia adquirida sea de utilidad para realizar planteamientos futuros sobre este tema.

Una adecuada integración de las políticas de población y las políticas sectoriales en México hubiera, quizás, podido enfrentar de mejor manera la pandemia que ha estremecido al planeta; las muertes por COVID-19 y la migración interna e internacional son dos de los componentes sobre los que la pandemia ha incidido en mayor medida. La Demografía permite observar con detalle la dinámica de sus componentes cuando un efecto perturbador afecta a las poblaciones, como es el caso de la pandemia de COVID-19. Los seres humanos estamos viviendo un acontecimiento que nos hace sentir vulnerables ante una enfermedad desconocida. Nuestros antepasados enfrentaron algo similar con la Influenza Española de 1918. En la pandemia SARS-CoV-2, varios de los gobernantes del planeta han reaccionado tardíamente por falta de experiencia y conocimiento de acontecimientos como los que nos ha tocado vivir. No imaginábamos que podría ocurrir un evento tan improbable y con resultados tan catastróficos.

Este tipo de eventos se denomina *Cisne Negro*. Quiere decir que es un evento con baja probabilidad de ocurrencia, es decir, un evento raro, pero que si llega a ocurrir puede ser catastrófico. Quizás únicamente nuestros padres, madres, abuelos o abuelas tuvieron una experiencia semejante a la actual. Pero parece que nosotros aprendemos solo de nuestra propia experiencia. Como dice el dicho: *nadie escarmienta en cabeza ajena*. Esto significa que las experiencias ajenas no son suficientes para convencernos o desengañarnos de lo que debemos o no hacer. A las personas nos enseña más una imagen o un susto que mil palabras. Lo que queda claro es que estamos ante una catástrofe planetaria. A mediados de noviembre de 2020, el mundo había alcanzado 1,300,000 muertos por COVID-19 y las complicaciones que acarrea.

En 1918 la Influenza Española mató a entre 20 y 50 millones de personas en el planeta. En ese entonces el Mundo tenía 1,800 millones de individuos. En la actualidad habitan alrededor de 7,800 millones de seres humanos en la Tierra. Hasta hoy no llegamos a las cifras de muertes por la Influenza Española de hace un siglo, pero hasta el momento no tenemos ni una cura, ni una vacuna. Algunos países que actuaron rápido controlaron la enfermedad y han tenido pocos contagios y pocas muertes. En estos países, principalmente del continente asiático, el Estado tiene control sobre la movilidad de sus habitantes, y los ciudadanos respetan las decisiones que toman sus autoridades, porque creen en ellas.

Pero en general a las personas nos cuesta mucho trabajo entender ciertos hechos, lo que no vemos, no existe. Vemos a muchas personas que no llevan el tapabocas, porque piensan que el virus no existe, que incluso podría ser inventado. Un Coronavirus tiene un tamaño medio de 160 nanómetros (un nanómetro tiene 10^{-9} metros). Ciertos crecimientos rápidos en el número de individuos, tampoco los entendemos. Un ejemplo muy popular es el referente a Sissa, el inventor del ajedrez, cuando le pidió al rey

la recompensa por el juego que le permitió al soberano Sheram aliviar su pena por la muerte de su hijo en batalla. Sissa le pidió un grano de trigo en la primera casilla, dos en la segunda, cuatro en la tercera, ocho en la cuarta y así sucesivamente, hasta llegar a la casilla 64; el número que se forma es de 18.4 trillones de granos de trigo. Serían más granos de trigo de los que los seres humanos han producido en toda la historia del planeta (Cole, 1999: 31). El rey Sheram no se imaginaba la magnitud de la cifra, inclusive se había ofendido por tan aparente miserable petición. Nuestros cerebros no están adaptados para analizar números extremadamente grandes o pequeños, es un síndrome de habilidad aritmética que casi todos padecemos. Los seres humanos no entendemos el crecimiento exponencial, ni lo que está muy lejano, a miles de años luz, ni lo que es infinitamente pequeño. Es decir, no entendemos lo que no vemos y lo que sigue un ritmo extremadamente acelerado.

La Demografía nació a partir de las muertes ocurridas en las epidemias. Se originó con John Graunt en 1662 con la publicación sobre los Boletines de la Mortalidad (Graunt, 1662). Esos boletines semanales presentaban la relación de los entierros y bautizos registrados en las parroquias de Londres. Para muchos que recibían los boletines solo les servían para poder hacer de estos un tema de conversación en las reuniones de té. Sin embargo, John Graunt los veía con un interés científico. Por eso podemos decir que la Demografía, nació con John Graunt en momentos en los que la peste rondaba en Londres. La información de los boletines fue la base para que los individuos pudieran moverse y evitar la peste. Durante la epidemia de peste en Inglaterra en el siglo XVII no todo fue negativo, se presentaron importantes descubrimientos e inventos por científicos, uno de ellos fue Isaac Newton, quien descubrió la Teoría de la Gravitación Universal y el Cálculo Diferencial e Integral. Los individuos tenían tiempo y concentración para darle vuelo a su imaginación. (Ordorica, 2020).

1. Un poco de historia de la Integración de las políticas de población con las sectoriales en México

En 1974, cuando el mundo llegaba a 4 mil millones de seres humanos, en México se dictaba la Ley General de Población. A partir de ella se creaba el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como el organismo rector de la política demográfica. Ya para ese momento, México tenía 57 millones de habitantes y crecía al 3.0% anual, por lo que su población se duplicaba cada 23 años. En el CONAPO se discutía, en 1975, la posibilidad de despenalizar el aborto, el cual se analizaba con diversos actores tanto de la academia, como del sector público y privado. La mitad del decenio de los setenta fue un momento crucial para que se cambiara la política de población, de pronatalista a antinatalista. Recordemos que México había perdido con Estados Unidos la mitad de su territorio, entre otros factores, por la falta de población en la frontera norte. Después de importantes discusiones y reflexiones en el nivel más alto del Gobierno desde principios de los años setenta, se adoptó una nueva política demográfica. En 1977 se diseñaba una política poblacional con objetivos y metas. El objetivo de la ley era regular el ritmo del crecimiento

poblacional y armonizar la distribución de la población con el desarrollo regional, siendo sus propósitos fundamentales: 1) inducir, con pleno respeto a la libertad individual, sobre la reducción de la fecundidad y, con ello, disminuir el crecimiento de la población y 2) racionalizar la distribución de la población en el territorio a partir de los movimientos migratorios, para lograr un desarrollo regional más equilibrado. Por lo que respecta a los niveles de mortalidad, estos ya venían descendiendo desde épocas pasadas. México tenía una esperanza de vida al nacer, en 1970, de 61 años (Camposortega, 1992:347). Durante estos años los planteamientos estuvieron permeados por la idea de la integración de la política demográfica a la de desarrollo. La política de población se ha concebido como un proceso para orientar a los individuos hacia un mayor bienestar y como tal, dicha política no encuentra justificación autónoma, sino que sus criterios están supeditados a los grandes objetivos del país.

El concepto de integración de la política de población en la planeación del desarrollo es un concepto que lleva casi medio siglo de existencia y no ha sido fácil su instrumentación, pero hay que reconocer que durante la segunda mitad de los años setenta del siglo pasado, en México, fue posible avanzar en la implantación del concepto. Al plantear el Gobierno de México una meta sobre el crecimiento demográfico de 1% para el año 2000, se generaron una serie de acciones que se ligaron a la meta general. Se plantearon metas anuales entre 1977 y el año 2000. Se calculó la meta sobre la tasa de natalidad nacional y de cada uno de los estados para el periodo 1977-2000, con lo que se estimaron los nacimientos que se deberían de evitar y la cobertura de personas en los programas de planificación familiar. Este paso fue trascendental para hacer efectiva la ejecución de la política. Se determinaron metas para cada uno de los estados de la República Mexicana, por lo que la primera integración fue con las entidades federativas.

Los gobiernos de los estados asumieron sus metas. A partir de esos planteamientos de política demográfica se crearon los Consejos Estatales de Población, quienes serían los encargados de instrumentar y dar seguimiento a la política poblacional nacional. En este caso hubo discusiones sobre qué instancia debería de dirigir la planeación demográfica estatal; la Secretaría de Gobierno o los Comités de Planeación de Desarrollo Estatal (COPLADES). Dicho de otra manera, los que tenían el poder político o los que tenían el poder económico en el estado, respectivamente. Una siguiente etapa de integración fue con el sector salud. Una vez que se tenían las metas de cobertura en planificación familiar a nivel nacional y estatal se establecieron metas por clínica; prácticamente, los médicos tenían su propia meta de cobertura. Esta meta la fueron siguiendo al pie de la letra, año con año, durante todo el resto del siglo XX.

Es importante reconocer que el sector salud cumplió sus metas en planificación familiar para reducir la fecundidad y por eso hoy estamos en el nivel de reemplazo. Este sector también avanzó en sus objetivos para reducir los niveles de mortalidad e incrementar la esperanza de vida al nacer. Al final del siglo, según diversas fuentes de información demográfica, se concluye que México había alcanzado los 75 años en su esperanza de vida al nacer. Es importante destacar que un hecho relevante para hacer efectiva la política sobre el crecimiento natural fue haber definido una sola meta sobre la tasa de crecimiento demográfico y en consecuencia, sobre la tasa de natalidad, la cual se relacionó con metas de otros indicadores demográficos específicos. La tasa de crecimiento poblacional estimada para 1977 era de 3.2%

y la meta para 1982 era de 2.6% anual. Al presidente de la República se le hizo fácil redondearla a 2.5% anual y se tuvieron que rehacer los cálculos. Ese cambio, de una décima, fue muy significativo en términos de la cobertura de personas en los programas de planificación familiar para ese periodo, pero era la meta dada por el presidente, la autoridad máxima, y no se podía cambiar.

Para dar seguimiento a la política demográfica se estableció un programa de evaluación de los resultados en relación a las metas planteadas. Para ello se levantaron encuestas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en los últimos años del decenio de los setenta y principios de los ochenta, para revisar los avances en los objetivos planteados. Esto se siguió haciendo a lo largo de las décadas de los ochenta y noventa. Se contaban también con los registros de las estadísticas vitales, lo que permitió conocer la tasa de natalidad y de mortalidad en cada año. Esta información permitió constatar que se había cumplido la meta en la tasa de crecimiento demográfico para el año 2000. A principios de los ochenta se levantó la Encuesta Nacional Demográfica, la cual permitió también observar el cumplimiento de la meta durante el periodo de 1977 a 1982. Es importante reconocer que la política de población fue una política de Estado que se siguió por varios sexenios, con una visión de largo plazo.

Con el fin de observar los avances ocurridos en un siglo, entre pandemia y pandemia, es importante destacar que en 1918, México durante la Influenza Española, tenía una esperanza de vida al nacer levemente por encima de 30 años, y en 2020, antes de la pandemia del COVID-19, tenía 75 años de esperanza de vida al nacer. Ganamos 45 años en el número medio de años que se espera viva un recién nacido. No obstante, con la influenza española fallecieron en México, en el otoño de 1918, entre 300 y 500 mil personas. México, solo tenía 14 millones de personas. Por su parte, la tasa global de fecundidad en 1920 estaba entre 6 y 7 hijos por mujer y en 2020 es de 2 hijos en promedio. Disminuyó a la tercera parte. Sin duda alguna, la pandemia del COVID-19 cambiará los tres componentes demográficos: natalidad, mortalidad y migración. Se tendrán que rehacer las estimaciones y proyecciones hechas por CONAPO en 2019 para la conciliación, porque las cifras demográficas cambiarán significativamente. La tasa de mortalidad será más elevada de lo esperado. Perderemos varios años en la esperanza de vida al nacer por las muertes adicionales ocurridas en 2020. Otra integración sectorial importante de la política de población fue cuando se decidió sobre la meta de crecimiento demográfico para el año 2000, la cual fue tomada a partir de los resultados de trabajos académicos realizados por los demógrafos y por médicos que tenían que analizar el esfuerzo que se debería de hacer para cumplir el objetivo específico planteado.

Es importante señalar que hubo una amplia discusión en lo que respecta a la meta. Se decía que la meta debería de ser 0% en el crecimiento demográfico para el año 2000. Sin embargo, un trabajo de Jean Bourgeois-Pichat y Sy-Ahmed Taleb publicado en la revista de Demografía y Economía de El Colegio de México en 1971 con el título, "Tasa de crecimiento demográfico cero: sueño o realidad", ayudó a tomar la decisión sobre la adopción de la meta del 1% al año 2000. Lo que hubiera podido ocurrir con la meta del 0% de crecimiento poblacional en un periodo muy corto, es que la estructura por edades presentaría una serie de oscilaciones en el tiempo que impedirían la planeación social y económica (Bourgeois y Si-Ahmed, 1971). En un momento habría muchos niños y niñas y pocos profesores y profesoras y en otro momento lo contrario, muchos profesores y profesoras

y pocos niños y niñas. Esta fue una de las primeras integraciones que se dio entre el CONAPO y el sector académico para determinar la meta del 1% en la tasa de crecimiento demográfico al año 2000.

La definición de la meta de crecimiento poblacional del 1% para el año 2000, se estableció a partir de diversos escenarios de proyecciones de población según una hipótesis constante, una programática. Se suponía que México podría llegar a 150 millones de personas al año 2000 según la hipótesis constante. La programática llegaba a la meta establecida del 1% al año 2000 con 100 millones de mexicanos. Otro trabajo fundamental en el cambio de la política de población fue el elaborado por Víctor Urquidi que establecía que de seguir constante una tasa de crecimiento demográfico del 2.8% desde el año 2000 hasta el año 2100, México podría tener 1,989 millones de personas, hecho que llamó la atención de los políticos. Estos resultados hicieron que se cambiara la política de “gobernar es poblar” a “la familia pequeña vive mejor” (Urquidi, 1976). La proyección iniciaba en el año 2000 con 125 millones de individuos. No se creía que México podría llegar a una población inferior a esa cifra en el año 2000, porque se pensaba que no podría presentarse una reducción rápida en los niveles de fecundidad.

Una discusión que se dio en esta etapa fue la relación entre los nacimientos que se deberían de evitar para alcanzar la meta y las personas que deberían de estar cubiertas en los programas de planificación familiar para cumplir con la meta en la tasa de natalidad. Se decía que cuatro mujeres cubiertas en los programas de planificación familiar evitaban un nacimiento. Era un resultado empírico de los médicos que debía de evaluarse y actualizarse con la experiencia y el trabajo científico. Estas cifras, primero nacionales, luego estatales, y finalmente por clínica, permitieron alcanzar las metas. En México se tuvo éxito en la regulación de la fecundidad, prácticamente se cumplieron las metas planteadas anualmente desde 1977 hasta el año 2000.

Sin duda que las proyecciones de población han sido un instrumento fundamental para analizar el México del futuro. No solo hay que plantear metas para analizar lo que ocurriría si se mantuviera sin cambios el crecimiento de la población, resulta necesario saber qué país se quiere en el futuro. Un ingrediente fundamental para avanzar en la integración de la población y el desarrollo sectorial fue la realización de perspectivas demográficas. No solo proyecciones de población bajo el supuesto de que los componentes en el ritmo de crecimiento poblacional fueran constantes, sino proyecciones que indicaran el México demográfico que se deseaba.

Deben de hacerse estimaciones programáticas que indiquen la dinámica demográfica deseada, con sus implicaciones en términos de lo que se requiere para lograr las metas. Fue fundamental en la integración con otros sectores hacer proyecciones de la población económicamente activa, del número de médicos que se requerirían, según especialidad, del número de hogares y viviendas, de los profesores y los estudiantes en los diferentes niveles, entre otros aspectos. Las proyecciones de población a nivel estatal fueron de gran utilidad para avanzar en las políticas de población a ese nivel. Hoy, incluso, la Secretaría de Hacienda usa las perspectivas demográficas para asignar los presupuestos de cada estado en función del tamaño de la población, pero este no es un resultado tan relevante, ya que toman mecánicamente las cifras, sin análisis alguno.

También se tenían dos programas fundamentales, uno sobre Educación en Población y otro sobre Comunicación en Población. Se incorporaron elementos de educación sexual en los libros de texto y se llevaron a cabo programas de televisión y telenovelas dirigidas a concientizar a la población sobre la regulación de su fecundidad y sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos. También se realizaron *spots* orientados a regular los niveles de fecundidad y guías didácticas sobre educación en población. Esta fue una integración muy importante tanto con el sector educación como con las cadenas privadas y públicas de televisión.

No solo se planteó la política sobre el crecimiento natural, también se hizo un planteamiento en relación a la distribución de la población, buscando reducir el crecimiento demográfico de las zonas metropolitanas de México, Monterrey y Guadalajara. Se plantearon políticas de retención de la población en sus lugares de origen. Había entidades federativas expulsoras de población hacia la zona metropolitana de la Ciudad de México, varias de ellas ubicadas en el sur del país. Se planteó una política para reorientar población desde los lugares expulsores hacia las entidades federativas costeras del país, las cuales se encontraban en un crecimiento de población en equilibrio. La última política buscaba reubicar población desde la zona metropolitana, para evitar la cada vez mayor concentración de dicha zona. La idea era desconcentrar población desde la Ciudad de México. A estas tres políticas se les llamó la política de las tres “erres”, las cuales no fueron efectivas, aun cuando tuvieron gran apoyo del Gobierno federal, a través de la Secretaría de Desarrollo Urbano.

Uno de los problemas del porqué no se cumplieron las metas planteadas en estas tres políticas, tiene que ver, en parte, con el hecho de que las empresas se ubican en donde está la población, y es ahí en donde pueden obtener las mayores ganancias. Además, el centro de la atención por parte del Gobierno se ubicaba en la disminución en la tasa de natalidad. Hay que señalar que nuestro país sigue teniendo una fuerte concentración de población en las zonas metropolitanas. Esto ha cambiado muy poco. No hemos sido efectivos en las políticas públicas para armonizar la distribución de la población con el desarrollo regional del país.

Hoy seguimos observando el binomio concentración/dispersión en la distribución de la población en México, y el SARS-CoV-2 ha sido terriblemente letal en las zonas de mayor concentración de población. La Ciudad de México y el Estado de México concentran casi al 30% de todos los fallecimientos ocurridos en el país por COVID-19. Además, poco más del 10% de todas las muertes por esta enfermedad, en conjunto, han ocurrido en los municipios de Puebla, Mexicali, Ecatepec, y en las alcaldías de Iztapalapa y Gustavo A. Madero. La fuerte concentración de la población en las zonas metropolitanas le ha facilitado al SARS-CoV-2 tener un mayor grado de letalidad en esas áreas. Concentración de contagios y muertes por COVID-19 es un par íntimamente ligado con la concentración de la población. La falta de una política de desarrollo regional en el país ha tenido efectos catastróficos.

2. El coronavirus y la Demografía

El desarrollo de la disciplina demográfica no ha sido tan sencillo. A muchos funcionarios no les llama la atención el manejo de los números, es mejor para muchos el uso de palabras y discursos. Las fórmulas matemáticas en Análisis Demográfico les quitan interés a los lectores porque hay poca habilidad y conocimiento en el uso de términos cuantitativos. Esto se debe a la escasa formación numérica y matemática que se tiene en nuestra población. Me parece que, en los últimos años, los estudios demográficos han perdido interés, debido a que otros temas han pasado a hacer de mayor relevancia para el Estado Mexicano. Considero importante redoblar esfuerzos en la formación de especialistas en población, tanto para las instituciones encargadas de las políticas de población como las que generan las estadísticas. Los temas demográficos han ido cambiando y las técnicas de análisis se han actualizado. Estos especialistas no solo tendrían que analizar los aspectos demográficos, sino deberían de tener instrumentos de análisis que posibiliten el seguimiento de muertes y contagios de pandemias como la que vivimos ahora.

La falta de experiencia de los gobernantes, quienes no tuvieron el conocimiento para enfrentar esta enfermedad, tiene a la humanidad sin saber qué hacer para frenar los contagios y las muertes, cifras que siguen aumentando. Los indicadores que se utilizan en el Análisis Demográfico, como es el caso de la tasa de reproducción, entre otros, permiten analizar la velocidad de contagios del coronavirus, es decir, ¿a cuántas personas contagia potencialmente un enfermo de COVID-19? Este indicador llamado en epidemiología, Índice Básico de Reproducción, permite, entre otros índices, darle seguimiento a los contagios por dicha enfermedad.

En los próximos años, el especialista en población deberá de tener un conocimiento sobre el envejecimiento demográfico. En forma paralela al análisis demográfico de la vejez, el demógrafo deberá de tener herramientas estadísticas para analizar los sistemas de pensiones. No solo manejar las cifras para diagnosticar el problema sino para enfrentarlo y resolverlo. La población de 65 años y más se duplica en México cada 20 años y en 40 años se habría multiplicado por cuatro. Este es el tema del resto del siglo. Los costos de las pensiones y jubilaciones serán muy grandes por la cantidad de personas que se incorporarán a ese grupo de edades. Quienes en 2020 tienen 65 años y más, nacieron antes de 1955. Los niveles de fecundidad en esas épocas eran elevados y la mortalidad iba en descenso, por lo que esperaremos fuertes contingentes de población en esos grupos de edades avanzadas en los próximos años.

Es importante observar que la pandemia se ha ensañado con la población en edades avanzadas, muchas de las defunciones ocurren en personas que tienen comorbilidades. Destacan las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y la diabetes, entre otras, las cuales se vinculan al tipo de alimentación de

la población mexicana y a la falta de ejercicio. La moda de los contagios se presenta en las edades de 30 a 50 años en México y la moda en las muertes en las edades avanzadas entre 60 y 70 años. No obstante, la pandemia nos ha dejado también resultados positivos. Algunos grupos indígenas han enfrentado a la enfermedad de manera sabia. Han mantenido a sus comunidades lejos de las posibilidades de contagios y en muchos casos han impedido el ingreso de individuos que no son del lugar, es decir, han cerrado su comunidad a los extraños. Además, han seguido de manera estricta las reglas sanitarias para cuidar su comunidad. Muchas de esas reglas no son nuevas, vienen de sus ancestros. Parece que tienen buenos conocimientos en relación a cómo enfrentar los desastres y las epidemias.

La pandemia nos está haciendo creativos. En los próximos meses no será fácil que individuos levanten censos, ni encuestas, únicamente tendremos registros administrativos. Difícilmente se podrá hacer trabajo de campo, la gente no va a recibir a los investigadores o encuestadores por miedo a un posible robo o a un contagio. En relación a otro tema, también tenemos fuera de control las muertes por homicidios. Incluso en Ciudad Juárez, entre 2000 y 2010, la esperanza de vida al nacer se redujo en 9.1 años en los hombres, al pasar de 66.8 años a 57.7 años y en 0.8 años en las mujeres, al pasar de 72.9 a 72.1 años (Ordorica, 2016).

En estos tiempos nos hemos tenido que reinventar. El trabajo se realiza a través de plataformas, las cuales han ido haciéndose cada vez más poderosas. Los temas de investigación cambiarán. Estando enclaustrados en nuestra casa, los objetivos de vida serán de otro tipo. Es probable que no regresemos a una normalidad tal y como la hemos conocido. Las fuentes de información se transformarán, los objetivos de investigación serán distintos. Lo que enseñamos, las formas de enseñar y lo que estudiamos cambiarán a una nueva realidad. En síntesis, lo que ha ocurrido nos plantea una serie de preguntas filosóficas respecto a los objetivos de vida.

Llama la atención que, dado el gran avance en la tecnología, nuevos métodos de captación de información, como *Big Data* analizando *tweets*, o a partir de satélites observando la dinámica de las ciudades desde el cielo, o con drones, no haya sido posible saber la intensidad y dirección de los contagios, y poder detenerlos. No utilizamos esta tecnología novedosa. Que no se haya concientizado a la población de la problemática que se venía para que se tomaran las medidas pertinentes ha sido una gran falla de nuestras autoridades. Además, hemos sido comunicadores imprecisos de lo que se está viviendo con esta pandemia. Los comunicadores no han sido eficaces para concientizar a la gente, y a veces varios de los funcionarios dan mensajes contradictorios. Una ignorancia inmensa en todos los ámbitos de la sociedad, desde los tomadores de decisiones y los individuos más informados, hasta la población con los niveles más bajos de educación. Ya vamos para el año en esta situación y los contagios y muertes acumuladas siguen creciendo aceleradamente y no tenemos ni idea de como detener al SARS-CoV-2.

La velocidad de propagación del COVID-19 en el mundo es muy acelerada. En el cuadro 1, es posible observar que, a nivel mundial, el primer millón de contagios por COVID-19 ocurrió el 2 de abril de 2020; el segundo millón, el 15 de abril, solo 13 días después; el cuarto millón, el 9 de mayo; el octavo millón, el 15 de junio; el 25 de julio se llegó a 16 millones y el 24 de septiembre ya se tenían 32 millones de contagios.

A mediados de noviembre, en el planeta, ya teníamos 55 millones de contagios y 1.3 millones de muertos por COVID-19. El 3 de diciembre ya había 64 millones de contagios. El número de contagios en el mundo aumentó en diciembre de 2020 a un promedio de alrededor de un millón cada dos días. Estas cifras muestran la velocidad de crecimiento de los contagios, es posible observar que llegamos a la sexta duplicación en el mundo a partir del millón de habitantes. También, a mediados de noviembre, en México teníamos más de un millón de contagios y 100,000 muertes por COVID-19.

Cuadro 1. El Mundo: duplicación de los contagios confirmados a partir de un millón, fecha en que ocurrieron y tiempo de duplicación

Fecha	Contagios confirmados en el mundo por Covid-19	Tiempo de duplicación de los contagios
2 de abril de 2020	1 millón	
15 de abril	2 millones	13 días
9 de mayo	4 millones	24 días
15 de junio	8 millones	37 días
25 de julio	16 millones	40 días
24 de septiembre	32 millones	60 días
3 de diciembre	64 millones	70 días

Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20201106/mapa-mundial-del-coronavirus/>

3. Reflexiones respecto a la integración de la política de población con el desarrollo en el contexto de la pandemia

En el país se han dado algunos avances en la integración del componente demográfico en las políticas públicas, pero hace falta implementar medidas para hacer efectiva dicha integración y cumplir con el propósito de mejorar la calidad de vida de los mexicanos. No ha sido posible erradicar la pobreza, los números absolutos cada vez son mayores, la desigualdad es un problema que permanece con los años. La población en situación de pobreza en México según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), pasó de 49.5 millones en 2008 a 52.4 millones en 2018. El índice de Gini es de 0.426 en 2018 en México, de 0.250 en Noruega y de 0.630 en Sudáfrica.² Recordemos que cuando el

² Wikipedia: la enciclopedia libre. Anexo: países por igualdad de ingreso. En: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pa%C3%ADses_por_igualdad_de_ingreso. Fecha de consulta: 28 de diciembre de 2020.

índice de Gini es igual a cero, la distribución del ingreso es completamente equitativa. Parece que los *spots* sobre la “familia pequeña vive mejor” y “vámonos haciendo menos” no fueron tan efectivos para cumplir con el fin principal de la Política de Población que es mejorar la calidad de vida de las personas. ¿La familia pequeña vive peor? Así lo demuestran los números sobre desigualdad y distribución del ingreso.

Es importante señalar que las instituciones gubernamentales vinculadas al tema de la población han perdido fuerza, la presidencia del CONAPO recaía en la práctica en la Secretaría de Gobernación, posteriormente en la subsecretaría, cada vez se le baja de nivel al CONAPO. Después de haber alcanzado las metas en el crecimiento de la población, el tema demográfico perdió interés. Los fines de la política han cambiado, hemos visto la gran cantidad de indicadores económicos y sociales que se utilizan para evaluar los avances en la planeación demográfica. Pero a los tomadores de decisiones se les olvida que la demografía tiene que ver con la gente. Todos los días, en todos los periódicos y noticieros, se presentan cifras del crecimiento de la economía. En ningún lado se dice cuál es su significado y las implicaciones que eso tiene. Por ejemplo, cuando se dice que la población crece a una tasa del 3.5% anual quiere decir, que la población se duplica cada 20 años, al dividir 70 entre la tasa de crecimiento demográfico, de 3.5%. Hay que dar elementos sencillos para que la gente pueda entender números.

Hay que reconocer que la integración de la política de población con los estados ha sido parcialmente efectiva, ya que varios estados tienen sus Consejos Estatales de Población (COESPOS), quienes tienen sus objetivos sociodemográficos específicos de acuerdo a su realidad. Se tienen, por ejemplo, objetivos concretos para llevar a cero, en forma inmediata, la fecundidad de las niñas de 10 a 14 años y a la mitad la fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años en los próximos 10 años. Hay que darle seguimiento a las niñas y adolescentes embarazadas para que sea posible conocer las razones de dichos embarazos. Por otro lado, hace falta avanzar en el tema del ordenamiento territorial, aunque es cierto que el gobierno tiene una imagen objetivo para impulsar el sureste el país. Lo vemos con las acciones emprendidas sobre el proyecto del Tren Maya, el impulso al Istmo de Tehuantepec y las acciones relativas a la construcción de refinerías en el sureste, entre otros proyectos. Es necesario realizar el análisis de los impactos demográficos de estos grandes proyectos nacionales. Las nuevas proyecciones de población deberán de incorporar estos objetivos programáticos.

Al llegar el SARS-CoV-2 a nuestro país, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) estaba levantando el Censo de Población de 2020. Según las proyecciones de población de CONAPO alcanzaríamos los 128 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento demográfico del 1.0% anual, una tasa global de fecundidad en el reemplazo, una esperanza de vida al nacer de 75 años y una mortalidad infantil de 13 por mil. Las zonas metropolitanas de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey en 2010 tenían en conjunto la cuarta parte de toda la población del país, lo que marcaba una fuerte concentración de la población en pocas zonas del país. Ese hecho, como ya se dijo, tuvo sus repercusiones en la concentración de los contagios y las muertes de enfermos por COVID-19 en nuestro país.

La pandemia se presentó casi exactamente en el momento del levantamiento del censo de 2020. Incluso cuando los encuestadores hayan hecho el mayor de los esfuerzos, es muy probable que se presente algún grado de subregistro. Muchas de las encuestas que se levantan de manera periódica deberán esperar a que la pandemia termine y no se tiene claro cuando ocurrirá. Los registros administrativos han mostrado su importancia, ya que nos han acercado a los niveles más exactos del número de contagios y de muertes por COVID-19. Resulta de importancia disponer de datos en forma continua y en tiempo real. Disponer de información después de algún tiempo no resulta ser de utilidad para la toma de decisiones, sobre todo de fenómenos que crecen a gran velocidad y que se desactualizan a cada momento.

Los componentes en el crecimiento natural de la población observarán importantes cambios en todos los niveles. Respecto a la fecundidad, es probable que se pudieran presentar dos situaciones. Por un lado, un incremento en la fecundidad de las parejas, quienes pudieran no estar regulando su fecundidad y, por otro, que dada la situación económica, decidan no tener hijos e hijas en estos momentos.

Por lo que se refiere a la mortalidad, la esperanza de vida al nacer en 2020, en México, podría reducirse varios años, tanto por las muertes por COVID-19 como por los homicidios, muchos de ellos, feminicidios. En el año 2020 podríamos regresar a tener la esperanza de vida al nacer de los últimos años del siglo pasado. Desde el inicio del siglo XXI, la esperanza de vida al nacer no ha crecido, se quedó estancada en 75 años, por lo que se han perdido varios años en la esperanza de vida. Han sido dos décadas perdidas respecto a la dinámica en el incremento en la esperanza de vida al nacer. A mediados de noviembre con 100 mil muertos por COVID-19, adicionales a las defunciones que se presentan cada año, se espera una reducción importante en la esperanza de vida al nacer.

El nuevo coronavirus ha atacado de diferente forma a los hombres y a las mujeres. ¿Es una cuestión biológica o una cuestión social lo que está detrás del diferencial por sexo? Hasta la fecha sabemos poco del porqué de esta diferencia. ¿Por qué han sido los más viejos los que han fallecido? Si bien se sabe que personas con comorbilidades han fallecido más que otros grupos de personas, ¿por qué personas de edades avanzadas y con comorbilidades han superado la enfermedad? ¿Por qué las mujeres han fallecido menos que los hombres? Me parece que investigaciones futuras en el campo de la población, junto con otras de diferente índole, deberán de buscar la explicación.

El tema de la obesidad y la malnutrición se encuentra también detrás de la explicación del COVID-19. ¿Lo mismo está pasando en otros países del mundo? ¿El tema del tapabocas es un elemento que se encuentra en la explicación que se puede dar en el ámbito de los estudios de género? ¿Por qué somos reacios a ponernos el tapabocas? ¿No creemos en el SARS-CoV-2? ¿A nosotros no nos va a pasar? Tenemos una actitud mágica.

Esta pandemia ha permitido darnos cuenta de la importancia de la demografía para vigilar el avance de la enfermedad y dar elementos para su control. Han sido los especialistas en población, entre otros, los que han estado realizando diagnósticos sobre el nuevo coronavirus en tiempo real, ubicando la dinámica del COVID-19 en el espacio. De ahí la importancia de fortalecer a las instituciones académicas

encargadas de la formación de demógrafos en México y a las que producen la información estadística sociodemográfica. Habrá que fortalecer a las instituciones internacionales como el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) para que sigan formando demógrafos con formación matemática.

Todos estamos muy angustiados por la pandemia, por lo que el objetivo de las investigaciones es aproximarse al momento de su fin: el valor de R_0 , que es el número reproductivo básico, por el cual se estima la velocidad con la que el COVID-19 puede propagarse, ayuda a conocer la dinámica de los contagios. Los valores más elevados de R_0 son los del sarampión. Dicho índice varía entre 12 y 18 personas, lo que quiere decir que una persona puede contagiar a entre 12 y 18 personas.

El número reproductivo básico en el caso de SARS-CoV-2 varía entre 1.5 y 3.5. En síntesis, R_0 es el número promedio de casos nuevos que genera un caso dado a lo largo de un periodo infeccioso. Cuando R_0 es menor que 1, la infección desaparece. Cuando R_0 es mayor a 1, la infección se propaga ampliamente; en la medida que R_0 es más grande, es más difícil controlar la epidemia. Eso ha ocurrido en muchas partes del mundo. Si R_0 es igual a uno, quiere decir que un infectado podría infectar a otro. Este indicador se ubicó por debajo de uno desde finales de julio y principios de agosto, pero es necesario observarlo continuamente por un posible rebrote como está ocurriendo en varios países. Los orígenes de R_0 se remontan al trabajo de Alfred Lotka en 1939. Este concepto es análogo y tiene el mismo símbolo, como ya se dijo, que el indicador que los demógrafos usamos para calcular el número de hijas que van a sustituir a una madre, el cual se denomina: tasa neta de reproducción (Lotka, 1969).

Otro elemento para dar seguimiento a la pandemia es la tasa de crecimiento de las defunciones por COVID-19, la cual se está acercando al crecimiento cero. El tercer indicador es la dinámica de las muertes y contagios a fin de saber si ya se aplanó la curva, como dicen los especialistas y comunicadores. Lo que significa que dejó de crecer y ahora decrece. Estos indicadores son como el oxímetro y el termómetro para saber si estamos resolviendo la contagiosidad del COVID-19.

No todo ha sido malo respecto a la pandemia. Durante varios meses hemos dejado de utilizar los transportes que contaminan. Hay que reconocer que la calidad del aire ha mejorado. Hoy se utiliza más la bicicleta para la movilidad en las ciudades. El automóvil se utiliza cada vez menos. El hecho de quedarse en casa durante esta pandemia, ha posibilitado reducir los contaminantes en las grandes ciudades, pues ahí es donde se han dado los mayores contagios.

Algo que nos ha enseñado la pandemia es que muchas de las acciones que se llevan a cabo en relación a las investigaciones sociodemográficas, se realizan a nivel general. Me parece que debemos hacer un mayor esfuerzo en generar conocimiento desde las mismas poblaciones locales. Trabajar con ellos y ellas sobre temas, como el agua, la contaminación, calidad del aire, la agricultura, entre otros. Los investigadores podemos enseñar muchas de las cosas que nos da la ciencia, pero podemos aprender de los individuos en sus localidades y regresar los resultados a ellos y ellas. Muchos resultados se quedan en las revistas académicas y hace falta regresar los resultados a las comunidades. Asimismo, hace falta fortalecer a los centros de investigación locales y estatales para que puedan apoyar la investigación en lugares específicos.

Hace falta hacer investigación y difundir más los resultados. Elaborar cuentos para llegar a la gente y a los niños sobre los problemas que tiene la comunidad. Trabajar con las radiodifusoras locales en programas dirigidos a la población respecto a la problemática observada. Elaborar guías didácticas que permitan avanzar en el conocimiento de una forma clara y amena, dando información concreta. Esto requiere de un efecto multiplicador de las instituciones académicas y de los Consejos Estatales de Población (COESPOS) sobre la difusión de los resultados de las investigaciones.

Resulta paradójico que la Política de Población de México tenga un principio fundamental de libertad de tránsito de la población en el territorio y que ese mismo principio haya producido efectos negativos en la contagiosidad de la enfermedad del COVID-19. ¿Cuáles son los límites de ese derecho? Me parece que los límites de la libertad de movilidad los marca otro elemento que se encuentra en una instancia superior y que es el respeto por la vida de los demás. Otro elemento fundamental es el de dar el ejemplo por parte de las máximas autoridades respecto a las acciones que las personas deben de seguir, por ejemplo, el uso del tapabocas. Los resultados sobre los muertos y los contagios por COVID-19, durante este periodo, muestran la falta de experiencia, comunicación no atinada, poco conocimiento de historia de eventos como el que vivimos hoy en día.

La integración de los temas demográficos con el desarrollo no puede quedar en planteamientos generales con muchos indicadores por evaluar. Es necesario elegir con puntería los indicadores a evaluar. Hoy tenemos que centrar nuestras acciones en evaluaciones anuales con resultados concretos de lo que se ha propuesto. También vemos que estamos atados a encontrar los mejores diagnósticos para tener las mejores soluciones. Las fuentes de información se tendrán que transformar hacia fuentes más flexibles y en tiempo real para dar soluciones inmediatas.

4. Consideraciones finales

En esta última parte del capítulo realizaré un breve análisis del tema de integración de la población y su dinámica en el desarrollo a partir del conjunto de indicadores que se han seleccionado en torno al Consenso de Montevideo. Solo utilizaré aquellos indicadores para los que hay información disponible. Para empezar me parece urgente disponer de resultados numéricos anuales de los indicadores seleccionados relativos al Consenso de Montevideo.

1. Es importante destacar que se presentaron resultados alentadores respecto al tema de pobreza antes de que iniciara la pandemia del COVID-19. El número de personas en pobreza extrema según CONEVAL disminuyó entre 2008 y 2018, al pasar de 12.3 a 9.2 millones. Sin embargo, el número de personas en situación de pobreza aumentó de 49.5 a 52.4 millones en el mismo periodo. El coeficiente de Gini presentó, según el INEGI, a partir de la Encuesta

Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), una leve mejoría entre 2016 y 2018 al pasar de 0.448 a 0.426. Por lo que se refiere a la tasa de desempleo, esta se situó en 3.4% de la PEA en el 4º trimestre de 2019, frente al 3.3% en el mismo periodo de 2018. No obstante algunos resultados esperanzadores, la pandemia afectó en forma catastrófica los resultados económicos. La OIT señaló que la tasa de desempleo podría llegar a 11.7% en 2020 con 6 millones de personas desempleadas. A partir de la pandemia, nuevas formas de desigualdades y nuevos pobres se presentarán en el país.

2. Las proyecciones de población publicadas por CONAPO en 2018 muestran una reducción en la esperanza de vida al nacer de 75.1 a 74.7 años, entre 2019 y 2020. Este descenso se pronosticó debido al número elevado de homicidios. La tasa de homicidios pasó de 23.9 por cada 100 mil a 29 por 100 mil, entre 2011 y 2019. En 2019 hubo 36,476 homicidios. Podemos decir que México perdió dos décadas en lo que se refiere a la esperanza de vida al nacer. Además, la tasa de suicidios aumentó entre 2010 y 2016 al pasar de 4.3 a 5.1 suicidios por 100 mil habitantes. La esperanza de vida al nacer se reducirá aún más de lo que se había proyectado, afectando principalmente a los hombres.

Por último, quisiera señalar que el Gobierno federal debe de impulsar más al CONAPO pues es la institución que establece los escenarios que deberían presentarse en el futuro demográfico de México. Es importante anticiparnos a lo que podría ocurrir en el futuro. Es la institución que debe de tener un sistema de evaluación permanente de las variables que se relacionan con la vida y la muerte. Sus objetivos se centran en una reducción en el embarazo adolescente, que debe de ser igual a cero, en el caso de las niñas de 10 a 14 años; un incremento en la esperanza de vida al nacer que debería de llegar a 85 años en un tiempo breve, y un desarrollo más equilibrado de la población, impulsando el sureste del país. Las ideas están planteadas, ahora hay que implementarlas.

El Estado Mexicano ha hecho grandes esfuerzos por regular los niveles de fecundidad, de disminuir los niveles de la mortalidad y de armonizar la población con el desarrollo regional del país. Hay que reconocer lo realizado por el sector salud durante decenios para atender la dinámica del crecimiento natural de la población. No obstante hace falta analizar con detalle el tema del envejecimiento demográfico que traerá consigo fuertes presiones sobre las pensiones y jubilaciones. Habrá que plantear una política demográfica para enfrentar el acelerado crecimiento de la población en edades avanzadas. Esperemos que el tema del envejecimiento no nos tome por sorpresa.

Se ha pensado, por fin, impulsar el sur y sureste del país, es lo que muestran los programas prioritarios del Gobierno actual, esta es una acción pendiente desde hace varias décadas. La fuerte concentración de la población en las zonas metropolitanas ha hecho que México se encuentre entre los países del mundo con un mayor número de muertos por el SARS-CoV-2. México tiene una población de 129.6 millones de personas, y Japón tiene 126.3 millones de habitantes. Ambas son cifras similares, sin embargo, la tasa de mortalidad por COVID-19 en México es de 945 por cada millón de habitantes y la de Japón es de 26 por

un millón de habitantes. Los niveles más bajos de mortalidad por COVID-19 son: Singapur (5 por millón), Tailandia (.9 por millón), Vietnam (.4 por millón), China (3 por millón), donde empezó, entre otros. En el mundo, el 28 de diciembre de 2020, el número de contagios acumulados por COVID-19 se estimó en 81.7 millones y el número de muertes fue de 1.8 millones. En México, en esta misma fecha, llegamos a 1.4 millones de contagios por COVID-19 y a 122,426 defunciones por esta enfermedad.³ México se encontraba al 28 de diciembre de 2020 en el cuarto lugar a partir de la cifra de muertos por COVID-19, según el número absoluto, después de Estados Unidos, Brasil e India. Este resultado es un ejemplo de cómo una distribución de la población desequilibrada en el territorio, entre otros factores, puede hacer estragos en la población, si no se tienen las condiciones de salud y educación para enfrentar el problema. Los contagios y las muertes crecen aceleradamente. ¿Qué hemos hecho mal?

Es importante observar que las diferencias de mortalidad por COVID-19 en el mundo han estado determinadas por las diferencias oriente-occidente, más que por las diferencias norte-sur. Quienes atendieron en primera instancia el tema de la salud, en forma disciplinada y con sabiduría, por encima de lo económico, ahora están en condiciones ideales para centrarse en el tema del crecimiento de sus economías. Quienes atendieron lo económico en primera instancia, olvidándose del tema de la salud, con muchos contagios y muertes, hoy no tienen ninguna de las dos cosas. La pandemia nos ha enseñado que sin salud no hay crecimiento económico.

Bibliografía

Bourgeois-Pichat, J. y Si-Ahmed, T. (1971). *Una tasa de crecimiento demográfico nulo en los países en vías de desarrollo al año 2000, ¿sueño o realidad?* Demografía y Economía, Vol. V, Núm. 1, pp. 1-12.

Camposortega C, S. (1992). *Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980*. El Colegio de México.

Cole, K.C. (1999). *El universo y la taza de té*. Ediciones B, S.A., Barcelona.

Graunt, J. (1962). *Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index, and Made upon the Bills of Mortality*.

Lotka, Alfred J. (1969). *Teoría Analítica de las Asociaciones Biológicas*. CELADE, Santiago de Chile.

Ordorica, M. (2020). "El coronavirus visto a través del lente demográfico". Otros *Diálogos* de El Colegio de México. México. En: <https://otrosdialogos.colmex.mx/el-coronavirus-visto-a-traves-del-lente-demografico>.

³ Worldometers.info. En: www.worldometers.info/coronavirus/. Fecha de consulta: 21:00 horas del 28 de diciembre de 2020 (tiempo de la ciudad de México).

Ordorica, M. (2016). *Coyuntura Demográfica*. Año 6, N° 9; editado por la SOMEDE.

Urquidi, V. (1976). *Política de Población en México: La necesidad de planear a muy largo plazo*. Asociación Mexicana de Población. Población y Desarrollo Social.

Entre la desigualdad y las brechas existentes: retos y oportunidades ante la pandemia por COVID-19 para las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en México

Andrea Bautista León¹
Gabriela Sánchez-Soto²

Introducción

México es un país latinoamericano que ha establecido, a lo largo de su historia, una serie de compromisos internacionales en pos de la mejora de su población. Entre ellos se encuentra el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, adoptado en 2013 en el marco de la Conferencia Regional sobre Población. En dicho consenso, de manera puntual, se establece una serie de acuerdos para el avance en el desarrollo de la población y que de esta manera se reduzcan, a la brevedad, las brechas de desigualdad entre grupos vulnerables. Asimismo, se incluye un apartado especial para niñas, niños, adolescentes (NNA) y jóvenes, en el cual, de manera general, se apunta a una vida libre de pobreza y de violencia. Estos grupos necesitan que haya condiciones materiales óptimas para su desarrollo a partir de garantizar el acceso a la educación, a la salud y otros derechos sociales fundamentales.

En este capítulo, nuestro objetivo es retomar dichos acuerdos para analizar la situación antes y durante la pandemia (cuando los datos están disponibles) y así evaluar el impacto a corto plazo que han tenido las medidas tomadas por el Estado Mexicano para contener el COVID-19. Sin lugar a dudas, las acciones gubernamentales han modificado, de manera sustancial, las interacciones sociales, escolares y laborales que, a su vez, repercuten directamente en la población de NNA y jóvenes de México.

Esta investigación inicia con el establecimiento del escenario demográfico en el que nos encontramos, seguido de la situación de los hogares en términos de ingresos económicos —donde habitan los NNA y jóvenes—; continúa con un apunte sobre la matrícula escolar; prosigue con una evaluación de la situación

1 Colaboradora-Investigadora en la Universidad La Salle-México. Coordinación de Planeación Curricular.

2 Investigadora en el Houston Education Research Consortium de la Universidad de Rice.

de la juventud en edad de trabajar frente al mercado de trabajo; después, con una medición de las brechas existentes para tener acceso a la salud al interior de nuestro grupo observado, y, finalmente, hacemos notar las medidas implementadas por el gobierno que de manera directa e indirecta repercuten en la vida de la población de NNA y jóvenes. Consideramos que, hoy más que nunca, atender a la población de NNA y jóvenes es una tarea impostergable en un escenario de cambios profundos por la llegada de la pandemia del COVID-19 y sus repercusiones en el bienestar de los hogares y la salud física y mental de las personas.

1. Panorama demográfico de NNA y de la juventud en México

Para entender las necesidades de los niños, niñas, adolescentes (NNA) y jóvenes en el contexto de la pandemia en México, es importante estudiar a esta población de acuerdo con su tamaño y ciertas características que resaltan la importancia de este grupo. México es un país compuesto principalmente por jóvenes, aunque la proporción de la población que los jóvenes representan ha comenzado a disminuir en décadas recientes.

En 1970, el 65% de la población era menor de 25 años, en 2010 esta proporción se había reducido a 48% y para el 2020 la población de NNA y jóvenes representa el 41% de la población del país (ONU, 2019; INEGI, 2020). Una razón importante de este cambio es la rápida transición demográfica en México. Particularmente, el promedio de hijos por mujer pasó de 6.7 en 1970 a 2.4 en 2010 y a 2.1 en 2019, y se espera que siga disminuyendo para alcanzar un promedio de 1.9 hijos por mujer en 2030 (ONU 2019, UNPFA-CONAPO 2019). Para tomar ventaja de este bono demográfico es importante que el país invierta en la educación y la salud de NNA y además genere oportunidades laborales para la juventud. Estos objetivos están respaldados por el marco legal nacional.

Los derechos de NNA y jóvenes en México están establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Además, desde 2015 el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) se encarga de resguardar sus derechos. Asimismo, diversos programas federales buscan la incorporación equitativa de NNA y jóvenes en los procesos de desarrollo y fortalecimiento de sus derechos (CONAPO 2018).

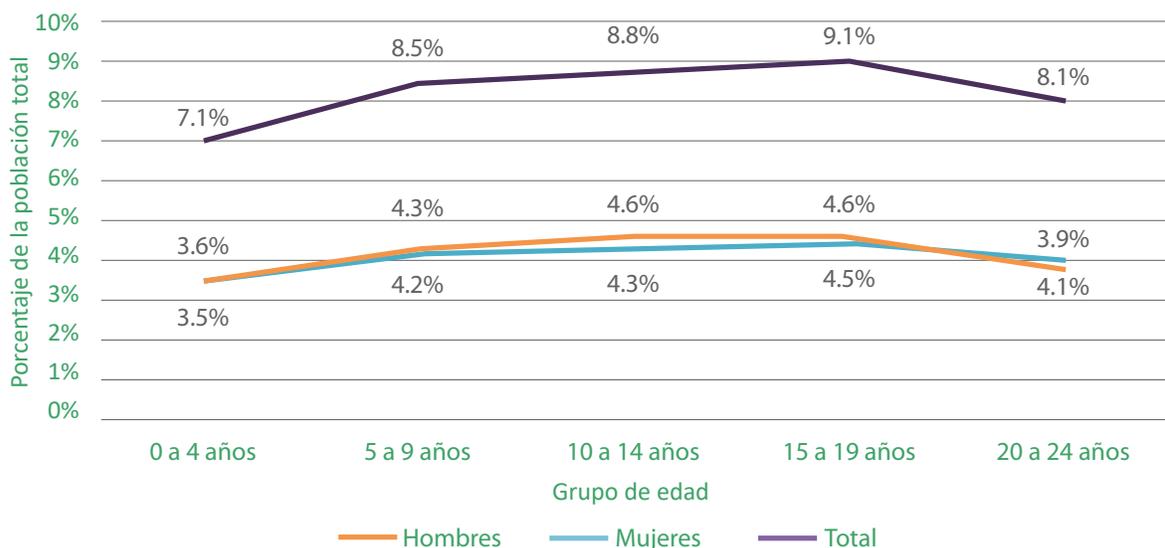
El papel que juega la juventud en México en el marco de la pandemia no se puede dejar de lado. Al igual que en otros países, la situación y el papel de los jóvenes en el contexto actual son complejos. Por un lado, muchos jóvenes se han movilizado como trabajadores de la salud, activistas, trabajadores esenciales y como apoyo de sus familias. Por otro lado, al estar empleados en áreas esenciales, algunos jóvenes viven en constante riesgo de contagio y de transmitir el virus a sus hogares. Las personas jóvenes tienen las mismas probabilidades que las personas adultas mayores de infectarse y contagiar a otros si están expuestas al SARS-COV2 pero los riesgos a la salud son usualmente más serios para las personas adultas mayores (UNFPA, 2020). Aunados a los riesgos directos a la salud que conlleva la pandemia, otros efectos negativos de esta crisis para los NNA y jóvenes incluyen la pérdida de oportunidades educativas, de trabajo y de acceso a servicios básicos (Kanem, 2020).

A pesar de los riesgos y la pérdida de oportunidades, México también debe ver a la población más joven como un recurso importante para la mitigación de riesgo y la difusión de información de salud durante la pandemia. Las políticas públicas encaminadas a lidiar con el COVID-19 y sus consecuencias deben incluir a los jóvenes como participantes activos en las decisiones a futuro. El potencial de la juventud es vasto, con adecuada capacitación pueden trabajar para interrumpir la cadena de contagio, sus habilidades tecnológicas son esenciales para mantener canales de comunicación que difundan información fidedigna y apoyen a la respuesta sanitaria a nivel nacional (Kanem, 2020, UNFPA, 2020)

En esta sección utilizamos información de dos fuentes principales: 1) el primer trimestre de 2020 de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) que nos da los indicadores más recientes previos a la pandemia del SARS-CoV-2; y 2) utilizamos la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018 para obtener información sobre la identificación étnica y racial de nuestra población objetivo en México. Con lo anterior, estimamos que en 2020 la población de NNA y jóvenes representa el 41% de la población total del país, 52 millones y medio de la población está compuesta por la niñez, adolescentes y jóvenes, de estos y el 49% son mujeres. En este grupo, la mayor proporción corresponde a las y los jóvenes de 15 a 19 años y la menor a las y los niños de 0 a 4 años (ver figura 1.1). La proporción de hombres y mujeres se mantiene más o menos constante a lo largo de estos grupos de edad durante el periodo de estudio.

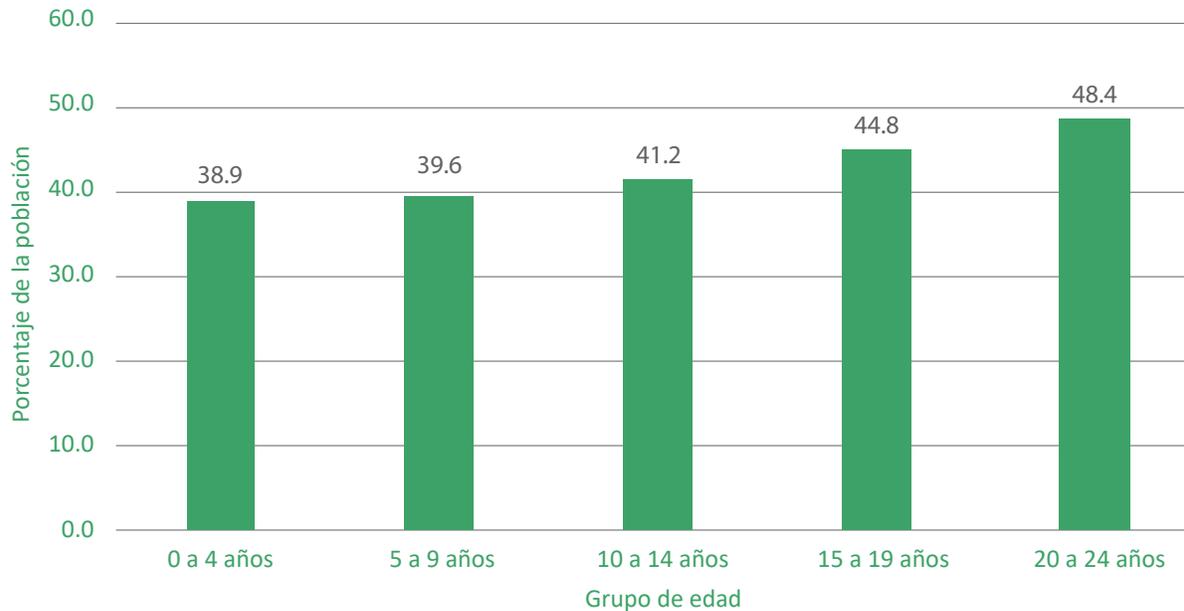
Aproximadamente, 4 de cada 10 NNA y jóvenes residen en áreas más urbanizadas, aunque la proporción que vive en localidades con poblaciones mayores a los 100,000 habitantes aumenta conforme a la edad. Casi la mitad de los jóvenes de 20 a 24 años reside en zonas urbanas comparados con los menores de 20 años (ver figura 1.2).

Figura 1.1. Población de NNA y jóvenes como porcentaje de la población total por sexo y grupos quinquenales de edad, 2020 (N= 52,566,006)



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020) ENOE (I Trimestre), microdatos.

Figura 1.2. Proporción de la población NNA y jóvenes que residen en áreas más urbanizadas por grupos quinquenales de edad, 2020

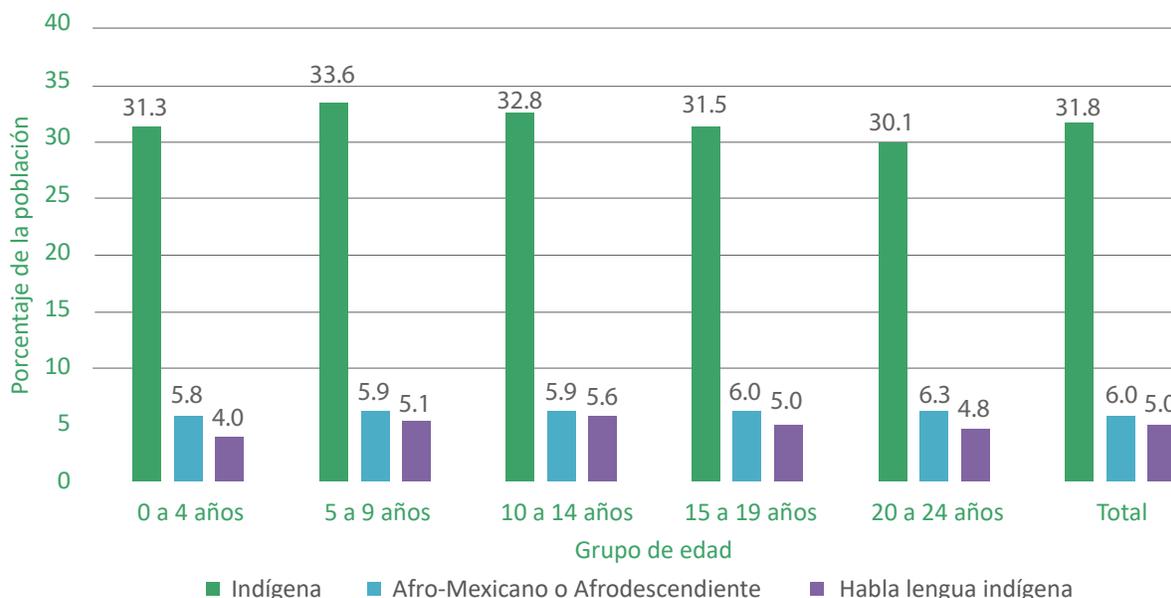


Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020) ENOE (I Trimestre), microdatos.

Nota: Las áreas más urbanizadas se definen como las localidades con cien mil o más habitantes o que sean capitales de estado.

La figura 1.3 muestra la proporción de la población de NNA y jóvenes que se identifican como indígenas, afrodescendientes o como hablantes de lengua indígena (recolectado para personas con tres años o más) por grupos quinquenales de edad. En total, alrededor de un tercio de la población bajo observación se auto-adscribe como indígena, mientras que un 6% se considera afrodescendiente, y un 5% habla alguna lengua indígena. Los grupos más jóvenes se autodenominan indígenas en mayor proporción que los grupos de mayor edad. Las proporciones que se identifican como afrodescendientes son similares entre todos los grupos de edad, aunque en este caso las cifras aumentan con la edad. El número de hablantes de lenguas indígenas es más o menos constante, y al igual que con los afrodescendientes, los NNA y jóvenes de mayor edad tienen proporciones un poco más altas.

Figura 1.3. Proporción de la población NNA y jóvenes identificados como indígenas, afrodescendientes y hablantes de lengua indígena por grupos quinquenales de edad, 2018

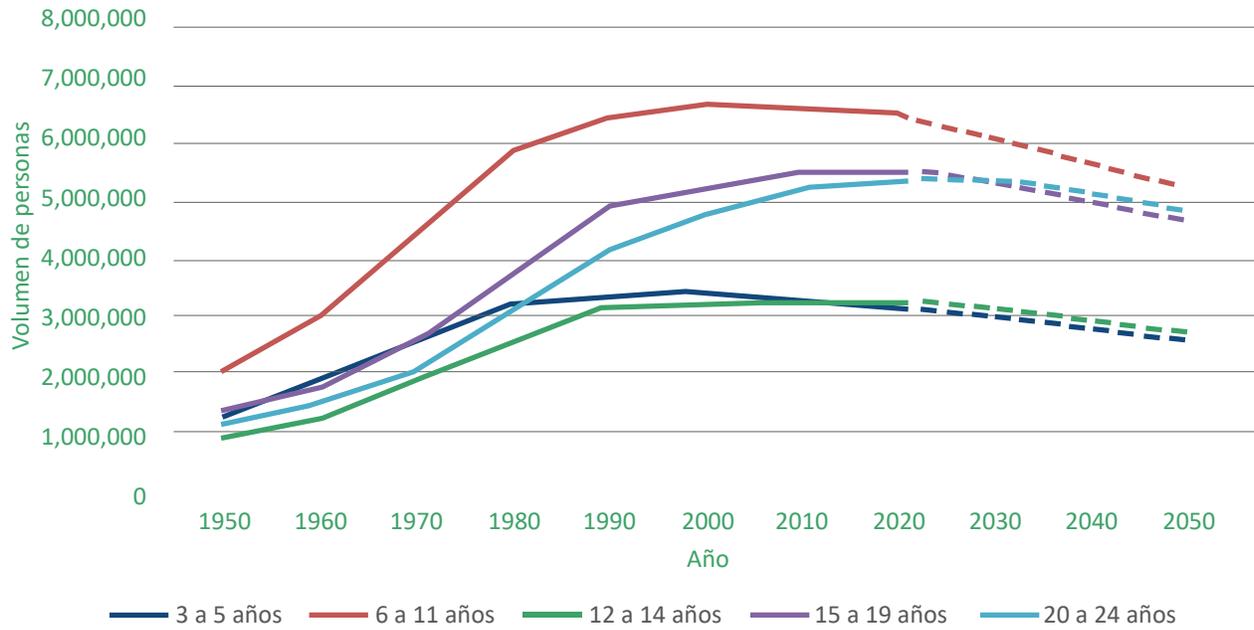


Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2018), ENADID, microdatos.

Utilizando cifras de proyecciones poblacionales realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), las figuras 1.4 y 1.5 muestran los números actuales y proyectados de la población NNA y jóvenes en México de 1950 a 2050 por grupos quinquenales de edad. En primer lugar, es importante notar que el subgrupo etario que representa la mayor proporción es el de 6 a 11 años, seguido por el de 15 a 19 años y, después, el de 0 a 5 años. A pesar de la gran proporción de la población joven que representan, las proyecciones a futuro muestran una disminución en la población de NNA y jóvenes.

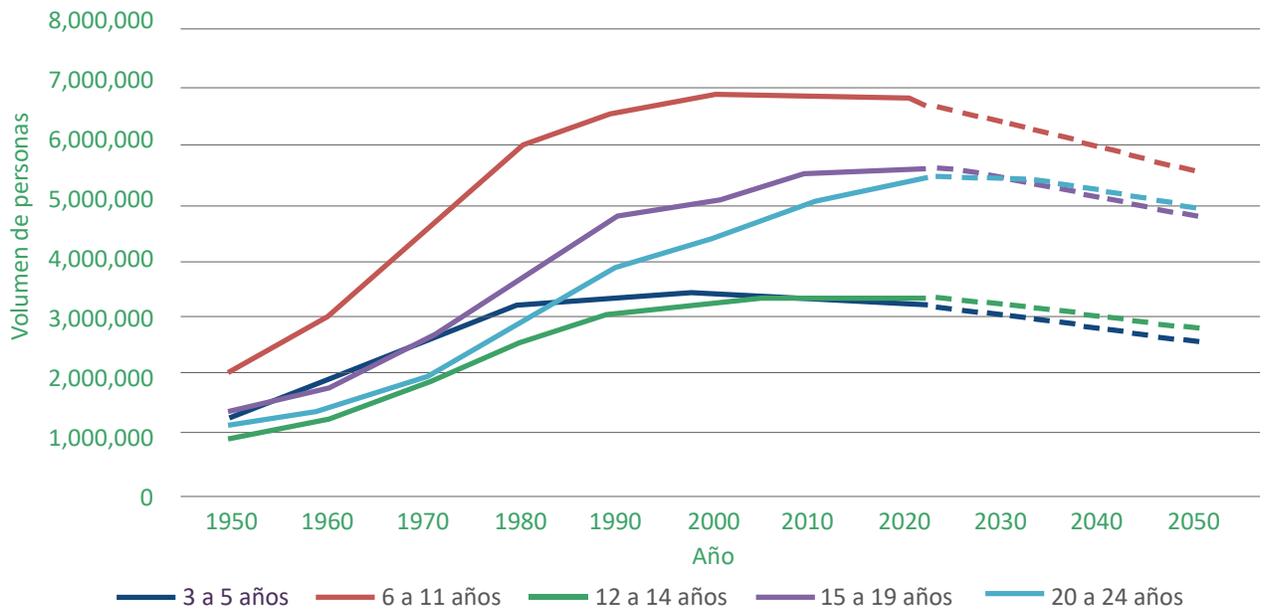
De acuerdo con proyecciones de las Naciones Unidas, en un escenario mediano, el número de NNA y jóvenes en México pasará de casi 55 millones en 2020 a alrededor de 47 millones en 2050 y a menos de 34 millones en 2100 (ONU 2019). Según dicha fuente, se espera que los grupos etarios de 0 a 14 años y de 15 a 24 años sean los que crezcan en menor medida entre 2020 y 2100, mientras que el envejecimiento de la población será evidente en el aumento de las poblaciones mayores de 65 años y de 25 a 64 años. Durante el periodo proyectado, la edad mediana en México pasará de 29.2 en 2020, a 39.3 en 2050 y, finalmente, a 49.2 en 2100 (ONU 2019).

Figura 1.4. Volumen y proyecciones de la población de NNA y jóvenes mujeres por grupos quinquenales de edad, 1950-2050



Fuente: Proyecciones de la población de México publicadas por CONAPO (2018).

Figura 1.5. Volumen y proyecciones de la población de NNA y jóvenes hombres, por grupos quinquenales de edad, 1950-2050



Fuente: Proyecciones de la población de México publicadas por CONAPO (2018).

2. Características de los hogares donde habitan NNA y jóvenes en México

En esta sección usamos información de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del primer trimestre de 2020 y de la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE) de junio de 2020 para comparar la situación de los hogares antes y durante la pandemia. Al inicio de 2020, a simple vista parece que comparados con hogares sin NNA y jóvenes, los hogares donde sí residen los NNA y jóvenes reciben un ingreso mensual mayor, esto es, en promedio los hogares con población menor de 25 años reciben más de 8 mil pesos mensuales, comparados con 5 mil pesos mensuales en hogares sin esta población, pero cuando tomamos en cuenta el número de miembros del hogar la relación se invierte. Los hogares con NNA y jóvenes reciben en promedio 667 pesos menos al mes (per cápita) que los hogares sin este grupo. Adicionalmente, los hogares con NNA y jóvenes tienen en promedio el doble de miembros residiendo en el hogar que los hogares sin ellos.

En promedio, los hogares que cuentan con NNA y jóvenes entre sus miembros tienen más de un miembro que es niño, niña, adolescente o joven. Para junio de 2020, en medio de la pandemia de COVID-19, podemos notar que los ingresos promedio de los hogares han disminuido significativamente, en promedio recibieron 2,091 pesos mensuales menos de lo que recibieron en el primer trimestre de 2020, representando una reducción del 24.3% en su ingreso mensual. En contraste, los hogares sin NNA y jóvenes recibieron 822 pesos mensuales menos que al inicio del 2020, lo que representa una reducción de 15.7% en sus ingresos mensuales. En ambos casos observamos una pequeña reducción en el número de miembros en el hogar. Es importante notar que la pandemia impacta de manera distinta en la economía familiar dependiendo de si hay o no, entre sus miembros, NNA y jóvenes.

La pandemia ha tenido efectos negativos en la población más joven, particularmente en su educación, trabajo, y acceso a servicios básicos. Una reducción significativa de los ingresos familiares puede exacerbar la disminución de las oportunidades educativas de los jóvenes mexicanos post-pandemia. Por otro lado, una reducción en los ingresos familiares puede ser consecuencia de la pérdida de empleos entre los miembros más jóvenes de la familia. Será importante que las políticas públicas que se implementen después del periodo de crisis incluyan mecanismos que restauren las oportunidades económicas de los hogares con NNA y jóvenes, políticas específicas en este sentido reducirán las brechas educativas y laborales derivadas de la pandemia.

Tabla 2.1. Ingreso promedio mensual de los hogares según presencia de NNA y jóvenes, 2020

	Ingreso promedio mensual	Ingreso per cápita mensual	Promedio de integrantes del hogar	Promedio de NNA en el hogar
Primer Trimestre 2020				
Hogar con NNA y jóvenes	\$8,597	\$2,071	4.4	1.5
Hogar sin NNA y jóvenes	\$5,245	\$2,738	2.1	-
Junio 2020				
Hogar con NNA y jóvenes	\$6,506	\$1,666	4.2	1.3
Hogar sin NNA y jóvenes	\$4,423	\$2,640	1.8	-

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020) ENOE (I Trimestre) y ETOE (junio), microdatos.

Nota: Ingreso promedio total en pesos mexicanos.

Las desigualdades económicas en que viven las sociedades, incluida la mexicana, llevan consigo muchas veces la propagación de la violencia y la reducción de oportunidades de vida. Hasta ahora, aunque se necesita continuar evaluando la situación de los hogares, la evidencia demuestra que hay una disminución sustantiva en los ingresos de los hogares donde habita la población de NNA y jóvenes en los meses posteriores al inicio de la pandemia de COVID-19. Como mencionamos antes, los datos disponibles sólo nos permiten ver el impacto económico en los hogares mexicanos en un periodo corto, por lo tanto, la situación de estos hogares debe permanecer en vigilancia, específicamente en lo que concierne a los impactos en los NNA y jóvenes. En la medida prioritaria número siete del Consenso de Montevideo se acordó que hay que garantizar las “oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social” a NNA y jóvenes. Cualquier intervención de política pública post-pandemia deberá contemplar esta medida específica y reconocer el papel que el bienestar económico del hogar juega para garantizar estas oportunidades y derechos.

3. Características escolares de NNA y la juventud en México

En México, el derecho a la educación está reconocido en el artículo 3ero. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y en la Ley General de Educación que regula la educación que se imparte en el país y garantiza el desarrollo de políticas públicas que hagan efectivo este derecho. Este marco legal define como obligatorias a la educación básica y media superior. La cobertura del nivel primaria es prácticamente universal, aunque en la educación media superior aún hay poblaciones vulnerables sin

acceso a estos niveles educativos, particularmente NNA y jóvenes en condición de pobreza, de origen indígena, con discapacidades y en zonas rurales (INEE, 2019). En 2015, el 95% de la población de 12 a 14 años asistían a la secundaria, el 78% de los jóvenes de 15 a 17 años asistían a la educación media superior y el 50% de los jóvenes de 18 a 24 años asistían a la educación superior (INEE, 2019).

En el ciclo escolar 2019-2020, el sistema educativo atendió a más de 36 millones y medio de estudiantes, los cuales incluyen 25 millones en educación básica, más de 5 millones en educación media superior y 4 millones en educación superior. La matrícula en educación básica representa el 69% del total, la de la educación media el 14% y la de la educación superior el 11% (SEP, 2020).

Dentro del sistema de educación básica, la educación primaria representa la mayor proporción de la matrícula (54.9%), seguida por la secundaria (26.4%) y la educación preescolar (18.7%). La mayoría de las instituciones educativas del nivel básico pertenecen al sistema público (89%). Con respecto a la educación secundaria, el 52% de la matrícula asiste a escuelas secundarias generales, un 27% asiste a secundaria técnica y un 21% a telesecundaria. Nueve de cada diez instituciones secundarias son públicas. Las tasas de abandono escolar en este ciclo escolar fueron del 4% y la eficiencia terminal fue del 87%. Respecto a la educación media superior, dos tercios de los estudiantes matriculados (63%) asisten al bachillerato general, mientras que un 32% asiste a bachillerato técnico, y el 1.2% restante corresponde a profesional técnico. En el ciclo escolar 2019-2020, el abandono escolar fue del 10% y la eficiencia terminal del 66%. Finalmente, en el sistema de educación superior, el 91% de los estudiantes matriculados asistió al nivel licenciatura, 3% a licenciatura normal superior y el 6% a posgrado en 5,715 instituciones. De estas, el 70% son públicas y el resto privadas. La tasa de abandono escolar es del 7.4% (SEP, 2020).

Tabla 3.1. Matrícula escolar para el año 2019-2020, por nivel educativo y tipo de educación, según sexo, 2020

	Número de alumnos		
	Total	Hombres	Mujeres
Total del sistema educativo	36,518,712	18,368,231	18,150,481
Público	31,236,953	15,639,494	15,597,459
Privado	5,281,759	2,728,737	2,553,022
Educación básica	25,253,306	12,451,584	12,801,722
Público	22,378,681	11,035,675	11,343,006
Privado	2,874,625	1,415,909	1,458,716
Educación media superior	5,144,673	2,622,466	2,522,207
Público	4,211,125	2,133,973	2,077,152
Privado	933,548	488,493	445,055
Educación superior	4,061,644	2,062,566	1,999,078
Público	2,841,510	1,387,772	1,453,738
Privado	1,220,134	674,794	545,340

Fuente: Secretaría de Educación Pública (SEP, 2020).

Para hacer frente a la pandemia de COVID-19, la Secretaría de Educación Pública (SEP) implementó un programa de educación a distancia para el ciclo escolar 2020-2021 con el programa *Regreso a Clases. Aprende en Casa II*, que se realiza en cinco modalidades las cuales incluyen libros de texto gratuitos, programas de televisión y radio, cuadernillos impresos y contenidos de internet. Aunque aún no hay cifras oficiales sobre la matrícula para el ciclo escolar 2020-2021, en agosto de 2020 la SEP informó que su programa de aprendizaje a distancia atiende a más de 30 millones de alumnos, que incluyen 5 millones en preescolar, 14 millones en primaria, 6.5 millones en secundaria, y poco más de 5 millones en educación media superior (SEP, 2020). El regreso a clases presenciales será definido por cada entidad federativa de acuerdo con el semáforo epidemiológico de la Secretaría de Salud (SSa).

Como ya discutimos anteriormente, la medida prioritaria número siete del Consenso de Montevideo establece que se debe garantizar el pleno ejercicio de derechos donde se incluye a la educación, mientras tanto, en la medida prioritaria número nueve se habla de una inversión en educación que no discrimine y que llegue a toda la población de NNA y jóvenes. En un contexto de pandemia, aunque el Estado Mexicano ha implementado acciones para cubrir los contenidos escolares, la desigualdad en el acceso a medios electrónicos y la disminución en el ingreso laboral de los hogares con presencia de NNA y jóvenes establecen un escenario grave que requiere intervenciones en el corto y mediano plazo, así como evaluaciones constantes para que la población estudiantil no vea una interrupción en sus trayectorias escolares.

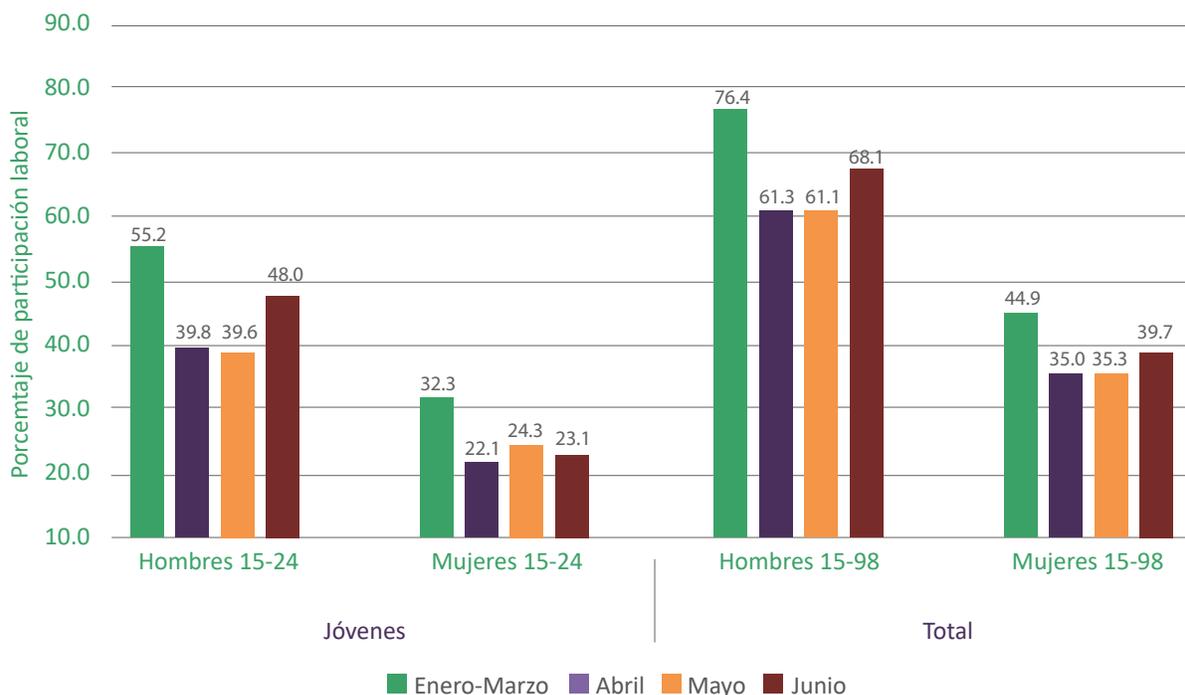
4. Empleo de las y los jóvenes en el contexto de pandemia por COVID-19

De acuerdo con el Artículo 123 de la Constitución Política en México (CPEUM), la edad mínima para trabajar es de 15 años (aunque se establecen jornadas máximas de 6 horas diarias para las personas con esta edad). Lo cual está en línea con la ratificación del Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que también marca este piso de edad en pos de la erradicación del trabajo infantil. Durante la presente administración, se ha puesto en marcha, desde la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), el programa “Jóvenes construyendo el futuro”, el cual está dirigido a personas de entre 18 y 29 años que no se encuentren estudiando ni trabajando. Lo cual va en línea con el acuerdo número diez del Consenso de Montevideo, mismo que habla sobre la promoción del empleo y programas especiales para la juventud.

Antes de la pandemia, las y los jóvenes que trabajan en México y en América Latina presentaban desventajas en comparación con la población total que trabaja. La población joven tiende a mostrar mayores tasas de desempleo, condiciones más precarias y una incidencia alta de informalidad laboral (Corica, Frey y Miranda, 2018). A lo largo del año 2020, el empleo en general ha sufrido una caída importante que se materializa en una baja de las tasas de participación laboral de la población económicamente activa. Cabe mencionar que el comportamiento de las tasas, en cuanto a la participación laboral, muestra diferencias importantes entre sexos. Al respecto, estudios recientes muestran que en México la tasa de participación femenina es baja en comparación con la de los hombres y con relación a otras mujeres de la región

latinoamericana (ONU-Mujeres y COLMEX, 2019). De manera puntual, antes de que iniciara el cierre de centros de trabajo, como medida de contención de la pandemia, la tasa de participación laboral de los hombres jóvenes era del 55.2% y la del total de los hombres, del 76.4%. Sin embargo, durante los meses de abril y mayo se agudizó la salida del mercado laboral en alrededor de 15 puntos porcentuales para ambos grupos de hombres. En el caso de las mujeres, había una brecha entre las jóvenes y el total de mujeres de 12.6 puntos (44.9 -32.3) antes de iniciar la pandemia. En el mes de junio la brecha se había incrementado en 16.6 puntos porcentuales, lo cual se explica sobre todo por la baja recuperación en la participación laboral de las mujeres jóvenes, en tanto que la tasa de hombres y del total de mujeres tuvo un repunte importante.

Figura 4.1. Tasa de participación económica, por sexo y grupos quinquenales de edad, enero a junio de 2020



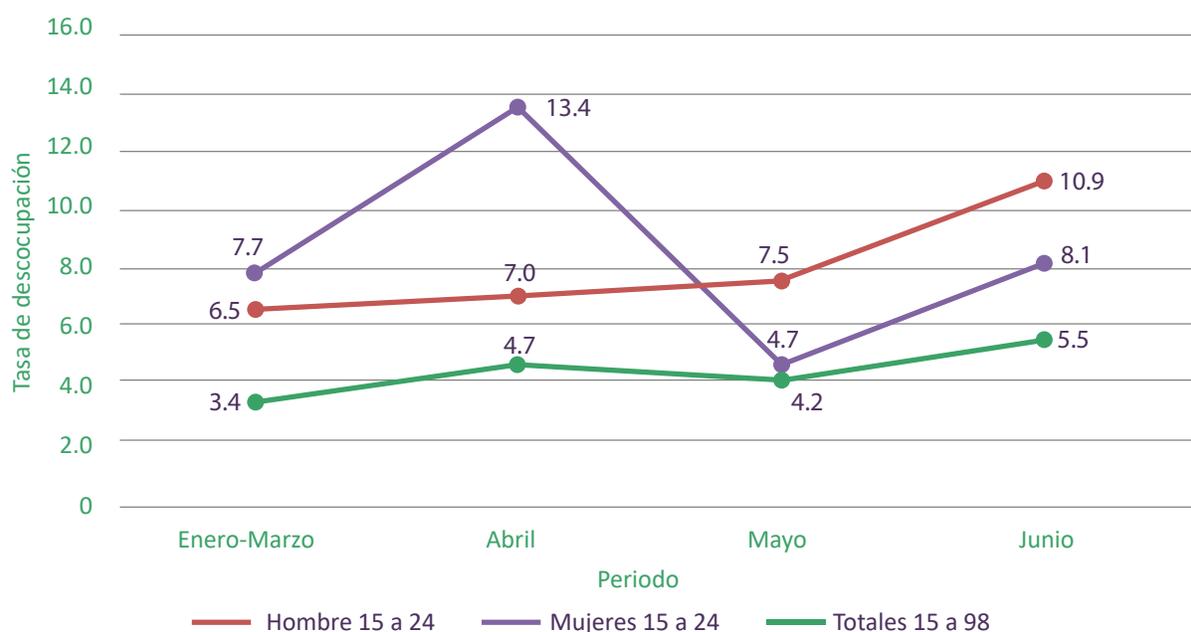
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020) ENOE (I Trimestre); ETOE (abril, mayo y junio), microdatos.

Aun con el repunte en la Población Económicamente Activa (PEA) para ambos sexos observada durante el mes de junio —debido a que se autorizó la re-apertura de varios sectores de la economía—, todavía existe un camino importante para recuperar los empleos que se perdieron durante el confinamiento. Es importante destacar que durante los primeros meses de la pandemia, en términos de indicadores de trabajo, no se observó para toda la población y para las y los jóvenes un incremento en el volumen de desempleo, lo cual se debe a que este indicador toma en cuenta a las personas que activamente están

buscando trabajo y por la transformación de la cotidianidad era muy limitado buscar trabajo. En cambio, lo que se presentó fue un incremento sustancial en la población no económicamente activa disponible para trabajar. En el caso de las y los jóvenes, esta población que era de 2 millones se incrementó a 4.1 millones en el mes de mayo pero luego disminuyó a 2.7 en junio (ante la apertura de varias actividades económicas). Lo anterior indica una agudización en el deseo de las y los jóvenes de entrar en el mercado de trabajo, pero con pocas posibilidades de hacerlo.

La población desocupada es aquella que estuvo buscando activamente empleo sin encontrarlo en la semana de referencia en la que se levantó la encuesta. Este indicador, como se mencionó anteriormente, ha sido puesto a prueba en los últimos meses debido a las medidas de confinamiento que se tomaron de forma rigurosa, sobre todo en los meses de abril y mayo, mismas que impidieron que la población en edad de trabajar estuviera “activamente buscando trabajo”, característica que es la referencia de este indicador. Aún con esta salvedad, es relevante ver los resultados y las diferencias del empleo entre las y los jóvenes y el total de la PEA.

Figura 4.2. Tasa de desocupación por sexo y grupos quinquenales de edad, enero a junio de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2020) ENOE (I Trimestre); ETOE (abril, mayo y junio), microdatos.

En la figura 4.2 se puede observar que, de manera global, la PEA no sufrió un incremento desbordado de desempleo aunque esto puede ser por la naturaleza de la medición y las medidas de confinamiento discutidas anteriormente. En cambio, se ve solamente un incremento de 2.1 puntos en junio, respecto al primer trimestre del año, en donde aún no se presentaba ningún caso de enfermedad en México.

Sin embargo, para la población joven se muestra un escenario más grave, donde si bien las y los jóvenes siempre han enfrentado más vulnerabilidad en el mercado de trabajo. En el caso de los hombres entre 15 y 24 años el desempleo asciende durante los meses analizados pasando de 6.5% a 10.9%. Por su parte, entre las mujeres, se observa una gran inestabilidad en la tasa de desempleo ya que en abril se eleva hasta 13.4%, cae en mayo a 4.7% y luego repunta a 8.1%. Esta situación es indicativa de la gran incertidumbre sobre las posibilidades reales de conseguir trabajo en los últimos meses.

En la medida prioritaria B se encuentra el acuerdo número diez del Consenso de Montevideo que hace un llamado a la promoción e inversión en políticas de empleo para las y los jóvenes. En estos meses de contingencia sanitaria, donde la caída del empleo fue imparable ante las medidas de distanciamiento social y aunque el gobierno federal ha llevado a cabo el ejercicio de sus programas, la población de jóvenes con 15 años y más debe ser atendida de manera especial para lograr su reincorporación al trabajo en los próximos meses; en especial con las mujeres, quienes después de una caída drástica de su participación en el mercado de trabajo, no han podido recuperarse. Esto último se puede deber, en gran medida, a la nueva distribución de las tareas del hogar, a las cuales, además de otras actividades, se ha sumado la enseñanza de la población infantil para la cual se preparó un sistema de enseñanza por televisión.

5. Situación de acceso a la salud en población NNA y de jóvenes

La salud —definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” — es entendida, desde siempre aunque con una agudización ante la pandemia, como un elemento clave para el sostenimiento de la vida humana y de la sociedad como la conocemos. En México, la salud está considerada como un derecho en la Constitución Política (CPEUM) en su Artículo 4 y en la Ley General de Salud que se ejecuta a través del Sistema Nacional de Salud (constituido por las dependencias federales y locales que deben proporcionar servicio a la población) (CNDH, 2015). En este sentido, la atención a la salud hacia el grupo bajo estudio es primordial, en tanto está demostrado por varios estudios que la atención en salud durante la niñez tiene un efecto positivo que prevalece a lo largo de la vida por lo que las inversiones en salud pública a una temprana edad incrementan las probabilidades de tener una población con mejores condiciones (Hayward y Gorman, 2004). En atención a lo anterior, garantizar un estado saludable debe ser un tema prioritario entre niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La salud pública en México ha tenido, en términos de acceso, un gran avance en las últimas décadas a través de programas masivos de atención a grupos que usualmente no tenían forma de acceder a la salud. El Seguro Popular, que funcionó entre 2003 y 2019 (Flamand y Moreno, 2014), actualmente ha dejado de operar pues se ha fusionado con otros programas para establecer el Instituto de Salud para el Bienestar. Debido a que la reestructuración es muy reciente, solamente hasta dentro de algunos años se podrá realizar una evaluación sobre los resultados de esta transformación en el sistema de salud.

Si bien es cierto que la salud comprende una serie de elementos que pueden ser medibles, en términos poblacionales, es muy importante estudiar el acceso a servicios de salud para conocer las brechas que hay entre grupos sociales.

A pesar de que el grupo de NNA no ha sido particularmente afectado por el SARS-CoV-2, no está exento de contagiarse. Los datos disponibles indican que del total de los 955,126 casos diagnosticados positivos hasta noviembre de 2020, solamente el 2.1% del total son de personas entre 0 y 14 años (19,663) y el 8% de población entre 15 y 24 años (76,698). La distribución por sexo indica que entre las personas de cero a 24 años con diagnóstico positivo, el 51.8% son mujeres y el 47.3% hombres, lo cual resalta porque es una tendencia inversa con respecto al total global que tiene una distribución por sexo de 48.7% de mujeres y de 51.2% de hombres (COVID-CONACYT, 2020). Además de la baja en los diagnósticos en este grupo etario, los datos indican que la letalidad por COVID-19 es cuarenta veces menor entre los menores de 25 años.

Para el análisis de esta sección observamos, por un lado, a las niñas, niños y adolescentes (NNA) entre cero y 14 años y, por otro lado, a las y los jóvenes de 15 a 24 años pues tienen diferentes características en cuanto crecimiento físico y, por ello, distintas necesidades de atención a la salud. Utilizamos la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018 porque permite identificar en dónde se atiende la población cuando tiene algún padecimiento y tiene desagregación por subgrupos: población nacida fuera del país que se considera migrante, afrodescendiente, hablante de lengua indígena y de localidades rurales. El total de NNA fue de 31.5 millones (50.6% de hombres y 49.3% de mujeres); el grupo de las y los jóvenes fue de 21.3 millones (51.7 hombres y 48.3% mujeres). En el cuadro 5.1 se especifica el monto de población para cada una de las poblaciones seleccionadas por sexo.

Tabla 5.1. Perfil sociodemográfico de los NNA y jóvenes por sexo, 2018

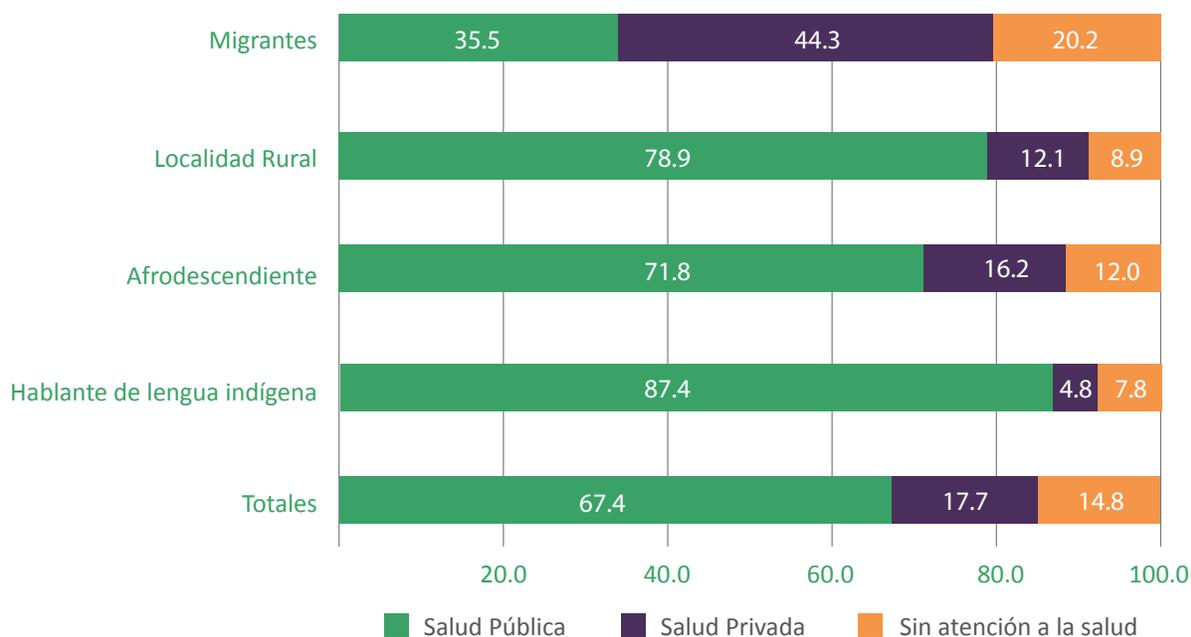
Grupo etario	NNA (0-14)		Jóvenes (15-24)		Total
Sexo	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Grupo 0-24
Hablantes de lengua indígena	679,530	674,955	503,810	542,443	2,400,738
Viviendo en localidades rurales	4,304,768	4,408,344	2,342,949	2,472,562	13,528,623
Migrantes (personas nacidas fuera)	258,246	254,469	109,025	108,177	729,917
Afrodescendientes	909,326	930,904	654,247	646,357	3,140,834

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2018). ENADID, 2018 microdatos.

Al analizar las poblaciones señaladas por el tipo de sistema de salud al que tienen o no acceso, se identificó que, de manera general, existe una diferencia en los servicios de salud pública a la baja cuando se llega a la edad de 15 años. Entre las y los infantes y adolescentes de 0 a 14 años, la cobertura es del 67.4% mientras que para las y los jóvenes de 15 a 24 años es de 60.5%. Asimismo, esta carencia no se ve subsanada por una cobertura en el sector privado, sino que se incrementa la proporción de aquellos sin atención de 14.8% a 21.5% incrementando la vulnerabilidad de este grupo ante algún padecimiento.

De manera particular, entre el grupo de NNA se ven diferencias importantes al interior de estos, donde aquellos nacidos fuera del país (principalmente en Estados Unidos de América, quienes son hijos de migrantes retornados mexicanos) tienen solo el 35.5% de cobertura en el sistema de salud público, atribuible a no poder acreditar una doble nacionalidad; le siguen con menor cobertura pública las y los NNA afrodescendientes con el 71.8%, quienes nacieron en localidades rurales tienen un 78.9% de acceso, mientras que la población hablante de lengua indígena cuenta con una cobertura amplia de 87.4%.

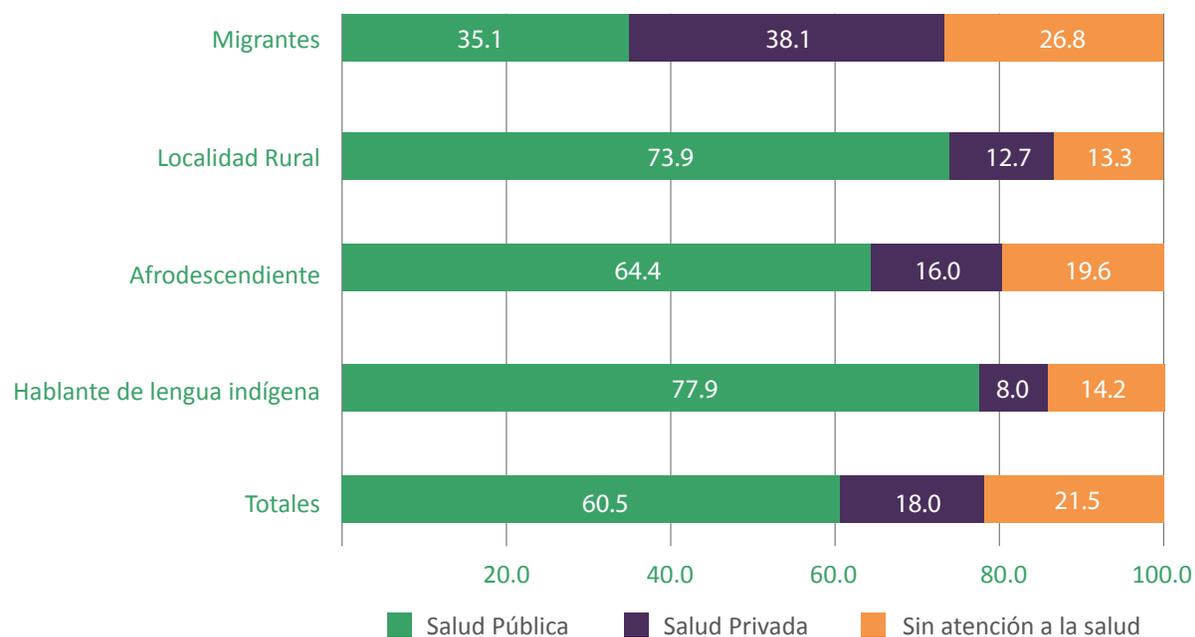
Figura 5.1. Niñas Niños y Adolescentes (0 a 14 años) por condición de acceso a salud y grupos de población seleccionados, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2018). ENADID, 2018 microdatos.

Ahora bien, el acceso a la salud entre la población de 15 a 24 años tiene diferencias internas por grupo estudiado, con distintas magnitudes, pero con la misma tendencia observada que entre los NNA. Por ejemplo, el grupo de las y los jóvenes nacidos fuera del país tiene una cobertura por parte del sistema público de salud de sólo el 35.1%; le sigue la población afrodescendiente con 64.4%; luego, la población joven que habita en localidades rurales con 73.9%, y, finalmente, las y los hablantes de alguna lengua indígena con 77.9%.

Figura 5.2. Jóvenes (15 a 24 años) por condición de acceso a la salud, según grupos de población seleccionados, 2018



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI (2018). ENADID, 2018 microdatos.

Esta imagen de la situación de la población de NNA y jóvenes en México sobre el acceso a la salud en un contexto pre-pandemia muestra una exclusión de ciertos grupos, de donde resalta que entre las mayores limitantes para acceder a la salud pública estarían la identidad (INE, CURP, acta de nacimiento, etc.) y los migrantes que no cuenten identificación oficial tienen restringido el acceso a recibir atención médica. Cabe destacar que la infraestructura en localidades de menos de 2,500 habitantes significa menos posibilidades de afiliación e incluso puede haber un componente de discriminación hacia la población afrodescendiente que debe ser analizado posteriormente con mayor detenimiento.

Además de examinar las posibilidades de atención en salud de esta población, en la medida prioritaria B, el acuerdo número catorce del Consenso de Montevideo señala que se debe de dar prioridad a la prevención del embarazo adolescente, así como a la eliminación del aborto inseguro. Asimismo, el acuerdo número once de esta misma medida prioritaria, establece que debe de haber, desde la infancia, una educación integral en temas de salud sexual y reproductiva para la población. En atención a esto, México cuenta actualmente con una red de 2,870 clínicas con servicios amigables para las y los adolescentes en las 32 entidades federativas. En dichas clínicas, se les proporcionan, de manera gratuita, información y anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Estos servicios como parte de las actividades esenciales no pararon durante la etapa de confinamiento declarada por

el gobierno federal como Jornada de Sana Distancia, entre el 23 de marzo y el 30 de mayo. Aún no se cuenta con información sobre el uso de estos servicios durante la pandemia, pues aunque no pararon, las y los jóvenes vieron disminuida su movilidad por temor al contagio y a que muchos centros de salud fueron reconvertidos para atender a pacientes con COVID-19, lo que pudo ocasionar la interrupción de los métodos anticonceptivos y de revisiones médicas derivando en un incremento de embarazos no planeados lo cual lleva al retroceso de las medidas establecidas por los programas del gobierno federal³.

6. Respuestas de política en la pandemia

Como se mencionó en el apartado de salud, entre la población de cero a 24 años, la prevalencia de la enfermedad COVID-19 ha sido baja en comparación con la población adulta con enfermedades crónicas y entre las personas mayores de 60 años. Este grupo de NNA y jóvenes representa sólo el 10.1% de los casos confirmados de COVID-19 cuando su peso relativo en la población es del 42.4%⁴. Lo anterior es un patrón que se ha encontrado en todos los países del mundo que presentan estadísticas por grupo de edad y aunque aún no se conocen las razones específicas de la menor propensión a contraer la enfermedad, la evidencia es sólida. Sin embargo, el hecho de que la enfermedad no afecte directamente al grupo de NNA y de jóvenes no significa que no existan impactos sobre estos grupos derivados de la pandemia. Entre los factores que se pueden identificar (vistos en los apartados anteriores) son: 1) incremento de la vulnerabilidad socioeconómica ante la muerte del padre o la madre; 2) vulnerabilidad relacionada por la pérdida de empleo de la persona adulta que funge como sostén económico; 3) interrupción de la trayectoria escolar ante la falta de recursos (televisión, equipo de cómputo, teléfono celular, espacio adecuado) para seguir las clases televisadas y/o virtuales; 4) agudización/aparición de trastornos mentales a causa del cambio en la dinámica escolar/familiar y del aislamiento social e incertidumbre.

En términos de la acción pública, si bien ha resultado un desafío para los países que luchan contra la enfermedad, resulta evidente que se debe tener un enfoque de apoyo integral a las familias y, sobre todo, a aquellas que tengan NNA y jóvenes pues están en mayor riesgo de padecer efectos adversos en distintos ámbitos (como el escolar y económico) a raíz de que enferme alguno de los miembros de su hogar. En el diagrama 6.1 se presentan de manera sintética las medidas que tienen un efecto sobre la vida de las NNA y jóvenes, donde el cierre de las escuelas y de los centros de trabajo de actividades no esenciales, alteran la rutina de esta población y de sus núcleos familiares.

³ Más información: <http://bit.ly/ServAmigables>

⁴ Dato a 6 de noviembre de 2020

Diagrama 6.1. Medidas tomadas por el Gobierno Federal que inciden en NNA y jóvenes

Jornada de Sana Distancia del 23 de marzo al 30 de mayo	Nueva normalidad a partir del 30 de mayo (1)	Nueva normalidad a partir del 30 de mayo (2)
Cierre de: <ul style="list-style-type: none"> • Escuelas • Parques y espacios recreativos • Centros de trabajo de actividades no esenciales • Prohibición de la entrada con menores a mercados 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo escolar 2020-2021 llevado a cabo de manera televisado para nivel básico y medio y virtual para universidades. • Reapertura paulatina de centros de trabajo, independiente para cada una de las 32 entidades. 	Reapertura paulatina de centros de esparcimiento como: <ul style="list-style-type: none"> • Museos • Cines • Restaurantes Independiente para cada estado.

Fuente: Elaboración propia con base en información de <https://coronavirus.gob.mx>.

Ante la emergencia sanitaria y las medidas que se tomaron, el gobierno implementó en su página de internet un apartado especial para brindar información de apoyo para niñas y niños⁵. Hay infografías y material multimedia con información relativa a la situación que se está viviendo y con un lenguaje amigable. Cuando escribimos este documento nos encontramos aún en una situación aguda de la pandemia, por lo cual estas medidas generales se van adecuando y moviendo cada semana entre los distintos estados que componen la República mexicana, por lo que es indispensable un seguimiento de estas acciones de manera continua.

7. Retos presentes y futuros para la población NNA y joven en contexto de pandemia

La vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el país ha sufrido cambios sustantivos en los últimos meses a raíz del inicio de la pandemia de COVID-19 en todo el mundo. La emergencia sanitaria ha llevado a los países a realizar acciones de contención y de distanciamiento social que implican transformaciones mayúsculas en las dinámicas de los hogares en la manera de convivir y de llevar a cabo actividades cotidianas como el trabajo y la educación. En México, la pandemia llegó en un contexto de desigualdades profundas entre grupos poblacionales y brechas de género, sin embargo, es sustantivo que se emprendan acciones con una visión amplia para atender la emergencia sanitaria y al mismo tiempo avanzar con la agenda de atención a NNA y jóvenes ratificada en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que se adoptó en 2013 en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Puntualmente, en este apartado documentamos que el volumen y la proporción de esta población bajo estudio, aunque con un descenso paulatino, es parte sustantiva de la población mexicana y que por involucrar a personas que están en pleno desarrollo es vital atender sus necesidades y garantizar la continuidad en el ejercicio de

5 Más información en el vínculo: <https://coronavirus.gob.mx/ninas-y-ninos/>

sus derechos. Encontramos que la situación económica de los hogares donde habitan NNA y jóvenes se ha pauperizado en los meses en los que se ha desarrollado la pandemia en México. En términos de educación, ante la desigualdad social existente, el cambio en la dinámica escolar (a un formato televisivo y virtual) tiene repercusiones que todavía no es posible medir pero que está fuertemente vinculada con la familia de origen y el acceso a tecnologías de la información. Asimismo, existen repercusiones (aún no medibles) sobre la población que realizó una transición entre niveles educativos. Relativo al empleo, observamos un incremento en la desocupación de las y los jóvenes, así como la disminución de la participación económica de este grupo en comparación con la población adulta, lo que marca una pauta que debe ser observada en el mediano plazo.

Asimismo, existe una agudización de la brecha entre hombres y mujeres en la participación económica, donde las jóvenes se ven en mayor medida excluidas del mercado de trabajo. Por otra parte, con base en la información más actualizada, señalamos que existen brechas al interior del grupo de NNA y jóvenes (migrantes, hablantes de lengua indígena, afrodescendientes y de localidades rurales) en el acceso a servicios de salud, lo que supone un riesgo ante algún padecimiento que pudieran tener (incluido el COVID-19 aunque este grupo poblacional no ha presentado una prevalencia alta y de manera alarmante).

Finalmente, para superar la agudización en las brechas y la desigualdad se debe tener en cuenta dos situaciones que pueden complementarse: 1) no dejar de ver que las medidas tomadas para contener la enfermedad como el cierre de lugares para recreación y esparcimiento afectan la vida de la población de NNA y jóvenes pues limita el desarrollo de habilidades sociales y de motricidad. Además, el aislamiento social y el confinamiento tienen efectos en la salud mental que será imprescindible medir en los próximos años en la población de NNA y jóvenes; 2) que la población de NNA y jóvenes ha sido la menos golpeada en términos de salud por la COVID-19 es imprescindible pensar en esta población como agentes de cambio, en generadores y gestores de mecanismos a nivel comunitario para el trabajo que se necesita hacer para recuperar la economía y la cohesión social. Ahora bien, los indicadores que presentamos, necesitan una revisión y seguimiento continuo para establecer medidas que ayuden a combatir los efectos adversos de la pandemia y al cumplimiento del Consenso de Montevideo y de esta manera no dejar a nadie atrás.

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2013. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) 2015. El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación. México, D.F. Disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

Consejo Nacional de Población. 2018. *Informe Nacional de Avance en la Implementación del Consenso de Montevideo*. México

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). DOF 08-05-2020. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf

COVID-CONACYT 2020. Tablero México. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx>

Flamand, L. y Moreno C. 2014. *Seguro popular y federalismo en México: un análisis de política pública*. CIDE.

Hayward, M.D., Gorman, B.K. 2004. *The long arm of childhood: The influence of early-life social conditions on men's mortality*. *Demography* 41, 87–107. <https://doi.org/10.1353/dem.2004.0005>

Instituto de Evaluación de la Educación (INEE) 2019. *La educación obligatoria en México*. Informe 2019. Disponible en: <https://www.inee.edu.mx/wpcontent/uploads/2019/04/P11245.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2020. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) I Trimestre (microdatos)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2020. Encuesta Telefónica sobre Ocupación y Empleo (ETOE), meses abril-junio (microdatos)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2018. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (microdatos)

Ley General de Educación, 2019, México. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/Leyes/LeyesFederales/Ley_GE.pdf

Kanem, Natalia. 2020. Los jóvenes lideran el camino en las soluciones a la COVID-19. Declaración de la Directora Ejecutiva del UNFPA, 12 de agosto de 2020. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/news/los-j%C3%B3venes-lideran-el-camino-en-las-soluciones-la-covid-19-4>

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020. Glosario. Disponible en: <https://www.who.int/es>

Organización de Naciones Unidas. 2019. *World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/427)*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Secretaría de Educación Pública. 2020. Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2020-2021. Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa.

Secretaría de Educación Pública. 2020. Boletín No. 240, 29 de agosto de 2020, México SEP. <https://www.gob.mx/sep/articulos/boletin-no-240-produce-sep-4-mil-550-programas-de-television-de-regreso-a-clases-aprende-en-casa-ii-esteban-moctezuma-barragan?idiom=es>

United Nations Population Fund-Consejo Nacional de Población. 2019. Avances, desafíos y oportunidades a nivel estatal rumbo a la Conferencia Internacional sobre LA Población y EL Desarrollo +25: República Mexicana. Mexico. 24p. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NACIONAL.pdf>

United Nations Population Fund. 2020. Preparación y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). Resúmenes Técnicos del UNFPA – V, 24 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-Youth-24Mar20.pdf>

El impacto de la COVID-19 en el envejecimiento en México. Un análisis a partir de la protección social y la situación socioeconómica de las personas adultas mayores

Verónica Montes-de-Oca Zavala¹

Telésforo Ramírez-García²

Introducción

La pandemia por COVID-19 representa un punto de inflexión en el curso de vida de todas las poblaciones del mundo, deteriora los logros alcanzados en materia de derechos humanos, pero también reafirma las grandes desigualdades en materia de seguridad social y económica desde la niñez hasta la vejez (Settersen, *et al.*, 2020). Muchas de estas desventajas acumuladas por las personas a lo largo de su curso de vida han quedado manifiestas en el Capítulo C, “Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos” del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2014). Dicho documento es, hasta el día de hoy, el más progresista porque trata de vincular varios enfoques: derechos humanos³, género⁴ e interculturalidad⁵, además de hacer un intento importante por recuperar la interseccionalidad y el curso de vida en las poblaciones de América Latina y el Caribe, lo que desde nuestra mirada permite encarar las relaciones de poder existentes en la sociedad (Ferraro & Shippee, 2009).

1 Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM.

2 Catedrático CONACYT en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM.

3 El Consenso de Montevideo (2013) fue un documento publicado previo a la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) por la Organización de Estados Americanos. Ambos documentos están en sincronía conceptual y filosófica.

4 La perspectiva de género que asume el Consenso de Montevideo supera las consideraciones de la CEDAW (1981) y asume las relaciones de poder patriarcales que subordinan a mujeres, hombres y comunidad LGTBTTI. Esta perspectiva recorre cada uno de los capítulos del Consenso y se vincula con el de interseccionalidad.

5 El enfoque de interculturalidad asume que han existido en la historia grupos étnicos hegemónicos que han subordinado a los pueblos originarios, los cuales han sido invisibilizados. El Consenso recupera en su espíritu el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (Tratado Internacional) (1989) y la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007.

El Consenso de Montevideo permite indagar, con indicadores estadísticos⁶, sobre los efectos de la desigualdad y la pobreza en las trayectorias de envejecimiento en hombres, mujeres, personas LGBTTTI, pueblos indígenas y afrodescendientes. También ayuda a revelar cómo la insuficiencia de cobertura en seguridad social, las intermitentes y precarias trayectorias laborales o de salud-enfermedad trazadas por las personas mayores a lo largo de su vida, les colocan en una posición de vulneración diferencial frente a la pandemia por COVID-19 (CEPAL, 2020; Huenchuan, 2020; OIT, 2020; OPS 2000, 2000^a y 2000^b; Elman, *et al.*, 2020; Daoust, 2020). En este sentido, el espíritu del Consenso de Montevideo, el cual está latente en el capítulo C, encuentra su correlato con los planteamientos y acciones de política pública implementadas por las instituciones de la administración pública federal en el país, a fin de asegurar una buena salud, empleo decente y calidad de vida en la vejez (UN, 2016; CNDH, 2019).

En este contexto, el ensayo que elaboramos para esta publicación tiene como objetivo dar cuenta de la situación que la población adulta mayor enfrenta ante la pandemia por COVID-19 en México, así como mostrar cómo el rezago y la desigualdad socioeconómica existente en ciertos grupos poblacionales los hace más vulnerables ante el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Todo ello bajo el marco político sobre el envejecimiento del Consenso de Montevideo y desde la mirada analítica del curso de vida, la cual nos permite explicar y comprender los potenciales efectos de la pandemia en las personas mayores. Partimos de la premisa de que los efectos directos e indirectos de la pandemia y la falta de seguridad social y económica en la población adulta mayor, instan a redoblar esfuerzos para reiniciar una estrategia articulada, mejorando las experiencias de los años pasados, que permita superar con mayor contundencia las recomendaciones que establece este documento en materia de envejecimiento, protección social y seguridad socioeconómica dentro del marco de los derechos humanos.

La estructura que le hemos dado al documento es la siguiente: iniciamos con una sección que busca plantear los antecedentes básicos de la población adulta mayor en México, así como los casos de contagios confirmados entre la población por su condición étnica, sexo y entorno residencial, las cuáles serán las categorías constantes en nuestro análisis. En una segunda parte, damos cuenta de la dimensión de la protección social a través del análisis del acceso a la atención médica, morbilidad, letalidad y discapacidad de las personas mayores ante la COVID-19. En un tercer apartado presentamos datos contundentes sobre la situación socioeconómica de las personas mayores, que se desprenden del análisis realizado sobre su participación en el mercado de trabajo, el tipo de actividades que realizan, la posición en el empleo e ingresos. Finalmente, en la última parte, plasmamos algunas reflexiones y recomendaciones en materia de política pública.

⁶ Aunque nuestros datos son transversales la interpretación que aportamos es desde el enfoque de curso de vida haciendo visibles las trayectorias recorridas por las personas mayores.

1. El envejecimiento y las vejeces mexicanas frente a la COVID-19

En México, al igual que en otros países de América Latina y el Caribe, cada año cientos de hombres, mujeres y personas con identidades de género no binarias y diferentes orientaciones sexuales transitan a la vejez, acrecentando el grupo de personas mayores que llegan a esta etapa del curso de vida (INAPAM, 2015). Según datos provenientes del Censo de Población y Vivienda de 2010 y de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, la población mexicana con 60 años y más, creció en un 52% al pasar de 10.1 millones en 2010 a 15.4 millones en 2018. Dicho crecimiento demográfico fue ligeramente mayor en las mujeres que entre los hombres de esas edades, las cuales crecieron en un 55%, al aumentar su cuantía de 5.4 a 8.3 millones, en tanto que los hombres lo hicieron en un 53%, pasando de 4.7 a 7.1 millones en dicho periodo⁷. En cuanto a la composición étnica de la población adulta mayor la información estadística muestra que, en 2018, 7.8% pertenecían a alguno de los 64 grupos étnicos (hablantes de alguna lengua indígena) y 12% eran personas mayores afrodescendientes.

Las proyecciones oficiales del Consejo Nacional de Población (CONAPO), señalan que para 2030 vivirán en el país, aproximadamente, 20.4 millones de personas mayores, en su mayoría mujeres y de origen urbano, quienes representarán el 14.8% de la población total de México.

Sin embargo, no todas las personas envejecen con los mismos recursos y oportunidades por lo que se conforma socialmente un grupo heterogéneo. Las personas mexicanas transitan a la vejez con desventajas socioeconómicas y malas condiciones de salud que acumularon desde las primeras etapas de su curso de vida (niñez, adolescencia, juventud y vida adulta) (Montes de Oca *et al.*, 2019). En diversos contextos históricos, geográficos, económicos, políticos y sociales, estas personas iniciaron y desarrollaron sus vidas en una situación de alta vulnerabilidad, especialmente, ante eventos estructurales y coyunturales, como son las crisis económicas y sanitarias. Como lo ha puesto en evidencia la pandemia por COVID-19, tanto en México como a nivel mundial, las personas mayores constituyen uno de los grupos de población más vulnerables ante el coronavirus debido a que poseen una o más comorbilidades, como se verá más adelante, según ha reportado la Secretaría de Salud (SSa, 2020) y varios organismos internacionales (CEPAL, 2020; OIT, 2020; OPS 2000, 2000a y 2000b).

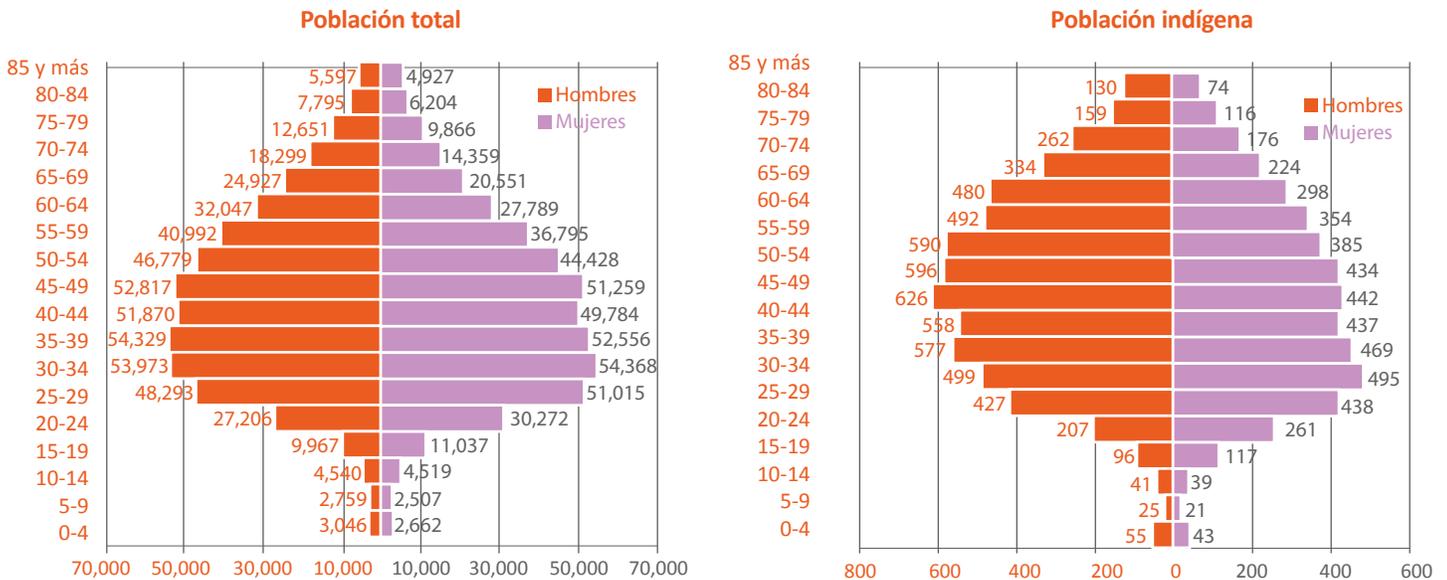
Al respecto, los datos reportados para México, por la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SSa) indican que, hasta el 9 de noviembre de 2020, se habían registrado poco más de 972 mil casos positivos de SARS-CoV-2 en todo el país, de los cuales 185,012 eran personas con 60 años y más, quienes representaban alrededor del 19% del total de personas infectadas con el virus. En otras palabras, dos de cada diez mexicanos que han resultado positivos al virus son personas mayores. De ese total, 3,099 son personas mayores indígenas (1.7%).

Al desagregar el total de casos positivos acumulados por grupos quinquenales de edad, se observa que el mayor número de contagios se presenta justo en los grupos de edad avanzada, principalmente, en

⁷ Estimaciones propias con base a datos del Censo de Población y Vivienda de 2010 y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018.

los grupos de 60 a 69 y de 70 a 74 años y son los hombres que se encuentran en esas edades los que más se han contagiado con el virus. No obstante, como se puede apreciar en las siguientes gráficas, el número de mujeres adultas mayores contagiadas también es bastante significativo en todas las edades. Esta misma tendencia se observa para la población indígena adulta mayor (ver gráficas 1a y 1b).

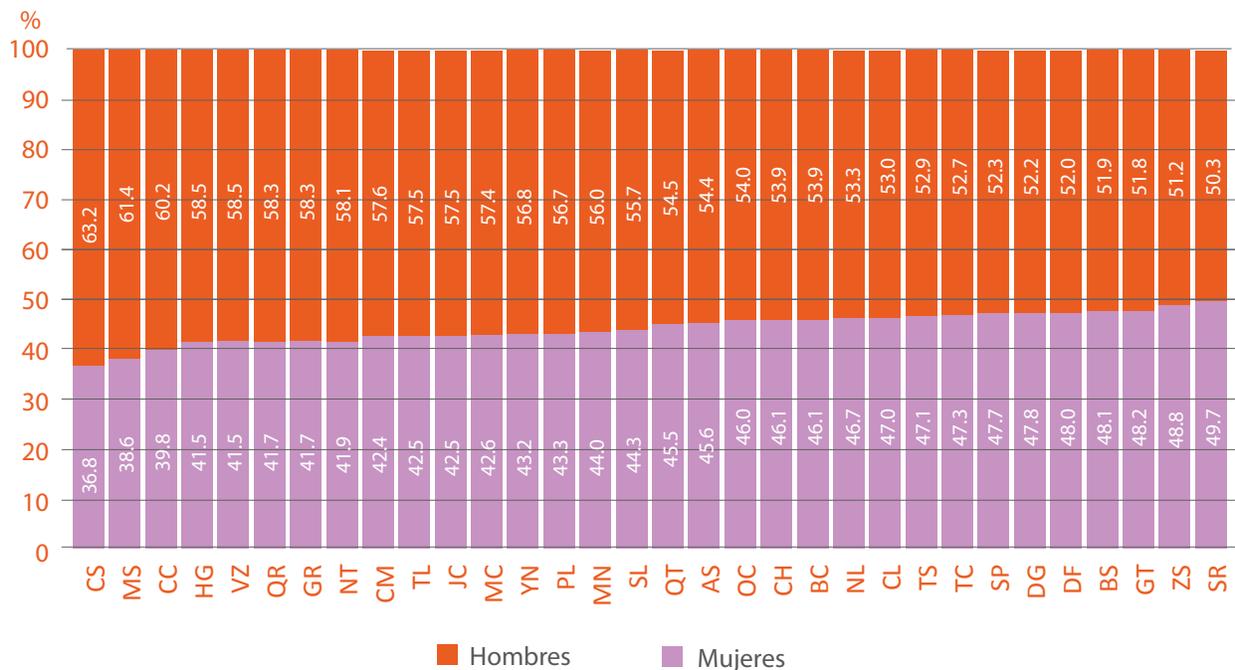
Gráfica 1a y 1b. Casos positivos confirmados de COVID-19 en México, por sexo y grupos de edad, al 9 de noviembre de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSA, al 9 de noviembre de 2020.

El impacto diferencial de la pandemia del COVID-19 por sexo presenta algunos matices según región y entidad federativa de residencia en el país. En la gráfica 2 se puede observar que, en los estados de Chiapas, Morelos, Campeche, Hidalgo y Veracruz, la tasa de contagio de coronavirus es, por mucho, mayor en los hombres adultos mayores que en las mujeres, mientras que, en los estados de Sonora, Zacatecas, Guanajuato, Baja California Sur y CDMX, dicho indicador es más alto en las mujeres que en los hombres. Estas diferencias pueden encontrar su explicación en múltiples factores, como el índice de envejecimiento por sexo, el grado de urbanización y la densidad poblacional de las localidades, las cuales están fuertemente asociadas con la exposición al riesgo que se traduce en la tasa de contagio e intensidad de la pandemia en los distintos estados y regiones del país.

Gráfica 2. Población con 60 años y más que dio positivo a la COVID-19 por sexo, según entidad federativa de residencia, al 9 de noviembre de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSa, al 9 de noviembre de 2020.

El alto número de contagios de SARS-CoV-2 entre las personas mayores no es porque estén más expuestas al contagio, ya que la probabilidad de infectarse es la misma en todas las edades, sino porque en las trayectorias de envejecimiento, las personas viven los efectos del desgaste biológico y social que debilita el sistema inmunológico, resultado de cursos de vida que han acumulado desventajas con el paso de los años (Montes de Oca, *et al.*, 2019). La fuerza biológica en los seres humanos también se transforma por la exposición a ciertos riesgos expresados en el ambiente, la desigualdad y la morbilidad de cada persona, lo que aumenta la probabilidad de infección (Vineis, *et al.*, 2017).

En términos clínicos se denomina inmunosenescencia al envejecimiento del sistema inmunológico que experimentan todos los seres vivos. Un sistema defensivo natural más envejecido sostendrá una batalla en desventaja contra la COVID-19 (Marcos, 2020). Además, conforme avanzamos en nuestros cursos de vida, experimentamos trayectorias de cuidado o descuido, así como procesos de salud o enfermedad, donde transitamos de una vida relativamente sana a una vida con enfermedades crónicas de muy larga duración como la diabetes, la obesidad o la hipertensión, por mencionar las más prevalentes (OPS-OMS, 2020). Dicha morbilidad o comorbilidad está en gran parte de la población mexicana, como se verá más adelante. Este perfil epidemiológico puede favorecer la emergencia y complicación de enfermedades infecciosas, también conocidas como trasmisibles, como la COVID-19 (Marcos, 2020).

Un informe reciente de las Naciones Unidas (UN, por sus siglas en inglés), sobre el impacto de la pandemia de la COVID-19 en las personas mayores, señala que la población con 60 años y más tiene una mayor probabilidad de enfermar gravemente si se infecta con el coronavirus y que la tasa de letalidad por dicha enfermedad es más alta en esta población que en otros grupos poblacionales. Esta mayor vulnerabilidad frente al virus ha generado discursos de discriminación y estigmatización hacia las personas mayores, a causa de su edad y por la alta tasa de contagios, por parte del resto de la sociedad. Según se expresa en dicho documento, algunas personas mayores enfrentan vulnerabilidades adicionales frente al virus. Por ejemplo, muchas personas que se han contagiado viven en condiciones muy precarias, sin servicios públicos básicos que permitan tener las condiciones necesarias de higiene para prevenir el contagio, cobertura médica y no cuentan con ingresos por jubilación o pensión (UN, 2020).

Ya sea porque no tuvieron oportunidad de construir una trayectoria laboral centrada en el empleo formal o quizás porque su trayectoria laboral fue intermitente (trazada por constantes eventos de entradas y salidas del mercado laboral), lo que no les permitió acumular la antigüedad laboral suficiente y cumplir con los requisitos necesarios para contar con esos apoyos una vez que transitaron al retiro laboral en la vejez. Este fenómeno es más visible en el caso de las mujeres mayores, por su escasa o nula participación en el mercado laboral formal, como se verá más adelante (Hernández, 2014).

2. Protección social: acceso a la atención médica y condiciones de salud de las personas mayores ante COVID-19

La protección social en el envejecimiento se entiende para los fines de este trabajo como el acceso a la atención a la salud que conforma un derecho humano en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, la atención a la salud no está desligada de las condiciones epidemiológicas. En México, el artículo 4° de la Constitución señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, aspecto que se refuerza en la reforma constitucional del 2011 que cambia las garantías individuales por derechos humanos (DOF, 2011). En las últimas dos décadas, se ha dado un avance importante en términos de acceso a servicios médicos, a partir de la implementación de programas masivos de atención a grupos poblacionales que usualmente no tenían una forma de ingresar al sistema de salud, como las niñas y niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas mayores, migrantes, entre otros (Pérez-Cuevas y Muñoz-Hernández, 2014; Corona, 2017). Sin embargo, a pesar de este aumento en la cobertura, no se ha incrementado el número de profesionales sanitarios.

El gobierno federal estima un déficit de 250 mil sanitarios (Gobierno Federal, 2020). Igualmente, muchas personas carecen de una trayectoria de cuidado a lo largo del curso de vida que permita tanto promover la salud como prevenir enfermedades (Hebrero, 2013). No obstante, por el periodo histórico de las trayectorias de vida de las personas mayores dicho mandato constitucional llega tarde y en esta etapa de la vida no se ha cumplido cabalmente. Hoy, la evidencia muestra que no todas las personas mayores tienen cobertura médica para cuidar su salud o para atender enfermedades que se presentan en esta etapa

del curso de vida, así como discapacidades y malestares acumuladas en su trayectoria salud-enfermedad. Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en 2018, el 87% de las personas con 60 años y más estaban afiliadas a alguna institución de salud en el país. De estas, 48% estaba afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 37.1% al Seguro Popular o Seguro Médico Siglo XXI y el 14.4% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por mencionar las más importantes (ver gráfica 3). No obstante, cabe subrayar que muchas personas mayores que cuentan con un seguro médico enfrentan distintas barreras para poder atender sus problemas de salud y recibir tratamientos médicos. Además de que un 13% no está adscrito a ninguna institución de salud; es decir, no cuentan con un lugar para recibir atención médica de manera regular o por alguna emergencia como el contagio de SARS-CoV-2. En esa situación se encuentran el 13% de los hombres y el 10% de las mujeres, quienes en conjunto representan alrededor de 1.9 millones de personas mayores en el país.

La falta de seguridad médica en el curso de vida llega a afectar de manera acumulativa a las personas mayores, esto se ve especialmente en quienes recién han transitado a la vejez, es decir, a hombres y mujeres que tienen entre 60 y 69 años, aunque una parte importante de los mayores de 70 años también se encuentra en esa condición. La falta de acceso a la salud representa una desigualdad que se acumula a lo largo de la vida, lo cual contrasta con la ley que garantiza este derecho a todas las personas, o bien, cuando se ofrece de manera segmentada e insuficiente, como sucede en las poblaciones indígenas o rurales alejadas de los centros especializados y de moderna infraestructura, casi siempre ubicados en las grandes ciudades. Aunque las poblaciones urbanas no están exentas de otro tipo de limitaciones, como la calidad de la atención médica recibida y los servicios brindados.

En nuestro país, las desigualdades acumuladas en las trayectorias de envejecimiento se reflejan en los datos. En 2018, el 7.4% de las personas mayores que no contaba con seguridad médica eran personas indígenas, y un 5.5% personas afrodescendientes. No obstante, al analizar estas cifras en ambos grupos poblacionales, se tiene que la proporción de personas mayores indígenas y afrodescendientes sin seguridad médica aumenta al 11.5%. Las desigualdades de acceso a la salud todavía son más marcadas cuando se toma en cuenta el lugar de residencia habitual de las personas pues alrededor de 2 de cada 5 personas mayores que viven en localidades rurales no cuentan con seguridad médica y esta situación afecta en mayor medida a los hombres que a las mujeres, 24.3% y 19.3%, respectivamente (ver cuadro 1). Ello obedece a que la asignación y distribución de los recursos de la salud y las barreras para acceder a ellos varían enormemente entre los gobiernos estatales y municipios mexicanos.

De ahí que la medida prioritaria 18 del capítulo C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo subraye la necesidad de establecer políticas públicas que garanticen un envejecimiento activo y saludable, tanto para las personas que residen en las grandes ciudades como en el campo y la selva. Además, en la medida prioritaria 26, se menciona que estas políticas públicas deben traducirse en acciones y programas orientados a erradicar enfermedades infecciosas como la COVID-19 y deben contener especificaciones de género, edad, regiones, grupos étnicos y socioeconómicos (CEPAL, 2014). Esto apunta a que el Consenso está tomando en cuenta las desventajas múltiples que puede experimentar la población adulta mayor.

Cuadro 1. Población con 60 años y más que no está afiliada a ninguna institución de salud en el país, por distintas características, 2018

Características	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
Grupos de edad	100.0	100.0	100.0
60 - 64	37.6	41.3	33.8
65 - 69	24.2	24.1	24.3
70 - 74	14.5	14.3	14.7
75 - 79	9.3	8.7	9.9
80 - 84	7.1	6.4	7.8
85 y más	7.4	5.3	9.6
Condición de habla indígena	100.0	100.0	100.0
Sí	7.4	7.9	6.9
No	92.6	92.1	93.1
Afrodescendencia	100.0	100.0	100.0
Sí	5.5	5.6	5.3
No	94.5	94.4	94.7
Localidad de residencia	100.0	100.0	100.0
Localidad urbana (2 500 y más habitantes)	78.2	75.7	80.7
Localidad rural (menos de 2 500 habitantes)	21.8	24.3	19.3

Fuente: elaboración propia con base en ENADID 2018.

3. Morbilidad y comorbilidad ante la COVID-19

En un contexto de crisis sanitaria generado por el SARS-CoV-2, el acceso a la atención médica se vuelve un activo fundamental para las personas mayores. Ya que, como hemos señalado previamente, tienen una mayor probabilidad de enfermarse gravemente si llegan a infectarse, y quienes ya se han enfermado de COVID-19 necesitan recibir atención médica, cuidados y tratamientos post recuperación. A lo anterior habría que sumarle el hecho de que en México, como en otros países de la región, por la emergencia sanitaria, muchos de los servicios de salud de rutina fueron reorganizados o interrumpidos y muchos centros e instituciones de salud dejaron de brindar atención a las personas mayores que se encontraban en tratamiento de cáncer, diabetes, VIH, hipertensión, entre otras, debido a que muchos especialistas de la salud fueron redirigidos a atender a pacientes enfermos de COVID-19. Esta situación representa una cancelación de tratamientos sensibles a la salud de las personas mayores (Huenchuan, 2020).

De acuerdo con datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018, en ese año, un 42.4% de la población con 60 años y más había sido diagnosticado alguna vez a lo largo de su curso de vida con hipertensión alta, padecimiento que se presenta con mayor frecuencia, conforme se avanza en la edad, en las mujeres y entre quienes residen en localidades urbanas. El colesterol alto o clínicamente denominado como hipercolesterolemia afectaba al 25.5% de las personas mayores mexicanas, cuya prevalencia es más alta antes de los 70 años, entre las mujeres y en las personas mayores que viven en el medio urbano.

Alrededor de una cuarta parte tenía diabetes (25.1%) y el 19.9% alguna vez tuvo o tenía obesidad al momento del levantamiento de la encuesta. Asimismo, un 6.2% había padecido alguna enfermedad del corazón (infarto, angina de pecho e insuficiencia cardiaca) y 8.2% había tenido una embolia o infarto cerebral, principalmente, los que tenían entre 60 y 69 años y que vivían en localidades rurales (ver cuadro 2)⁸. Entre la población indígena adulta mayor, un estudio realizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en 2015, muestra que las principales enfermedades de este grupo poblacional eran la diabetes, hipertensión, reumatismo, enfermedades neurológicas y cardiovasculares (INAPAM, 2015).

Cuadro 2. Condiciones generales de salud de las personas mayores con 60 años y más, según grupos de edad, sexo y lugar de residencia, 2018

Enfermedades	Total	Grupos de edad			Sexo		Lugar de residencia	
		60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Diabetes	25.1	25.6	25.8	21.6	22.4	27.1	26.1	21.3
Hipertensión alta	42.4	38.8	46.3	47.9	35.2	47.8	43.6	38.0
Colesterol alto	25.5	27.7	26.5	14.9	20.6	29.3	27.1	20.0
Enfermedad del corazón	6.2	11.8	14.3	9.1	7.9	10.0	9.3	8.1
Embolia o infarto cerebral	8.2	10.0	7.4	7.3	7.4	8.94	6.4	18.2
Obesidad	19.9	25.1	15.0	9.9	15.1	23.6	22.6	10.0

Fuente: elaboración propia con base en ENSANUT 2018.

La situación anterior es realmente preocupante, ya que los estudios epidemiológicos con curso de vida muestran que los riesgos a la salud por COVID-19 dependen de exposiciones biológicas, psicológicas y sociales previas y acumuladas, pues muchos de los factores de riesgo al coronavirus, como son algunas enfermedades crónico-degenerativas, tardan años en desarrollarse debido a la exposición a contaminantes y toxinas, una mala alimentación y la falta de ejercicio físico (Vineis, *et al.*, 2017; Settersten *et al.*, 2020). A la fecha, la evidencia clínica con la que se cuenta muestra que las personas que tienen alguna o varias enfermedades crónicas —asma, cáncer, diabetes, hipertensión, colesterol alto, enfisema pulmonar, afecciones cardiacas, inmunosupresión (por trasplante de órganos sólidos), obesidad u obesidad

⁸ Por dificultades para pegar las bases de datos no pudimos realizar las estimaciones para la población indígena adulta mayor.

extrema, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), entre otras—, son más propensas a enfermarse gravemente por COVID-19, lo que muchas veces implica hospitalización, ingresar a una unidad de cuidados intensivos, intubación o asistencia respiratoria mecánica o la muerte (CDC, 2020; Bello-Chavolla, *et al.*, 2020).

Sobre dicho vínculo, los datos reportados por la DGE de la SSa indican que del total de personas mayores que dieron positivo a la prueba del SARS-CoV-2 y que fueron diagnosticados con diabetes, 40% tuvieron que ser hospitalizados y un porcentaje similar intubados. A decir de los profesionales de la salud ello se debe a que cuando las personas con diabetes contraen una infección viral es más difícil de tratar debido a las fluctuaciones en los niveles de glucosa en la sangre y, posiblemente, a la presencia de complicaciones por esa enfermedad. Desde el punto de vista clínico existen dos explicaciones al respecto: 1) el sistema inmunitario se ve comprometido, lo que dificulta la lucha contra la COVID-19, lo cual podría llevar a un periodo de recuperación más largo, y 2) el virus puede prosperar en un entorno de glucosa elevada en la sangre (Diabetes Voice, 2020).

Asimismo, alrededor de la mitad de los diagnosticados con hipertensión arterial también fueron hospitalizados e intubados: 51% y 50.9%, respectivamente. Esta enfermedad es un factor de riesgo cardiovascular muy frecuente entre las personas en la vejez y, por ende, es uno de los factores de riesgo en los pacientes infectados (García-Céspedes, 2020). Al respecto, Salazar *et al.*, (2020) documentan que presentar hipertensión arterial aumenta dos veces el riesgo de padecer formas severas de COVID-19. Cerca de 1 de cada 5 personas que tenían sobrepeso u obesidad experimentaron eventos de hospitalización e intubación (19.7% y 19.2%). Científicamente, tales complicaciones encuentran su explicación en el hecho de que las personas con obesidad y obesidad extrema tienen una inmunidad deteriorada, inflamación crónica y sangre propensa a coagularse, todo ello empeora con la COVID-19 (Petrova, *et al.*, 2020).

Estos resultados son alarmantes pues México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en cuanto a obesidad, solo superado por Estados Unidos, y debido a que la obesidad está tan estigmatizada, las personas mayores obesas pueden evitar asistir a recibir atención médica por temor a ser discriminadas. Comprender el papel de la obesidad ante la COVID-19 debe ser una prioridad de salud pública, dada la alta prevalencia de esta condición en el país (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentaje de población total y población indígena con 60 años y más que dieron positivas a COVID-19, por tipo de enfermedad crónica, según tipo de paciente y condición de intubación, 2020

	Tipo de paciente		Intubación	
	Ambulatorio	Hospitalizado	No intubado	Intubado
Población total				
Diabetes	29.0	40.5	40.6	40.4
EPOC	3.4	6.3	6.3	6.1
Asma	2.2	1.9	1.9	1.8
Inmunosupresión	1.3	2.2	2.2	2.4
Hipertensión	41.4	51.0	50.9	51.3
Enfermedad cardiovascular	4.3	6.6	6.6	6.6
Obesidad	16.1	19.7	19.2	21.8
Enfermedad renal crónica	2.4	6.0	6.0	5.7
Tabaquismo	5.9	8.3	8.1	9.2
Población indígena				
Diabetes	31.2	36.8	39.0	39.0
EPOC	6.5	9.1	8.9	10.0
Asma	3.2	3.2	3.2	3.2
Inmunosupresión	0.6	1.7	1.8	1.5
Hipertensión	38.6	44.9	44.1	49.8
Enfermedad cardiovascular	3.1	5.3	5.1	6.7
Obesidad	15.2	19.5	19.1	21.9
Enfermedad renal crónica	2.8	3.9	3.4	6.7
Tabaquismo	4.7	6.3	5.8	9.3

Fuente: elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSa, al 9 de noviembre de 2020.

Cabe mencionar que existen estudios que han mostrado cómo la alimentación ha cambiado en las últimas décadas dada la fuerza en el mercado de la industria de alimentos procesados, así como de bebidas azucaradas. Esta nueva forma de alimentarse ha trastocado las trayectorias de salud-enfermedad de la población mexicana transformando el perfil epidemiológico (de Sebastian, 2009; Kain, *et al.*, 2003). El 1 de octubre de 2020 entró en vigor el nuevo etiquetado de los alimentos industriales y ultraprocesados con el cual se pretende combatir los graves problemas de obesidad, diabetes y sobrepeso en el país. Sin embargo, es necesario que esta iniciativa no estigmatice a las personas obesas y vaya acompañada de una perspectiva que identifique las desventajas de la malnutrición en el curso de vida que se pueden complementar con enfoque de derechos humanos, ejercicio físico, alimentación saludable, uso correcto del tiempo, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y varios autores proponen focalizar las intervenciones en salud

pública desde etapas tempranas del curso de la vida (Nagle, *et al.*, 2013) ya que se ha demostrado que las principales condiciones de salud y enfermedad en la edad adulta y la vida posterior a menudo tienen orígenes en el desarrollo temprano, incluso desde el período prenatal. Se argumenta que las intervenciones en los primeros años de vida están destinadas a asegurar el desarrollo de la más alta capacidad funcional posible (Settersten *et al.*, 2020).

Por último, en cuanto a las comorbilidades en la vejez con COVID-19, cabe destacar que una proporción importante —que requirió hospitalización e intubación— padecía tabaquismo, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad cardiovascular y/o renal crónica. Este mismo cuadro de enfermedades crónicas se presenta entre la población indígena adulta mayor y al igual que el resto de la población de esas edades, quienes fueron diagnosticados alguna vez en su vida por un especialista de la salud con diabetes, hipertensión y obesidad, fueron más propensos a experimentar la transición a la hospitalización e intubación (ver cuadro 3). Sin embargo, desde el punto de vista del curso de vida, será importante monitorear los resultados de salud a largo plazo de aquellos con respuestas al virus tanto graves como moderadas.

Con base en los datos publicados por la DGE de la SSa y la evidencia científica con la que se cuenta a nivel nacional e internacional (Salazar *et al.*, 2020; Petrova, *et al.*, 2020; García-Céspedes, 2020; OPS/OMS, 2020), es muy recomendable que las personas de más de 60 años, sobre todo los que tienen estas complicaciones, eviten por todos los medios la exposición al SARS-CoV-2, quedándose voluntariamente en casa, manteniendo la sana distancia, evitando las multitudes, e incluso limitando el número de visitas de familiares y amigos que se reciben en casa para disminuir el riesgo de contraer el virus.

Haber padecido o haber sido diagnosticado por un especialista de la salud con una o varias de estas enfermedades incrementa el riesgo de muerte. Los datos presentados en el estudio realizado por UN (2020) sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas mayores —provenientes de 750 mil formularios de casos de contagio confirmados hasta el mes de abril de 2020 en 113 países, territorios y zonas—, muestran que más del 95% de las defunciones por COVID-19 en Europa han sido de personas con 60 años o más. En China, aproximadamente, el 80% de las muertes también fueron en personas de esas edades y que presentaban alguna discapacidad o enfermedad crónica. En Estados Unidos de América, en un porcentaje similar (80%), la mayoría de los decesos ocurrieron entre personas mayores de 65 años o más.

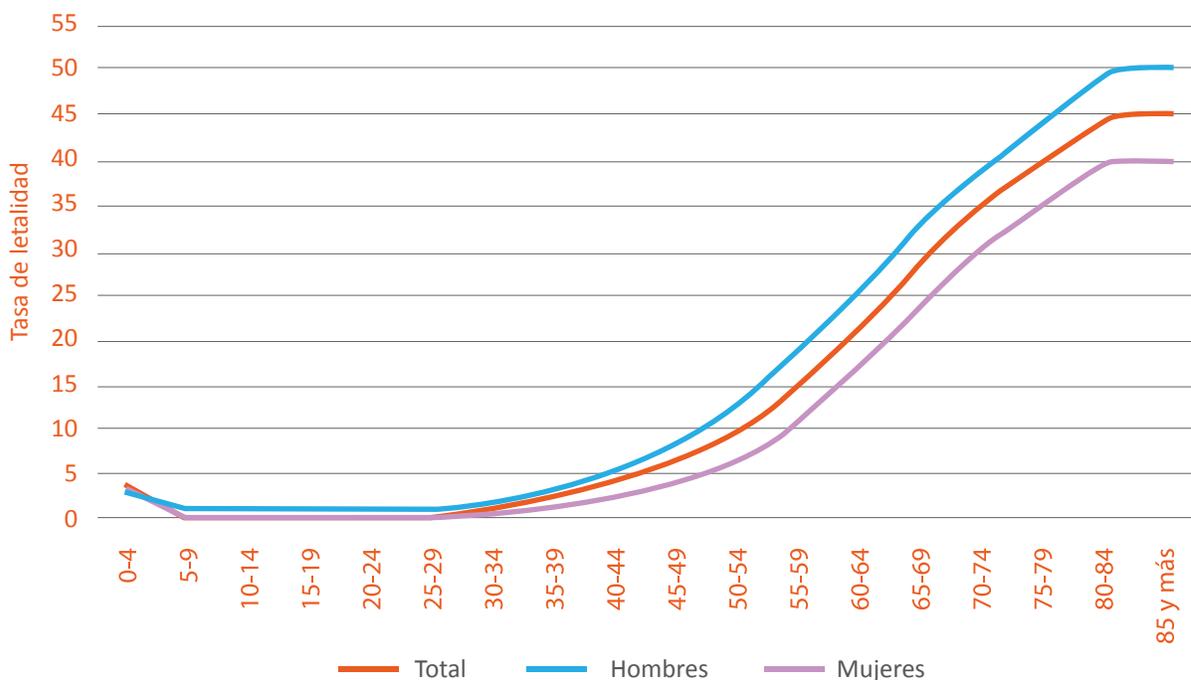
4. La letalidad de la pandemia por la COVID-19

En México, los datos reportados por la DGE de la SSa arrojan que, al 9 de noviembre de 2020, la tasa de letalidad por COVID-19 en personas con 60 años y más es del 31.4%, casi seis veces mayor que la del grupo de edad de 25 a 59 años (5.3%) y cerca de cuarenta veces más que la del grupo de menores de 24 años (0.8%). En la gráfica 3a, se aprecia con claridad que conforme avanza la edad es mayor la letalidad

causada por el SARS-CoV-2 y que esta es mayor entre los hombres que en las mujeres, posiblemente debido a inmunología basada en el sexo. Asimismo, cabe resaltar que la pandemia ha tenido impactos diferenciados según grupo socioeconómico o étnico racial. En el caso de la población adulta mayor indígena, por ejemplo, aunque la tasa de letalidad también es más alta en los hombres que en las mujeres, estas últimas registran una mortalidad más alta que la observada entre las mujeres no indígenas. Esta diferencia podría encontrar su explicación en el hecho de que las desigualdades de género en otras etapas del curso de su vida suelen situar a las mujeres indígenas adultas mayores en condiciones de desventaja en términos de salud, bienestar social y económico.

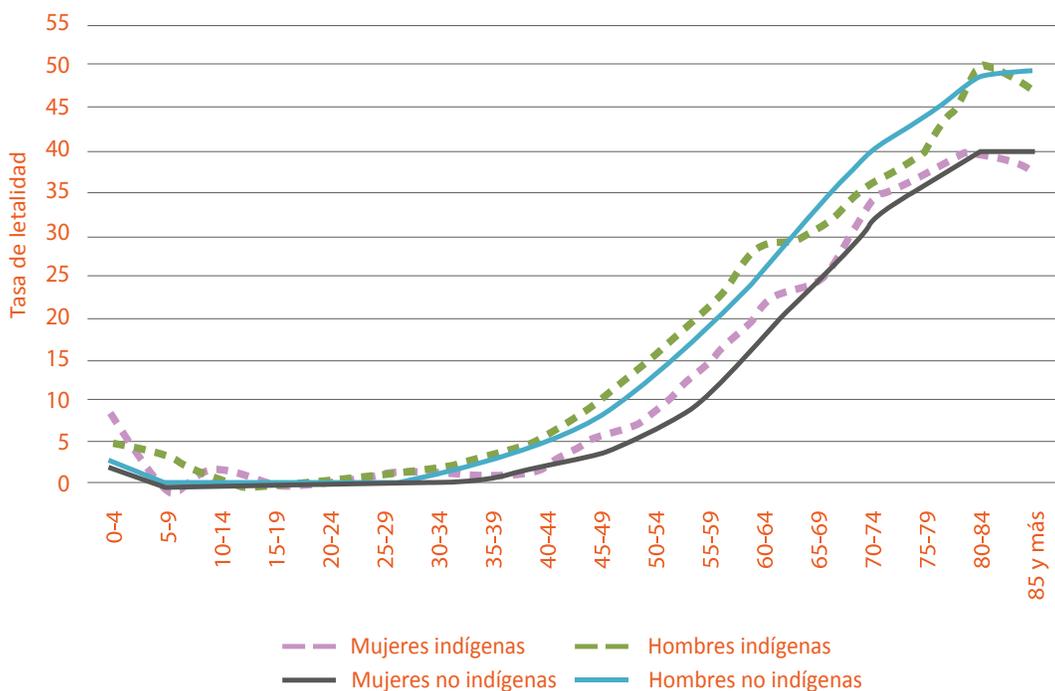
Por el contrario, la tasa de letalidad de los hombres mayores no indígenas es mayor respecto a sus pares indígenas, posiblemente debido a que éstos últimos presentan una menor esperanza de vida y pocos llegan a edades más avanzadas (ver gráfica 3b). Ahora bien, si analizamos la tasa de letalidad de las personas que fueron diagnosticadas con algunas de las comorbilidades señaladas anteriormente, en la gráfica 3c se observa que estas presentan tasas de letalidad más altas que las estimadas para el total de la población infectada por grupos de edad. La letalidad es especialmente alta entre quienes tenían diabetes, una enfermedad cardiovascular u obesidad y, en todos los casos, es mayor conforme se avanza la edad en el curso de vida.

Gráfica 3a. Tasa de letalidad por COVID-19 en México por sexo y grupos quinquenales de edad, 9 de noviembre de 2020



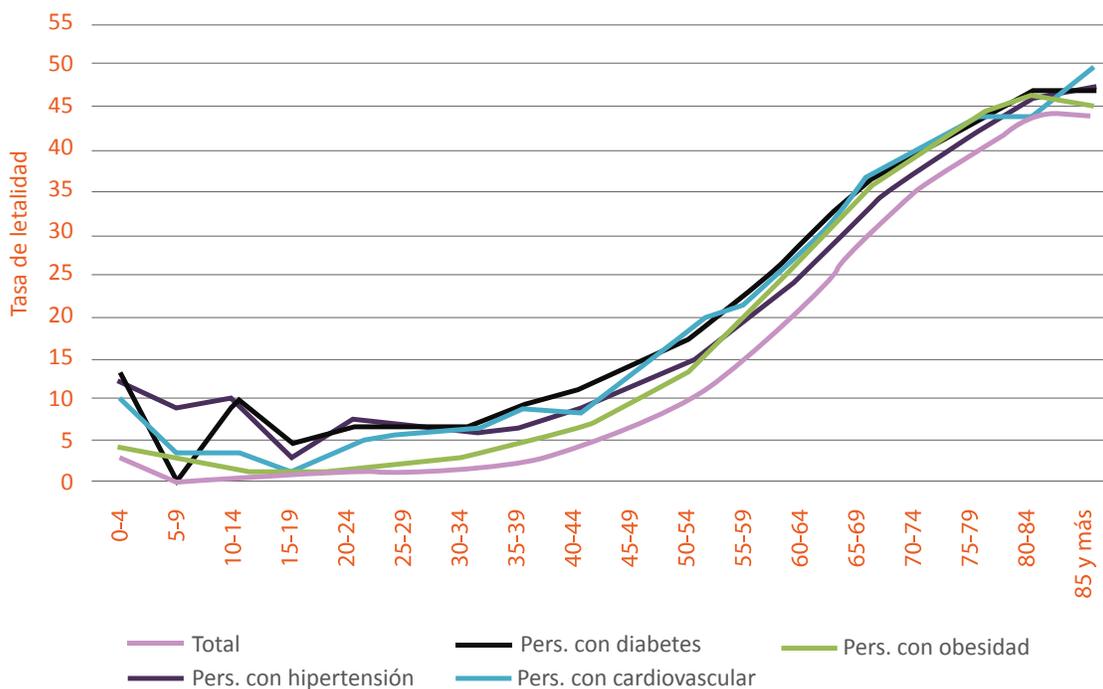
Fuente: elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSa, al 9 de noviembre de 2020.

Gráfica 3b. Tasa de letalidad por COVID-19 de la población indígena y no indígena, por sexo y grupos quinquenales de edad, 9 de noviembre de 2020



Fuente: elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSA, al 9 de noviembre de 2020.

Gráfica 3c. Tasa de letalidad por COVID-19 en México por grupos quinquenales de edad, según distintas enfermedades, 9 de noviembre de 2020



Fuente: elaboración propia con base en datos de la DGE de la SSA, al 9 de noviembre de 2020.

5. La discapacidad frente a la COVID-19

Además del perfil epidemiológico que presentan las personas mayores en México y, sobre todo, aquellas que han tenido complicaciones de recuperación por discapacidades que se acumulan a las desventajas ya existentes en esta última etapa del curso de vida. La ENADID de 2018, reporta que, en ese año, una significativa proporción de las personas mayores residentes en el país presentaba algún tipo de dificultades o limitaciones para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) —ya sea por nacimiento o por alguna enfermedad que padecieron durante la niñez, adolescencia, juventud o vida adulta, así como por eventos de accidentes y violencia, y por edad avanzada—, que dan cuenta de una pérdida paulatina de su funcionalidad. Por ejemplo, el 14.8% presentó dificultades para caminar, principalmente los que tenían 80 años o más, las mujeres y originarios del medio rural; casi 1 de cada 10 tenía dificultades para ver y usaba anteojos para ello (9%); 5.8% dificultades para escuchar; y una proporción similar para mover brazos (5.3%). Las prevalencias de estas últimas tres condiciones se incrementan a medida que aumenta la edad en el curso de vida, son mayores entre la población femenina y en habitantes del medio rural.

Al respecto, hay que mencionar que uno de los temas que deben abonarse en el Consenso de Montevideo es justamente el tema de la discapacidad que, si bien es mencionado, debe considerarse con más fuerza en su vinculación con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad (OEA, 2001). Cabe mencionar que esta convención habla en general de todas las personas, pero omite señalar que la discapacidad se experimenta de manera diferente en las etapas del curso de vida, por sexo y grupo étnico.

La población indígena con 60 años y más presenta el mismo cuadro de dificultades o limitaciones, pero los porcentajes son mayores que las reportadas para el total de la población en cada una de ellas. En especial, llama la atención la alta proporción de personas indígenas adultas mayores del sexo femenino que presentan dificultades para caminar, ver y escuchar. Situación que también se presenta entre la población afrodescendiente (ver cuadro 4). Estos datos muestran cómo las desventajas se acumulan entre las poblaciones adscritas a algún grupo étnico o afrodescendiente. Las condiciones de vida y los derechos de la población indígena y afrodescendiente adquieren fundamental importancia en los capítulos H e I del Consenso de Montevideo, cuestión que no se había identificado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2000 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) del 2015 y la Agenda 2030. Las personas afrodescendientes por primera vez en la historia de las poblaciones son tomados en cuenta de una manera independiente, lo que es un reconocimiento a su lucha política⁹.

⁹ Cabe mencionar que hay un gran número de declaraciones, convenciones e instrumentos para mejorar las condiciones que viven las comunidades y pueblos indígenas como el Convenio de la OIT N° 107 sobre poblaciones indígenas y tribales (1957), Proyecto Convenio de la OIT N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales (1989) y la Resolución de la Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas (2014), sin embargo, es hasta el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo que se aborda con capítulos independientes a estas poblaciones.

El enfoque de interculturalidad que se plasma en el Consenso no solo muestra la historia de subordinación de estos pueblos en la historia de la región y en especial en México, sino también los rezagos acumulados y la ausencia de protección en salud que se muestran ante la discapacidad.

Para todas las personas mayores existen obstáculos para acceder a la atención médica durante la pandemia —discriminación por edad, género, etnia, color de piel, complejión corporal, racismo, homofobia, abandono, maltrato, violencia institucional y familiar—, que deben ser monitoreados y erradicados en su totalidad (UN, 2020).

Cuadro 4. Población total con 60 años y más, indígena y afrodescendiente, por tipo de discapacidad para realizar ABVD, según grupo de edad, sexo y tipo de localidad de residencia, 2018

Dificultades/discapacidades	Grupos de edad				Sexo		Lugar de residencia	
	Total	60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Población total								
Bañarse, vestirse o comer	4.4	1.6	3.6	17.8	2.9	6.0	4.1	5.6
Caminar	14.8	9.0	15.2	39.2	10.7	19.1	14.1	17.3
Ver	9.0	5.7	9.7	22.0	7.2	10.8	8.3	11.6
Mover brazos	5.3	3.3	4.8	14.5	3.4	7.2	4.7	7.3
Recordar	4.7	2.1	4.2	16.6	3.1	6.3	4.2	6.4
Escuchar	5.8	2.4	6.0	20.1	5.6	6.0	5.3	7.5
Indígena								
Bañarse, vestirse o comer	4.3	1.6	3.5	14.3	3.0	5.6	4.5	4.1
Caminar	19.1	11.2	22.4	37.3	16.5	21.5	21.3	16.9
Ver	12.8	7.7	14.0	26.3	11.0	14.5	13.0	12.5
Mover brazos	6.4	3.5	6.7	14.5	5.1	7.6	6.9	5.9
Recordar	5.7	2.2	4.9	17.7	3.6	7.6	5.9	5.5
Escuchar	8.7	2.6	10.1	24.7	9.1	8.3	8.3	9.0
Afrodescendientes								
Bañarse, vestirse o comer	4.7	1.4	4.1	18.4	3.7	5.7	4.8	4.5
Caminar	21.5	14.2	24.7	42.8	19.1	23.7	21.7	21.2
Ver	15.1	11.2	16.9	26.3	14.2	15.9	14.4	16.5
Mover brazos	7.1	3.9	7.3	18.9	5.8	8.34	7.1	7.2
Recordar	7.0	3.4	7.9	18.9	6.4	7.6	7.3	6.4
Escuchar	7.4	3.5	7.4	22.2	8.0	7.0	7.3	7.6

Nota: Incluye a la población que señaló que no puede o que se le dificulta mucho hacer cada una de las actividades.

Fuente: elaboración propia con base en ENADID 2018.

6. Situación socioeconómica de las personas mayores

Desde la perspectiva de curso de vida se enfatiza la importancia de analizar las transiciones laborales (entradas y salidas en el mercado del trabajo y sus duraciones) ante la presencia de eventos estructurales y coyunturales, ya que tienen implicaciones sustanciales para las etapas tardías del curso de vida de las personas, lo que invita a centrarse en las consecuencias a largo plazo de las transiciones laborales que ocurren durante la pandemia de COVID-19 (Settersten *et al.*, 2020). Sin duda, la propagación del SARS-CoV-2 y las medidas de prevención adoptadas por los gobiernos de todos los países han tenido graves consecuencias en las economías nacionales. En México, tras declararse oficialmente la entrada a la primera fase de la pandemia, se recomendó a toda la población resguardo domiciliario y se suspendieron todas las actividades económicas consideradas como no esenciales de todos los sectores productivos, lo que golpeó fuertemente el mercado laboral. Lo anterior se manifestó, rápidamente, en una caída del empleo —el cual había mantenido una tendencia ascendente hasta el mes de febrero de 2020—, y por consiguiente, un aumento del desempleo, el subempleo y los salarios (Ramírez-García, 2020). Esta pandemia puede ser el contexto en el que miles de trabajadores mexicanos transitaron del empleo al subempleo o del empleo al desempleo o del empleo al retiro, interrumpiendo la continuidad de sus trayectorias laborales.

De acuerdo con la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE), levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de desocupación abierta, que da cuenta de la población que no tiene trabajo, está buscando trabajo o está disponible para trabajar, pasó 2.1% en abril a 2.9% en junio de 2020. En tanto que la tasa de subocupación, que comprende a la población ocupada que tienen necesidad y disponibilidad de ofertar más tiempo de trabajo de lo que su actual empleo les demanda, fue de 25.4% en abril y descendió a 20.1% en junio. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que, en México, como en otros países, el desempleo y la subocupación han afectado de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables de la población (personas con afecciones de salud, personas jóvenes y mayores, mujeres empleadas en el sector servicios, trabajadores por cuenta propia y personas migrantes) y han agravado la desigualdad social en todo el mundo (CEPAL, 2020; De La Torre, 2020).

Sin duda, como bien señala ese organismo, las personas mayores han sido de las más afectadas por la crisis económica generada por la pandemia de COVID-19. Por un lado, debido a que muchos de los que se encontraban trabajando, ayudaban en algún trabajo o vendían algún producto hasta antes de que el virus llegara al país y tuvieron que dejar de hacerlo; es decir, en la vejez muchas personas tuvieron que transitar del empleo o del subempleo al desempleo con repercusiones en su autonomía financiera. Desde la perspectiva del curso de vida, ambos eventos podrían ser de corta duración para algunos de ellos, mientras que para otros podrían convertirse en puntos de partida de un proceso a largo plazo de exclusión del mercado laboral. Por otro lado, aquellos que no trabajaban y dependían parcial o totalmente de los ingresos por trabajo de otros miembros del hogar, indirectamente, también se vieron afectados en términos económicos. Ambas situaciones, seguramente han impactado en sus actuales condiciones de vida e impactarán en sus niveles de bienestar futuros.

Los datos de la ETOE muestran que la tasa de desempleo entre la población con 60 años y más aumentó de 0.4% a 0.8% entre los meses de abril y junio de 2020. En términos absolutos, el número de personas mayores que perdieron su trabajo casi se duplicó al pasar de 75,793 a 140,730 personas en ese periodo. Esta situación es preocupante, pues las personas mayores, al carecer de pensión, alargan su trayectoria laboral a veces en condiciones de precariedad más allá de la edad legal para el retiro, por lo que necesitan ingresos laborales y no pueden darse el lujo de quedar desempleadas. Estas cifras ponen de manifiesto que las personas mayores no solo son vulnerables ante la pandemia desde el punto de vista de la salud, sino también se ven obligadas a experimentar una desvinculación obligada del mercado laboral. Los desafíos socioeconómicos son muy negativos dado que muchos de ellos dependen de su trabajo para hacer frente a los gastos de alimentación, cuidado a la salud, compra de medicamentos, vivienda y otras necesidades que se presentan en esta etapa del curso de vida.

El Consenso de Montevideo recomienda fomentar políticas de vida activa, productiva y de ahorro que permita a largo plazo vivir el envejecimiento dignamente, pero el contexto de la pandemia por COVID-19 inhabilita este acuerdo en la medida que disminuyen las capacidades de ahorro con el desempleo y, además, el confinamiento voluntario no permite tener una vida productiva. Hoy, ante esta situación, muchas personas mayores han hecho uso de sus ahorros y de otros activos para satisfacer sus necesidades básicas. En teoría, la población adulta mayor debe ejercer su derecho a la igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o al disfrute de actividades que posibiliten su desarrollo integral. Desafortunadamente, muchos se emplean en trabajos informales, de bajos ingresos, y que no brindan ningún tipo de prestaciones laborales. De acuerdo con datos publicados por el INEGI, más de la mitad de la población con 60 años y más se inserta en el mercado de trabajo y desarrolla alguna actividad o trabajo vinculado con el sector terciario (53.4%), que es el sector económico donde se genera la mayor parte del trabajo precario. Cerca de 3 de cada 10 lo hacían en el sector primario (29.9%), y alrededor del 15.4% en el sector secundario (INEGI, 2014).

En cuanto a la posición en el trabajo, más de la mitad del total de la población con 60 años y más se empleaba por cuenta propia, seguido de quienes lo hacían como trabajadores asalariados y jornaleros o peones. Al desagregar estas cifras por edad, sexo y localidad de residencia se observa que el trabajo por cuenta propia es la principal fuente de ingresos en las personas con más de 70 años, de las mujeres y de los residentes del medio rural. Por el contrario, el trabajo asalariado es mayor entre los adultos menores de 70 años, hombres y quienes viven en localidades urbanas. Desempeñarse como jornalero o peón es una actividad más frecuente entre hombres y residentes del medio rural. La mayor participación de los varones es indicativa de que, aun en la vejez, persiste la pauta cultural del hombre proveedor, quien busca seguir contribuyendo a la subsistencia del hogar.

Este mismo patrón de inserción laboral se presenta entre las personas mayores indígenas y afrodescendientes, aunque con algunas particularidades. Entre la población indígena, por ejemplo, una proporción bastante significativa se emplea como jornalero o peón o trabajador sin pago y, por el contrario, es menor la proporción que se desempeñan como trabajadores asalariados. Por su parte, entre la población afrodescendiente destaca el trabajo por cuenta propia como la principal forma de empleo (ver

cuadro 5). De acuerdo con Weller (2018) el trabajo por cuenta propia en la vejez podría ser resultado de la discriminación por edad que limita el acceso a un empleo asalariado, lo cual va en contra del derecho humano de no sufrir discriminación laboral por edad, sexo u origen étnico estipulado en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) de 2001.

En el artículo 5 Fracción V se establece que deben tener “igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral” (CDHCU, 2018, p: 5). Asimismo, en la medida prioritaria 22 del capítulo C del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se hace hincapié en la necesidad de erradicar las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas mayores, incluyendo todas las formas de violencia contra mujeres y hombres, teniendo en cuenta las obligaciones de los Estados con respecto a un envejecimiento con dignidad y derechos (CEPAL, 2014). Igualmente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos (2015), que el gobierno mexicano aún no ha ratificado ante la Organización de Estados Americanos (OEA), también menciona en su Art. 18 que la persona mayor tiene derecho al trabajo digno y decente, a la igualdad de oportunidades y de trato respecto de los otros trabajadores, sea cual fuere su edad. También señala que al erradicar la discriminación laboral, se promoverá empleo digno y decente, se facilitarán las condiciones para la jubilación y los procesos de transición en horarios y responsabilidades conforme las necesidades y características de las personas mayores.

Cuadro 5. Población total con 60 años y más, indígena y afrodescendiente, por posición en el empleo, según grupos de edad, sexo y localidad de residencia, 2018

Posición en el empleo	Grupos de edad				Sexo		Lugar de residencia	
	Total	60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Población total	100	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Empleada(o)	28	32.5	17.9	12.6	26.7	30.9	34.3	10.4
Obrera(o)	2.1	2.5	1.2	1.2	2.8	1.2	2.4	1.4
Jornalera(o) o peona (ón)	10.2	9.6	11.8	11.9	14.3	1.9	4.8	25.5
Trabajadora(or) por su cuenta	51.2	48.2	58.4	60.6	48.2	57.3	50.9	52.2
Patrona(ón) o empleadora(or)	2.6	2.5	4.0	2.8	2.9	1.9	3.0	1.5
Trabajadora(or) sin pago	5.8	4.8	6.7	10.9	5.1	6.8	4.7	8.9
Indígena	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Empleada(o)	10.1	12.5	6.6	3.2	9.4	11.7	17.3	3.7
Obrera(o)	1.4	1.8	0.7	0.0	1.8	0.4	1.6	1.2
Jornalera(o) o peona (ón)	21.0	21.5	19.0	24.7	26.5	7.1	13.2	28.0
Trabajadora(or) por su cuenta	56.7	54.1	63.1	54.6	53.6	64.8	59.6	54.2
Patrona(ón) o empleadora(or)	2.1	1.7	2.5	4.5	2.4	1.6	2.0	2.3
Trabajadora(or) sin pago	8.6	8.3	8.1	13.0	6.3	14.4	6.3	10.7

Posición en el empleo	Grupos de edad				Sexo		Lugar de residencia	
	Total	60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Afrodescendientes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Empleada(o)	21.8	14.3	14.3	17.6	17.6	29.5	30.7	8.6
Obrera(o)	1.6	0.9	0.9	2.5	2.5	0.0	2.0	1.1
Jornalera(o) o peona (ón)	16.3	14.2	14.2	22.1	22.1	5.5	6.9	30.2
Trabajadora(or) por su cuenta	51.6	55.3	55.3	50.4	50.4	54.5	53.1	50.0
Patrona(ón) o empleadora(or)	2.7	6.3	3.9	2.9	6.3	2.1	2.2	3.3
Trabajadora(or) sin pago	5.8	5.7	11.4	4.4	5.7	8.3	5.1	6.8

Fuente: elaboración propia con base en ENADID 2018.

En la literatura sobre vejez y envejecimiento se señalan varios factores determinantes de la permanencia de las personas mayores en el mercado laboral, como son los mejores niveles de salud y la mayor esperanza de vida de las personas, las cuales pueden incidir en su decisión de seguir trabajando. Esta mayor participación de las personas mayores en el mercado laboral también responde a las necesidades, por ejemplo, de las mujeres mayores, quienes como viudas no tienen autonomía económica. No obstante, se ha destacado que la falta de ingresos familiares y por jubilación o pensión son los factores que más influyen en la decisión de las personas mayores a seguir trabajando más allá de la edad legal de la jubilación, a fin de asegurar ingresos para su subsistencia (Weller, 2018).

En 2018, las principales fuentes de ingresos de las personas con 60 años y más eran los ingresos por trabajo (28.7%), la jubilación o pensión (27.3%) y la ayuda de algún programa de gobierno (26.9%), aunque con algunas diferencias por edad, sexo y localidad de residencia. Si los dividimos en tres subgrupos de edad, entonces, la retribución laboral es la principal fuente de ingreso para personas que tienen 60-69 años, que son hombres y que viven en áreas urbanas; el dinero por jubilación o pensión representa la principal fuente de ingreso para personas que tienen de 70-79 años, que son hombres y residen en áreas urbanas. Cabe subrayar que la menor proporción de mujeres que reciben ingresos por jubilación o pensión es el resultado de la desigualdad de género con respecto a la división sexual del trabajo, que excluye a una gran cantidad de mujeres del mercado laboral en los años de mayor productividad —ya que casi siempre una vez que transitan al matrimonio o a la maternidad experimentan el retiro laboral, al menos temporal, y ponen una pausa en su trayectoria laboral—, en particular del empleo formal que les permitiría acceder a una pensión en el sistema contributivo en la vejez (Hernández, 2014).

De esta forma, la desigualdad que caracteriza la edad activa se reproduce en la edad de jubilación (Weller, 2018); por último, los programas de gobierno son la principal fuente de ingresos para el subgrupo de personas mayores de 80 años o más, mujeres y que viven en localidades rurales, seguramente porque son los que menos ingresos por trabajo y jubilación o pensión reciben. Los ingresos por transferencias de familiares que viven en el interior del país o en extranjero también constituyen una de las fuentes de ingreso más importantes para las personas mayores (ver cuadro 6).

Como se puede ver en los indicadores presentados en el cuadro 6, si bien entre la población adulta mayor indígena y afrodescendiente, los ingresos por trabajo y ayudas del gobierno también constituyen la principal fuente de ingresos, su importancia es más alta que entre la población en general, lo que indica que una significativa proporción de estas personas mayores tienen que seguir trabajando y completar sus ingresos con los apoyos monetarios y no monetarios que reciben de los distintos programas de gobierno para poder subsistir.

Afortunadamente, el gobierno de México tuvo a bien garantizar e incluso adelantar la “Pensión para el Bienestar de los Adultos Mayores” durante los meses más difíciles de la crisis económica generada por la pandemia de la COVID-19. Por lo contrario, el porcentaje de quienes reciben ingresos por jubilación o pensión es más baja que en el promedio nacional (27.3% versus 10.5% y 22.7%, respectivamente, lo cual indudablemente es el resultado de una trayectoria laboral forzada en el trabajo agrícola, sobre todo en trabajos de tipo familiar con o sin pago, y más recientemente en el trabajo por cuenta propia en el sector terciario, que se ha extendido a las comunidades indígenas y rurales del país. Finalmente, cabe subrayar que los efectos de la ausencia de ingresos en la vejez en varios aspectos del bienestar individual y familiar son más graves cuando esta se prolonga.

Cuadro 6. Población con 60 años y más por fuente de ingresos, según grupos de edad, sexo y localidad de residencia, 2018

Fuentes de ingreso	Grupos de edad				Sexo		Lugar de residencia	
	Total	60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Población total								
Por trabajo	28.7	39.1	19.8	7.7	42.7	16.9	29.4	26.6
Algún programa de gobierno	26.9	12.9	41.6	49.5	22.9	30.2	21.2	46.0
Ayuda de pers. que viven en otro país	3.5	2.7	4.2	5.4	3.0	4.0	2.6	6.5
Ayuda de pers. que viven en el país	7.5	5.3	8.9	13.1	5.5	9.2	7.3	8.1
Jubilación o pensión	27.3	24.0	32.2	29.8	34.8	21.0	32.4	10.1
Intereses bancarios, renta o alquiler	1.8	1.7	1.9	2.0	2.3	1.4	2.2	0.7
Otras fuentes de ingreso	1.5	1.7	1.5	1.0	1.5	1.6	1.7	1.0
Indígena								
Por trabajo	28.1	36.0	24.9	9.6	42.2	14.5	31.1	25.2
Algún programa de gobierno	47.0	33.0	61.5	63.6	40.5	53.3	36.5	57.2
Ayuda de pers. que viven en otro país	1.8	1.6	2.0	2.1	1.7	1.9	1.6	2.0
Ayuda de pers. que viven en el país	7.0	5.6	8.2	9.5	5.7	8.4	6.3	7.7
Jubilación o pensión	10.5	10.1	10.4	11.8	15.1	6.0	17.4	3.8
Intereses bancarios, renta o alquiler	0.5	0.3	0.4	0.9	0.6	0.3	0.7	0.2
Otras fuentes de ingreso	1.2	1.5	0.9	0.8	1.3	1.1	1.8	0.6

Fuentes de ingreso	Grupos de edad				Sexo		Lugar de residencia	
	Total	60-69	70-79	80 o más	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Afrodescendientes								
Por trabajo	30.8	29.6	33.3	30.8	42.6	20.1	29.6	33.3
Algún programa de gobierno	31.4	24.4	44.9	31.4	27.2	35.2	24.4	44.9
Ayuda de pers. que viven en otro país	4.0	3.4	5.3	4.0	3.1	4.9	3.4	5.3
Ayuda de pers. que viven en el país	8.8	8.6	9.1	8.8	6.6	10.8	8.6	9.1
Jubilación o pensión	22.7	29.8	8.7	22.7	28.8	17.1	29.8	8.7
Intereses bancarios, renta o alquiler	1.2	1.6	0.5	1.2	1.3	1.1	1.6	0.5
Otras fuentes de ingreso	1.8	1.7	2.0	1.8	1.9	1.8	1.7	2.0

Nota: La suma de los porcentajes es superior a 100, debido a que una persona puede recibir ingresos de más de una fuente.

Fuente: elaboración propia con base en ENADID 2018.

7. Reflexiones finales

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo es el documento más progresista en materia de Derechos Humanos que existe en la región de América Latina y el Caribe con perspectivas de género e interculturalidad, así como lenguaje incluyente. Pero, además, de una manera sobresaliente, busca integrar la mirada de curso de vida para imaginar a las poblaciones en diferentes etapas de su vida y las desigualdades que enfrentan y acumulan en su recorrido vital. Por estas características es un complemento perfecto para la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propuestos en 2016, y dada la situación de emergencia sanitaria actual contribuye a visibilizar la necesidad de formular acciones que incluyan la perspectiva de curso de vida, la cual busca atender las necesidades actuales de la población adulta mayor, pero también garantizar que frente a la amplitud de las brechas socioeconómicas por la COVID 19 las niñas, niños, adolescentes y jóvenes transiten hacia la vejez con una adecuada calidad de vida. Igualmente, se complementa con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) —que debe ser ratificada por el gobierno mexicano—, que sin duda representa un instrumento que permitiría mejorar las acciones del actual gobierno federal a nivel nacional, subnacional y local.

No obstante, a partir del capítulo C del Consenso se debe insistir en la necesidad de generar indicadores para la agenda política que cumplan con este mismo espíritu progresista, a fin de visualizar y eliminar las desigualdades sociales entre hombres, mujeres, comunidad LGTBTTI, pueblos indígenas y afrodescendientes. Especialmente, las observadas en las dimensiones de la protección social y desigualdades socioeconómicas de las personas mayores, las cuales no solo deben atenderse y brindarse cuando se

transita o cuando ya se está en la etapa de vejez, sino a lo largo de toda la trayectoria de envejecimiento, que inicia desde la primera infancia. Tal como lo plantean en algunos axiomas de la perspectiva del curso de vida, en el sentido de que se debe promover el desarrollo humano a lo largo de toda la existencia.

En este tenor, el análisis que presentamos revela que las trayectorias de envejecimiento de la población mexicana —su acceso a los sistemas de protección en materia de seguridad social, los eventos de salud-enfermedad y las transiciones al desempleo, al subempleo y al retiro laboral antes y durante la pandemia del COVID-19—, están inmersas en procesos de desigualdad socioeconómica que se intersectan con las condiciones de género, etnia y entornos familiares y residenciales (por ejemplo, urbano-rural). Ello explica por qué algunas personas mayores son y han sido más vulnerables que otros grupos poblacionales ante dicha enfermedad. Pues como hemos destacado, hasta principios del mes de noviembre de 2020, casi uno de cada cinco mexicanos infectados con el virus SARS-CoV-2 (19%), tenía 60 años o más (en su mayoría hombres), de los cuales 7.8% son indígenas y 12%, afrodescendientes. No obstante, cabe precisar que esta situación no es exclusiva del contexto mexicano, sino que también se registra en otros países latinoamericanos y en otras regiones del mundo; por ejemplo, en Europa, donde la experiencia ha sido todavía más dramática que en México.

Lo anterior nos permite concluir que las personas mayores no enfrentan con los mismos recursos y condiciones de salud la COVID-19. Muchos de ellos han acumulado enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, diabetes, obesidad, hipertensión, colesterol y cardiovasculares) en su trayectoria de salud-enfermedad que los vuelven más vulnerables a las enfermedades virales, cuestión a la que debe sumarse la falta de cobertura universal de la salud, que afecta mayormente a los varones y a las poblaciones indígenas y afrodescendientes. Además, habría que evaluar si ese derecho a la salud se traduce en una buena calidad de atención médica y en la existencia de un sistema de cobertura que llegue hasta las áreas más alejadas del país. Estos cuestionamientos son importantes de tomarse en cuenta ante la severidad de la crisis sanitaria que estamos viviendo, ante la evidencia de un déficit de profesionales y especialistas de la salud en el sistema sanitario mexicano y ante la falta de infraestructura hospitalaria terminada y adaptada para enfrentar la pandemia. Las desigualdades de acceso a la salud, por ejemplo, se muestran con mayor contundencia a partir del lugar de residencia habitual de las personas, pues, como se destacó al inicio de este capítulo, 2 de cada 5 personas mayores en áreas rurales no cuentan con seguridad médica.

Asimismo, habría que preguntarse sobre el impacto de la interrupción de los servicios de atención a la salud —debido a los procesos de reconversión de clínicas y hospitales para atender a pacientes de COVID-19 desde que empezó la fase tres de la pandemia—, de la población adulta mayor, ya que por esa cuestión, miedo y precaución al contagio muchos tuvieron que posponer sus citas médicas o interrumpieron el tratamiento de algunas discapacidades y enfermedades crónicas, como el cáncer, diabetes, hipertensión y obesidad, las cuales, como hemos mencionado, han sido identificadas como factores de alto riesgo para enfermar gravemente y de experimentar eventos de hospitalización, intubación y la muerte por el virus. Sobre este último punto, tratamos de evidenciar cómo la letalidad por COVID-19 se incrementa conforme avanza la edad de las personas, y afecta principalmente a los hombres indígenas y no indígenas, así como

a las mujeres indígenas. Es por ello que desde el enfoque de las desigualdades acumuladas en el curso de vida ser mujer, indígena o afrodescendiente y tener alguna limitación para realizar ABVD puede ser más complicado para enfrentar la COVID-19, especialmente en los grupos con más de 70 años.

Este conjunto de desigualdades sociales de acceso y condiciones de salud se entretajan con las de tipo económico, afectando a su vez las condiciones de vida y niveles de bienestar de la población adulta mayor, debido a que muchos de ellos han experimentado eventos de desempleo y subempleo y, por consecuencia, una caída de sus ingresos y ahorros. Además, como resultado de sus trayectorias laborales desarrolladas en su mayoría en el sector informal o en la agricultura familiar y de subsistencia, y el trabajo por cuenta propia, no cuentan con una jubilación o pensión y no están afiliados a una institución de salud. Muchas de ellos son mujeres y hombres residentes tanto en áreas urbanas como rurales y pertenecientes a comunidades indígenas y de afrodescendientes. De tal forma que la desigualdad socioeconómica y los efectos de la discriminación étnico-racial acumulados a lo largo del curso de vida de las personas mayores también se manifiesta cuando se transita a la vejez, lo cual reduce los recursos para enfrentar acontecimientos como la pandemia por COVID-19.

Sin duda, las dimensiones étnico-racial y de género son las que más deben recuperarse en el Consenso de Montevideo, ya que la problemática del envejecimiento, la insuficiencia de la protección social y los grandes desafíos socioeconómicos solo pueden mostrar su rostro más real a partir de una perspectiva de género, interculturalidad y curso de vida. Por tanto, la defensa de los derechos humanos, a través de las acciones de gobierno, debe proveer indicadores que mediante estos enfoques descubran las desigualdades acumuladas en el curso de vida y las intersecciones provocadas por la discriminación étnica y hacia los géneros. Los efectos directos e indirectos de la pandemia de la COVID-19 en la población adulta mayor plantean retos y desafíos a corto, mediano y largo plazo, por lo que es necesario diseñar e implementar acciones y programas de política pública orientados a atender las necesidades y garantizar los derechos.

Algunas recomendaciones que saltan del análisis presentado en este capítulo son:

- a) Asegurar los apoyos gubernamentales a población con alto grado de vulnerabilidad y en especial a las personas mayores;
- b) Continuar con la campaña de fortalecimiento de la sana distancia, uso de cubrebocas y caretas en los hogares y familias para disminuir los contagios en personas mayores;
- c) Incrementar una mayor perspectiva social de promoción a la salud y prevención ante la COVID-19 en las instituciones del sector salud;
- d) Insertar en las políticas públicas para enfrentar la pandemia por la COVID-19 la situación de las personas mayores con perspectiva de género, interculturalidad y curso de vida;

- e) Fomentar acciones públicas específicas con las instituciones de gobierno que trabajan con pueblos indígenas y afroamericanos sobre el tema del envejecimiento y la situación de las vejeces ante el riesgo por la COVID-19;
- f) Vincular actividades de difusión e interseccionalidad en el envejecimiento con los programas que trabajan discapacidad;
- g) Fomentar estrategias en las instituciones que trabajan con personas jóvenes para prevenir y postergar las enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas;
- h) Generar una articulación intersectorial de las instituciones en donde trabajan personas mayores con instituciones vinculadas al bienestar de la población;
- i) Incluir la perspectiva de curso de vida en las políticas públicas;
- j) Promover estudios con perspectiva de género e interculturalidad en torno al envejecimiento y las vejeces en el contexto por la COVID-19;
- k) Generar bases de datos y estudios desde el curso de vida para evaluar los impactos de la pandemia en las trayectorias de envejecimiento;

Bibliografía

Bello-Chavolla, Omar, Y. *et al.*, (2020). Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Considerations beyond chronological aging. *The Journals of Gerontology: Series A*, glaa163, <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa163>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión [CDHCU] (2018). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM). Recuperado el 28 de agosto de 2019, de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf.

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (2020). La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Las personas con ciertas afecciones. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020) El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) Recuperado en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45557/4/S2000307_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020a). Observatorio COVID-19 de la CEPAL: un instrumento de apoyo para América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2014). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2019). Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores en México. Resumen Ejecutivo, CNDH México, [en línea] https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-02/INFORME_PERSONAS_MAYORES_A19.pdf [27 de abril del 2020] México, p. 97.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la Población de México y las entidades federativas 2016-2050 (actualización septiembre de 2018).

Corona González, Ricardo (2017) El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal, Colegio Nacional de especialistas en Medicina Integral, Memorias 12CNMI. Disponible en: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>

De Sebastian, Luis (2009) Un planeta de gordos y hambrientos. La industria alimentaria al desnudo, Ariel, España.

De la Torre, J.C. (2020, 5 de mayo). Aumenta el desempleo en el mundo desde inicios de la pandemia. Notipress. <https://notipress.mx/actualidad/aumenta-el-desempleo-en-el-mundo-desde-el-inicio-de-la-pandemia-3962>

Diabetes Voice (2020, 5 de marzo). COVID-19 y diabetes. <https://diabetesvoice.org/es/noticias-breves/covid-19-y-diabetes/>

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2011). Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. SEGOB, México. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011

Daoust J. F. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. PLoS ONE 15(7): e0235590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235590>

Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), Handbook of the life course. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Elman *et al.* (2020). Effects of the COVID-19 Outbreak on Elder Mistreatment and Response in New York City: Initial Lessons. En Journal of Applied Gerontology. pp. 1-10.

Ferraro F. K. & Shipee T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? The Gerontologist. Vol. 49 (No.3) 333-343.

García-Céspedes, M. E., Bell-Castillo, J., Romero-Calzado, D. E., y Ferrales-Biset, Ni. (2020). La COVID-19 en personas hipertensas. MEDISAN 24(3): 501-514. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300501&lng=es. Epub 14-Jun-2020.

Gutierrez, A. (2020). Miremos a través del prisma de los derechos humanos. ONU. [en línea] <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/miremos-prisma-derechos-humanos-respuesta-covid-19>. [27 de abril del 2020].

Hebrero, M. (2013). Transiciones en el proceso de salud-enfermedad en la población con 60-79 años residente en el Distrito Federal: el caso de Iztapalapa, Tesis de Doctorado en Estudios de Población, CEDUA de El Colegio de México.

Hernández Hernández, B. (2014). ¿Seguridad o inseguridad social de las mujeres mexicanas? Una mirada a las políticas públicas en la materia, desde la perspectiva de género. Tesis de grado de la Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos, Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Huenchuan, S. (2020). COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Subselección México. [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45316-covid-19-recomendaciones-generales-la-atencion-personas-mayores-perspectiva>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE). Presentación de resultados de junio de 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/etoe/doc/etoe_presentacion_resultados_junio_2020.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE) abril y junio de 2020. Microdatos.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Microdatos.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Microdatos.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. Censo de Población y vivienda 2010. Microdatos.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM (2015). Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública (2015). <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

Kain J, Vio F, Albala C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. *Cadernos de saúde pública* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública [Internet]. 2003 Jan [cited 2011 May 25];19 Suppl 1:S77-S86. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12886438>

Manrique-Espinoza, B, Salinas-Rodríguez, A, Moreno-Tamayo, K. M, Acosta-Castillo, I, Sosa-Ortiz, A. L, Gutiérrez-Robledo, L. M., y Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55(Supl.2), S323-S331. Recuperado en 15 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es&tlng=es.

Marcos, L. (2020). COVID-19 y envejecimiento: ¿por qué afecta más a las personas mayores. Muy interesante. <https://www.muyinteresante.es/salud/articulo/covid-19-y-envejecimiento-por-que-afecta-mas-a-las-personas-mayores>

Montes de Oca, V., Gutiérrez Cuellar, P., y Rea Ángeles, P., (2019) Desafíos desde la perspectiva de género y condición étnica en desigualdad y pobreza: ¿cómo envejecer?. Vital, Alberto (Editor) Género, seguridad, salud, UNAM, Coord. De Humanidades, 15-36 (ISBN: 978-607-30-1536-3).

Naciones Unidas, NU (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>

Nagle BJ, Holub CK, Barquera S, Sánchez-Romero LM, Eisenberg CM, Rivera-Dommarco JA, Mehta SM, Lobelo F, Arredondo EM, Elder JP. Interventions for the treatment of obesity among children and adolescents in Latin America: A systematic review. *Salud Publica Mex* 2013;55 suppl 3:S434-S440.

Organización de Estados Americanos (2001) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas Con Discapacidad, OEA, Washington.

Organización de Estados Americanos (205) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos, OEA, Washington.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a) Infografía - Las personas mayores son más vulnerables al COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-personas-mayores-son-mas-vulnerables-al-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2020b). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2020). Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Sexta edición Estimaciones actualizadas y análisis. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_755917.pdf

Pérez-Cuevas, Ricardo y Muñoz-Hernández, Onofre. (2014). Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 126-133. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200010&lng=es&tlng=es.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Rodríguez-Barranco, M., Navarro-Pérez, P., Jiménez-Moleón, J.J., y Sánchez, M.J. (2020). “La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones”, en *Atención Primaria*, Volume 52, Issue 7, August–September 2020, Pages 496-500. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.003>

Ramírez-García, T. (2020). Impactos del COVID-19 en el (des)empleo en México. Nota de coyuntura. https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-05/crim_017_telesforo-ramirez_impactos-del-covid-en-el-empleo-en-mexico_0.pdf

Salazar, M., Barochiner, J., Espeche, W., y Ennis, I. (2020). COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular [COVID-19 and its relationship with hypertension and cardiovascular disease]. *Hipertension y riesgo vascular*, 37(4), 176–180. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.003>.

Secretaria de Salud (SSa). (2020) Dirección General de Epidemiología. Datos abiertos. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

Settersten, Richard A. *et al.* (2020). Understanding the effects of COVID-19 through a life course lens. *Advances in Life Course Research*, Vol. 45, September, <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2020.100360>

Vineis, P., Avendano-Pabon, M., Barros, H., Chadeau-Hyam, M., Costa, G., Dijmarescu, M., ... & Goldberg, M. (2017). The biology of inequalities in health: the LIFEPAH project. *Longitudinal and Life Course Studies*, 8(4), 417-449.

Weller, J. (2018). La inserción laboral de las personas mayores en América Latina. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/enfoques/la-insercion-laboral-personas-mayores-america-latina>

Reflexiones en torno a los desafíos en el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia por COVID-19

Nathaly Llanes Díaz¹

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, OMS, declaró a la COVID-19 una pandemia el 11 de marzo del 2020 (UNFPA, 2020a). Desde ese momento y hasta finales del mes de noviembre del mismo año se registraron 60,333,049 casos positivos en 191 países y 1 millón 419 mil 567 defunciones² (Johns Hopkins University, 2020). Ante esta emergencia sanitaria, los gobiernos han implementado distintas medidas para contener el desarrollo de la pandemia, siendo las restricciones a la movilidad, la limitación del aforo en los lugares públicos y la suspensión de actividades no esenciales, las más recurrentes.

En México, la primera medida para contener la propagación de los contagios fue la puesta en marcha de la Jornada Nacional de Sana Distancia, programa de la Secretaría de Salud (SSa), que inició el 23 de marzo y cuyo objetivo fue promover el distanciamiento social (Gobierno de México, 2020). Se suspendieron las actividades no esenciales para el funcionamiento de la sociedad³ y las actividades que pudieran llevarse a cabo de manera remota se trasladaron a los hogares, entre ellas las escolares en todos los niveles. Se instó a la población a mantener medidas de confinamiento y limitar al máximo posible la movilidad. Aunque las actividades sanitarias y los servicios de salud continuaron operando, su funcionamiento se ha visto limitado como consecuencia de la reorganización del sistema de salud y la reasignación del personal a la atención de la COVID-19, lo que ha tenido repercusiones en la prestación de los servicios de prevención y tratamiento de otras enfermedades (OPS, 2020).

1 Profesora-Investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México. Correo: nllanes@colmex.mx

2 Información correspondiente hasta el 25 de noviembre de 2020.

3 En México el Diario Oficial de la Federación del 30 de marzo de 2020 considera como actividades esenciales las siguientes: a) las que son directamente necesarias para atender la emergencia sanitaria, como son las actividades laborales de la rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud, b) las involucradas en la seguridad pública y la protección ciudadana, c) las de los sectores fundamentales de la economía, d) las relacionadas directamente con la operación de los programas sociales del gobierno y e) las necesarias para la conservación, mantenimiento y reparación de la infraestructura crítica que asegura la producción y distribución de servicios indispensables (Diario Oficial de la Federación, 2020).

El programa mencionado estuvo vigente hasta el 30 de mayo, momento en el que se inició la transición hacia una “nueva normalidad” a partir de un semáforo de riesgo epidemiológico, el cual regula las actividades laborales y el uso del espacio público por entidad federativa. El semáforo está compuesto por cuatro colores de rojo a verde, siendo el rojo el que indica el escenario más restrictivo y el verde aquel en el que se permite la realización de todas las actividades de manera normal (SSa, 2020a). Sin embargo, para la semana del 9 al 15 de noviembre la única entidad federativa en verde era Campeche; Chihuahua y Durango se encontraban en rojo y el resto del país en naranja.⁴

La propagación del virus SARS-COV-2 ha desencadenado una crisis sanitaria, social y económica sin precedentes, la cual ha tenido repercusiones diferenciadas para los hombres y las mujeres en distintos ámbitos de la vida. Algunas investigaciones han documentado cómo en tiempos de crisis las desigualdades de género tienden a exacerbarse, siendo un ejemplo los brotes del virus del Ébola y del Zika, (Davies y Bennett, 2016; Neetu *et al.*, 2020).

En el caso del Zika, la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, particularmente las concernientes al cuidado y a la atención de la salud sexual y reproductiva se vio limitada (Tang *et al.*, 2020). Igualmente, durante el brote de *Ébola* se produjo una disminución sustantiva en las consultas de planificación familiar, de atención prenatal y de los partos atendidos por personal especializado en algunos países de África (Davies y Bennett, 2016; Camara *et al.*, 2017; Wenham, Smith y Morgan, 2020).

En la región de América Latina y El Caribe, caracterizada por fuertes desigualdades sociales, la COVID-19 ha puesto aún más en evidencia la acumulación de desventajas que experimentan diferentes grupos sociales en la región, particularmente las mujeres (CEPAL, 2020; UNFPA, 2020a). Durante la pandemia, las desigualdades de género se han acentuado, siendo un área de especial preocupación el acceso y la atención a los servicios de salud sexual y reproductiva, SSR (OnuMujeres, 2020a), ámbito en el que se centra el presente capítulo.

La crisis sanitaria representa un desafío para todos los países, particularmente para México, ya que puede generar retrocesos importantes y nuevas necesidades frente al acceso universal a los servicios de SSR, uno de los ocho temas prioritarios identificados en el Consenso de Montevideo en 2013 (CEPAL, 2013) e indispensable para el logro de la igualdad de género y la reducción de las desigualdades (ODS, 2020).

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre las implicaciones de la emergencia sanitaria por Covid-19 en México sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva SSR de las mujeres, enfatizando en las problemáticas que surgen o que se están agudizando durante la pandemia y que obstaculizan el logro de la igualdad de género en el país.

Debido a que la información y los indicadores que dan cuenta del acceso universal a los servicios de SSR durante lo que va de la pandemia son aún limitados, en este trabajo se presenta la información disponible por parte de fuentes oficiales y organizaciones no gubernamentales en tres ámbitos: la fecundidad y la anticoncepción; la salud materna, y la interrupción legal del embarazo, áreas prioritarias en

⁴ Tomado del Informe diario sobre el coronavirus, Covid-19 en México de la Secretaría de Salud, 19 de noviembre de 2020 disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=DkinM-aDd_o&feature=emb_title

la promoción, protección y garantía de la salud y los derechos sexuales y reproductivos dentro de la agenda nacional (SEGOB, CONAPO y UNFPA, 2018), y que se han visto gravemente afectadas durante la pandemia, especialmente para las mujeres.

El presente capítulo se encuentra dividido en tres partes. En la primera, se presentan los planteamientos fundamentales en torno a la SSR, se da cuenta de la visibilidad que adquirió el concepto a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (CIPD) en 1994, y posteriormente, se enfatiza la centralidad que mantienen los tres ámbitos en los que se centra este trabajo más de dos décadas después. También, se mencionan las implicaciones de estas Conferencias para la construcción de una agenda nacional encaminada a garantizar el acceso a los servicios universales en SSR dentro de un marco de derechos. En la segunda parte, se realiza un balance de los avances y de los rezagos de algunos indicadores para cada una de las tres áreas consideradas (fecundidad y anticoncepción, salud materna e interrupción legal del embarazo), al tiempo que se reflexiona sobre las implicaciones de la pandemia sobre éstas mismas. Por último, en la tercera parte, se exponen algunas reflexiones finales.

1. La salud sexual y salud reproductiva: planteamientos fundamentales

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 representa una ruptura importante con la manera en cómo se concebía el desarrollo de los países, al poner en el centro del debate la importancia del género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas para el logro del bienestar y el desarrollo. La preocupación sostenida por el control de la fecundidad y la necesidad de anticoncepción dio paso a un paradigma de derechos sexuales y reproductivos sostenido sobre el reconocimiento básico de la libertad de las parejas e individuos para decidir, con la mayor libertad posible, el número de hijos deseado, el espaciamiento de los mismos, así como el derecho de recibir información para alcanzar un elevado nivel de bienestar (ONU, 1994: 73). El término emergente de salud sexual y reproductiva (SSR) se extendió más allá de la anticoncepción e involucró la capacidad de los individuos de gozar de una vida sexual saludable, satisfactoria, plena y libre (ONU, 1994).

Esta Conferencia tuvo un papel protagónico en la construcción de compromisos internacionales en torno a la SSR, los cuales se expresaron en los Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), respecto a la salud materna y la autonomía de las mujeres; en el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo como uno de los ocho temas prioritarios para la promoción de los derechos humanos, y en el que se puede resaltar de manera particular el acceso a los servicios de planificación familiar y consejería, la disponibilidad de los medios para cumplir con las preferencias reproductivas de las parejas y la salud materna y perinatal; así como también en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y en la Cumbre de Nairobi en 2019 (en lo concerniente a la reducción de la mortalidad materna y la disminución de la NIA) (Gayet y Juárez 2016; CEPAL, 2018a; SEGOB, CONAPO y UNFPA, 2018; UNFPA y CONAPO, 2019).

De lo anterior, se derivó la construcción de una agenda nacional encaminada al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la cual se han llevado a cabo distintas acciones legislativas y normativas en el país, además de la creación de instituciones y programas para favorecer la atención a la SSR, algunas de las cuales son: la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en el 2004, el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006, en el que se consideró como estrategia otorgar Servicios Amigables para Adolescentes, la promulgación de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH) en 2006, la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia un año más tarde, el Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH, y de manera más reciente el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA) 2013-2018, la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENAPEA 2014, la norma a NOM-047-SSA-2015 para atender la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años, con el objetivo de orientar y otorgar consejería en relación a la anticoncepción y prevención del embarazo adolescente, entre otras (SSa, 2015; CDNH, 2018, 2020; SEGOB, CONAPO y UNFPA, 2018; CONAPO, 2020a).

2. Balance en tres áreas de la SSR para México e impacto de la COVID-19

El Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo tiene gran importancia para América Latina y el Caribe al representar un marco conceptual y operativo para alcanzar el desarrollo sostenible, siendo uno de sus temas prioritarios el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (Capítulo D) (CEPAL, 2013, 2018; CONAPO, 2016). Aunque México ha tenido avances sustantivos en varios indicadores en torno a la SSR desde la década del noventa, particularmente en lo concerniente al acceso a métodos anticonceptivos y salud materna, aún se observan rezagos importantes en indicadores como la fecundidad adolescente, en especial de las mujeres menores de 15 años, la Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción (NIA) y obstáculos para el acceso a servicios de aborto legal y seguro, como se mostrará de forma más detallada a continuación. Los rezagos señalados restringen el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente entre las mujeres, lo cual tenderá a exacerbarse como consecuencia de la pandemia por COVID-19, al desencadenar posibles retrocesos, en algunos de estos indicadores.

2.1 Fecundidad y anticoncepción

La fecundidad ha sido una preocupación persistente desde la década de 1970 en el país (Zavala, 2014). En un inicio, se consideró que elevadas tasas de fecundidad eran un obstáculo para alcanzar el desarrollo económico de los países debido a la magnitud del crecimiento poblacional, por lo que la inquietud frente a la disminución de la natalidad a través del uso de anticonceptivos modernos representó uno de los problemas demográficos más importantes desde los años setenta hasta los noventa (Welti, 2000).

En la actualidad, la fecundidad continúa en el centro del debate porque se espera que cada persona pueda tener el derecho a decidir libremente el número de hijos que desea tener y el momento para hacerlo. En ese sentido, una alta o baja fecundidad puede indicar que las parejas no están pudiendo cumplir con sus preferencias reproductivas.

En México, la fecundidad inició un descenso vertiginoso desde 1974, lo que generó una disminución en la tasa de crecimiento poblacional (Zavala, 2014; CONAPO, 2016). En la actualidad, la Tasa Global de Fecundidad TGF se encuentra en el nivel de reemplazo, con un valor de 2.1 hijos por cada mil mujeres en edad reproductiva⁵ para 2019 (cuadro 1). Y se estima que este descenso continúe hasta alcanzar un promedio de 1.88 hijos por mujer en 2030 (UNFPA y CONAPO, 2019). Sin embargo, la disminución de la fecundidad no ha ocurrido de la misma manera para todas las mujeres. Entre las adolescentes este declive se ha dado de manera paulatina. Datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) muestran un lento descenso en las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años entre 2000 y 2019, pasando de 77.8 hijos por cada 1000 mujeres a 68.5 en este período (cuadro 1).

Uno de los grandes avances en el abordaje y la medición de la fecundidad adolescente en los últimos años ha sido la consideración de la heterogeneidad del rango de edad que ésta abarca, ya que las motivaciones y los determinantes de un embarazo varían considerablemente según la edad (Mier y Terán y Llanes, 2020). Investigaciones recientes señalan que las adolescentes que se embarazan antes de los 15 años provienen de contextos de mayor pobreza y precariedad, en comparación de quienes lo hacen en edades posteriores (Pérez y Lugo, 2020); y pueden ser más vulnerables a situaciones de abuso sexual, cuando las diferencias de edad con la pareja se acrecientan⁶ (Meneses y Ramírez, 2018).

Las diferencias al interior del grupo de las adolescentes cobran particular relevancia al observar los niveles de la fecundidad por edad. La información disponible señala que aunque la fecundidad ha disminuido de manera importante para las adolescentes mayores (entre los 15 y 19 años), se ha incrementado para las menores de 15 años desde 1990 hasta 2018 (CONAPO, 2020b). La tasa específica de fecundidad para el grupo de edad de 10 a 14 años pasó de 1.57 a 2.15 nacimientos por cada mil adolescentes de este

⁵ Se refiere al nivel que la fecundidad debe mantener para asegurar el reemplazo de la población (CONAPO, 2020c).

⁶ Datos de la Encuesta Nacional de los Factores Determinantes del Embarazo Adolescente, ENFaDEA 2017 muestran que la mitad de las jóvenes de 20 a 24 años que experimentaron un primer embarazo entre los 10 y 14 años lo hicieron con parejas de entre 6 y hasta 10 años mayores que ellas (Pérez y Lugo, 2019), lo que implica relaciones de género asimétricas afectando la autonomía de las adolescentes y con ello actuar en detrimento de su salud sexual y salud reproductiva.

grupo etario entre 2000 y 2016. Y, al considerar a las adolescentes desde los 12 años, edad que coincide en promedio con el inicio de la menarca, este incremento es más acentuado, pasando de 2.60 a 3.55 nacimientos por cada mil para el grupo de 12 a 14 años (cuadro 1).

Cuadro 1. Indicadores de fecundidad.

Tasas específicas de Fecundidad adolescente por grupos de edad 2000-2019

Fecundidad Adolescente	2000	2016	2019
10-14 años	1.57	2.15	-----
12-14 años	2.60	3.55	
15-19 años	77.87	76.13	68.5

Fuente: Censo 2000, Intercensal 2015, Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050, CONAPO, Fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años, niveles, tendencias y caracterización, Secretaría General de CONAPO.

Notas: *La expresión de fecundidad en menores de 15 años se denomina razón y no tasa, pues se incluye en el denominador un universo poblacional donde no todas las mujeres han entrado en la edad fértil/ **Se calcula la Tasa Especifica de Fecundidad de 12 a 14 años tomando en consideración el supuesto de que son ellas quienes están más expuestas al riesgo de embarazo debido a su edad y se suprime del denominador a las niñas y adolescentes de 10 y 11 años ya que tienen aportación mínima al riesgo.

El nivel de la fecundidad guarda un vínculo con el uso de métodos anticonceptivos. Se considera que gran parte de la reducción en la fecundidad para el conjunto de las mujeres fue posible por la puesta en marcha de amplios programas de anticoncepción en el país, los cuales redujeron de manera importante las brechas de acceso a anticonceptivos para las mujeres (Zavala, 2014). Sin embargo, actualmente, más de una quinta parte de las mujeres sexualmente activas en edad fértil no usan métodos anticonceptivos modernos (28.0 por ciento); y, las adolescentes de 15 a 19 años tienen una prevalencia de uso más baja, respecto a los demás grupos de edad. Más de la mitad de las adolescentes sexualmente activas (57.3 por ciento) no utiliza métodos modernos de anticoncepción y los cambios en el tiempo han sido bastante reducidos (cuadro 2).

Cuadro 2. Indicador de anticoncepción.

Prevalencia anticonceptiva de mujeres sexualmente activas en edad fértil (15-49 años) por grupos de edad, 2014-2018

Prevalencia Anticonceptiva	2014	2018
Nacional	71.3	72.0
Sexualidad activa		
Grupos de edad	2014	2018
15-19	56.0	57.3
20-24	63.9	64.3
25-29	68.9	68.4
30-34	71.7	72.3
35-39	75.6	77.0
40-44	77.3	77.9
45-49	75.0	75.7

Descripción: Porcentaje de mujeres sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos.

Fuente: Conapo, 2020b. Embarazo adolescente en México.

Uno de los indicadores acordados para evaluar los avances de los ODS es el de la Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción (NIA), el cual indica la proporción de mujeres en edad reproductiva, unidas o sexualmente activas, con necesidades de planificación familiar no cubiertas. De acuerdo con Gayet y Juárez (2018), este indicador indica, de manera agregada, la proporción de mujeres que no están usando métodos anticonceptivos, pese a que sus preferencias reproductivas indican el deseo de uso de los mismos, sea para espaciar o para limitar los nacimientos.

Entre 2014 y 2018, la NIA se mantuvo sin cambios importantes, tanto para las mujeres unidas como para las solteras sexualmente activas, alrededor del 11 por ciento (cuadro 3). Gayet y Juárez (2018) señalan que este indicador en México se encuentra en un nivel intermedio, en comparación con otros países de América Latina y El Caribe, a pesar de que el país cuenta con un programa de anticoncepción desde hace varias décadas. Lo anterior, representa un rezago en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de acceso universal a los servicios de anticoncepción que se encuentran estipulados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley para la Igualdad entre Hombres y Mujeres y diversas normatividades entre las que sobresale la norma NOM-047-SSA-2015, de atención a la salud, orientación y consejería de métodos anticonceptivos para el grupo etario de 10 a 19 años (SEGOB, CONAPO y UNFPA, 2018).

Cuadro 3. Indicador de anticoncepción.

Necesidades Insatisfecha de Anticoncepción (NIA) en mujeres en edad fértil (15 a 49 años), 2014-2018

Sexualmente activas				
	2014		2018	
Nacional	10.9		11.1	
	Espaciar	Limitar	Espaciar	Limitar
	5.5	5.4	5.4	5.6
Grupos de edad	2014		2018	
15-19	28.0		27.6	
20-24	19.6		20.2	
25-29	13.5		14.5	
30-34	9.3		10.4	
35-39	7.3		7.4	
40-44	6.2		5.6	
45-49	4.3		4.2	
Unidades				
	2014		2018	
Nacional	11.4		10.8	
	Espaciar	Limitar	Espaciar	Limitar
	5.1	6.4	4.8	5.0

Fuente: Tabulador ENADID 2018 para años 2014 y 2018.

Al considerar las NIA de las mujeres solteras sexualmente activas por grupos de edad son las más jóvenes quienes tienen mayores desventajas en este indicador, las cuales parecen mantenerse en el tiempo, sobre todo para las adolescentes. En 2018, 27 de cada 100 adolescentes sexualmente activas, de entre 15 y 19 años, manifestaron una discrepancia entre sus preferencias y comportamiento reproductivo, lo que representa una disminución del 0.4 por ciento respecto de 2014. Entre las mujeres de 20 a 24 años, una quinta parte tuvo NIA en 2014, con un leve incremento en 2018 (cuadro 3).

La situación descrita resulta relevante por la implementación de programas para garantizar el acceso de la población adolescente a los métodos anticonceptivos desde 2001, cuando se puso en marcha la estrategia de otorgar Servicios Amigables para Adolescentes dentro del Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006 y, posteriormente en el período 2013-2018 el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (PAESSRA), cuyo objetivo era mejorar la calidad de los servicios de SSR entre los adolescentes e impulsar el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSa, 2015).

A los persistentes rezagos mencionados en torno a la anticoncepción, se suman las consecuencias inmediatas de la crisis sanitaria por COVID-19, particularmente sobre la NIA. Las alteraciones en las cadenas de suministros de anticonceptivos al inicio de la pandemia, los cambios en el funcionamiento del sistema de salud, la reducción de la demanda de anticonceptivos por temor al contagio y el confinamiento como medida de prevención, así como la disminución de los ingresos de las familias tienen efectos inmediatos sobre el acceso de la población a los métodos anticonceptivos, particularmente para las mujeres (UNFPA, 2020b).

Estimaciones realizadas para 12 países de América Latina, entre ellos México, sobre los Años Pareja Protegida (APP) que se perderían si no se tomaran medidas en el sector de salud, sugieren una caída estimada en el acceso a la anticoncepción de 1.4 a 3.9 millones de APP en el sector privado, siendo Argentina, Brasil y México los países donde se concentraría alrededor de tres cuartas partes de dicha pérdida (UNFPA, 2020b). Igualmente, al considerar las interrupciones que pueden presentarse en los servicios de salud en el sector público en México, se estimaron reducciones en la demanda de métodos anticonceptivos para las usuarias. Al considerar una interrupción moderada de 6 meses en los servicios del sector público 142,029 usuarias dejarían de abastecerse de métodos anticonceptivos, incrementándose en un 50 por ciento si las intermitencias duraran 12 meses (lo que representa 284,838 usuarias que no podrían abastecerse regularmente (UNFPA, 2020b).

Estimaciones del CONAPO plantean cambios potenciales en el comportamiento de la NIA en México durante la emergencia sanitaria para las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. Con un incremento moderado de la NIA (del 20 por ciento) se estima que habría 145,719 embarazos adicionales no planeados entre 2020 y 2021 que se podrían atribuir a la pandemia. Bajo este mismo escenario, entre las adolescentes de 15 a 19 años, con una NIA esperada del 29,6 por ciento para el 2020, se estima que la crisis sanitaria por la COVID-19 podría elevarla a 35.5 por ciento, lo cual representaría 115,167 adolescentes adicionales que desean evitar embarazos, pero no usan métodos modernos de anticoncepción y 21,575 embarazos no planeados adicionales en este mismo grupo de edad durante este mismo período (CONAPO, 2020b; Mejía *et al.*, 2020). Esto, resulta de gran relevancia en un contexto en el que la fecundidad adolescente tiene una contribución importante en la fecundidad general del país.

El incremento estimado de la NIA debido a la pandemia complejiza el camino para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de cara al logro de la agenda 2030 en materia de igualdad de género, salud y bienestar, al ser un indicador que representaba un desafío desde antes de la emergencia sanitaria, como se estipuló en la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en Lima-Perú en el 2018 (UNFPA, 2018) y un tema pendiente y prioritario en la Cumbre de Nairobi⁷ (ICPD, 2019).

⁷ En la Declaración de Nairobi se consideró que para el logro del acceso universal a la salud y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos era necesario la eliminación de la NIA y la disponibilidad universal de anticonceptivos modernos y de calidad (ONU, 2019).

Así, la COVID-19 no solamente obstaculiza el cumplimiento de los acuerdos suscritos por México en torno a la anticoncepción y las metas asociadas, sino que genera nuevas demandas y dificultades para que las mujeres puedan decidir plenamente el número de hijos e hijas que desean tener y el momento para hacerlo. Esto, puede tener consecuencias aun más severas para mujeres con poca autonomía económica, entre quienes enfrentan situaciones de abuso sexual o para quienes no logran consensuar sus preferencias reproductivas con las de sus parejas. Para estos grupos, las limitaciones en el acceso a los servicios de anticoncepción por la crisis sanitaria se yuxtaponen con otros factores propios de la desigualdad de género persistente en el país lo que agudiza los efectos de la COVID-19 al interior de las mujeres.

2.2 Salud materna

Un indicador que ha mostrado avances importantes en los años recientes es la mortalidad materna. Entre el 2005 y el 2016, la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó 47 por ciento (cuadro 4). Sin embargo, pese a este descenso, la meta propuesta en los ODM de reducción de la RMM a 22.2 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos para el 2015 no se logró y las brechas entre entidades federativas aún son considerables. Por ejemplo, Baja California reportó 36.5 defunciones maternas por cada 100 mil nacimientos frente a 64.9 defunciones para el caso de Chiapas, entre 2014 y 2016 (Cárdenas 2020a)⁸, por lo que este indicador continúa representando un tema pendiente en la agenda de derechos de salud reproductiva, estipulado en el Consenso de Montevideo y ratificado en la Cumbre de Nairobi (UNFPA y CONAPO, 2018; ONU, 2019) y que se ha visto afectado durante el transcurso de la pandemia por COVID-19.

La crisis sanitaria ha generado cambios en la manera en que se prestan los servicios y barreras en la atención y seguimiento de los y las pacientes (Lindberg, Bell y Kantor, 2020; UNFPA, 2020a). Durante el desarrollo de la pandemia se ha observado una disminución importante en la capacidad de atención de la SSR a nivel primario y secundario en países de ingresos medios y bajos (Hussein, 2020). Además, el temor al contagio por parte de las mujeres y las medidas de confinamiento tienden a desalentar la búsqueda de servicios de salud e interrumpir los seguimientos prenatales necesarios (Santos *et al.*, 2020; UNFPA, 2020b). Lo anterior, tiene graves repercusiones para las mujeres en el acceso a la atención prenatal y durante el parto (Santos *et al.*, 2020; UNFPA, 2020c) y se ve reflejado en el incremento en un 31.2 por ciento de la RMM durante la semana epidemiológica 42 de 2020, en comparación con la del año precedente. Sumado a esto, la COVID-19 se convirtió en la principal causa de muerte materna, con un 21.1 por ciento de las defunciones confirmadas (DGE, 2020) (cuadro 5).

⁸ Valores tomados de los indicadores de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en México.

Cuadro 4. Indicadores de Salud Materna.

Razón de mortalidad materna, RMM 2005, 2010 y 2016; partos atendidos por personal especializado 1990, 2000 y 2016, y porcentaje de mujeres cuyo parto terminó en cesárea, 2006, 2012 y 2018

Razón de Mortalidad Materna, RMM 2000-2016			
	2005	2010	2016
Nacional	54.0	44.1	36.7
Descripción: Defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos.			
Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.			
Fuente: SS. Base de datos del Subsistema de información sobre nacimientos, INEGI y SS. Base de datos de mortalidad (ODS, 2020).			
Partos atendidos por personal sanitario especializado, 1990-2016			
	1990	2000	2016
Nacional	76.7	87.1	98.0
Descripción: Proporción de partos atendidos por personal sanitario.			
Fuente: Avances en la Agenda 2030, Indicadores ODS.			
Porcentaje de mujeres de 20 a 49 cuyo parto terminó en cesárea, 2000-2018			
	2006	2012	2018*
Nacional	34.5	46.2	46.1
Descripción: Distribución porcentual de las mujeres de 20 a 29 años de edad cuyo último hijo nació vivo cinco años previos a la entrevista, según tipo de parto.			
Fuente: 2000 SSA-INSP. Encuesta Nacional de Salud Cuestionario de adultos, México, 2000, 2006 y 2012 ENSANUT 2006 y 2012, 2018 ENADID 2018.			
*Nota: La Enedid considera el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años acontecido entre enero de 2013 a octubre 5 de 2018, mientras que la información para los años anteriores contempla las mujeres de 20 a 49 años.			

Cuadro 5. Indicador de salud materna.

Número de defunciones maternas y Razón de Mortalidad Materna RMM por causa agrupada en el período de la pandemia por COVID-19, semana epidemiológica 42, 2019 y 2020

Defunciones maternas y Razones de Muerte Materna						
	Años de análisis					
	Semana 42 de 2019			Semana 42 de 2019		
	Total	RMM	%	Total	RMM	%
Total	553	30.9	100	726	44.9	100
Por causas agrupadas						
COVID-19	-	-	-	153	9.5	21.1
Hemorragia Obstétrica	106	5.9	19.2	123	7.6	16.9
Enfermedad hipertensiva, edema y proteunira	107	6	19.2	122	7.5	19.8
Aborto	52	2.9	9.4	46	2.8	6.3
Probable COVID19	-	-	-	40	2.5	5.5
Enfermedad del sistema respiratorio que complica el embarazo, parto y puerperio	34	1.9	6.1	30	1.9	4.1
Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio	32	1.8	5.8	28	1.7	3.9
Sepsis puerperal y otras infecciones	18	1	3.3	22	1.4	3
Otros traumas obstétricos	-	-	-	9	0.6	1.2
Embolia obstétrica	23	1.3	4.2	6	0.4	0.8
Otras causas	3	0.2	0.5	3	0.2	0.4
Trauma obstétrica	3	0.2	0.5	-	-	-
Mola hidatiforme	-	0.2	0.5	-	-	-
Muerte obstétrica de causa no especificada	4	0.2	0.7	2	0.1	0.3
Causas maternas indirectas no infecciosas	140	7.8	25.3	113	7	15.6
Causas maternas indirectas infecciosas	24	1.3	4.3	20	1.2	2.8
Sin clasificar	4	0.2	0.7	9	0.6	1.2

Fuente: Informes semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2020 y 2019 (DGE, 2020).

Las mujeres embarazadas se encuentran dentro de los grupos de riesgo que pueden desarrollar enfermedad grave por COVID-19, por lo que el Gobierno Federal clasificó los servicios de salud materna y perinatal como esenciales dentro de los Lineamientos para la Prevención y Mitigación de COVID-19 en la Atención, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida (SSa, 2020b). No obstante, en lo que va del año se observa una disminución en las consultas de seguimiento prenatal en un 44 por ciento durante la pandemia, al comparar el primer semestre de 2019 con el de 2020 (Vega, 2020). Esto puede tener un efecto en el incremento de las muertes maternas no solamente por la COVID-19, sino por otras causas

completamente prevenibles al no contar con el seguimiento prenatal apropiado durante la crisis sanitaria, el cual debe constar de cuatro consultas prenatales como mínimo, según recomendaciones de la OMS⁹ (CEPAL, 2018b).

El número de partos atendidos por personal especializado es otro de los indicadores de la salud materna que ha experimentado una mejora sustantiva en las últimas décadas, con un incremento del 21 por ciento entre 1990 y 2016 (cuadro 4). No obstante, los partos que terminan en cesárea se han incrementado en una quinta parte entre 2006 y 2018, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Shamah-Levy *et al.*, 2020). Para 2018, el 46.1 por ciento de las mujeres de 20 a 29 años, cuyo último hijo nació 5 años antes del levantamiento de la encuesta, experimentó un parto que terminó en cesárea (cuadro 4), lo cual rebasa el límite máximo recomendado por la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 del 20 por ciento en el total de los nacimientos (CDNH, 2016).

Esta situación sitúa a México entre los países con mayor número de nacimientos que ocurren por cesárea, con una de las tasas de parto por cesárea más elevadas en el mundo y disparidades sustantivas entre el sector privado y el público (Uribe-Leitz *et al.*, 2019). A esto, se suma un incremento en este indicador durante el transcurso de la crisis sanitaria por COVID-19. Datos preliminares del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud para 2020 sugieren que, por primera vez, los nacimientos por cesárea superaron a los partos por vía vaginal. Desde enero hasta agosto de 2020 los nacimientos por parto natural fueron 498,748, mientras que las cesáreas ascendieron a 508,402. Al mismo tiempo, la atención en los nacimientos en entidades privadas de salud se incrementó en 5 por ciento, mismo sector en el que se realizan el mayor número de cesáreas desde antes de la pandemia (Arteta, 2020).

Pese a que las cesáreas son procedimientos necesarios para prevenir la morbilidad materna y perinatal en los casos en los que se requiere, la OMS indica que el incremento de los nacimientos vía cesárea en los países tiene posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil. Un elevado porcentaje de cesáreas también puede constituir un indicador de una inadecuada atención a la salud reproductiva y deficiente calidad de la información que se le proporciona a las mujeres sobre las posibilidades en las que pueden ocurrir los nacimientos, así como los riesgos potenciales de cada una (OMS, 2015). Esta situación puede representar retrocesos en otros indicadores estipulados para el seguimiento del Consenso de Montevideo en su capítulo D de acceso universal a los servicios de SSR, tales como la proporción de mujeres en edad fértil que toman decisiones propias e informadas sobre la atención, que conoce sus derechos y las condiciones de acceso a la salud reproductiva (CEPAL, 2018b).

⁹ Las consultas prenatales deben cumplir con el criterio de la eficacia en los diferentes niveles de atención prenatal, la cual debe incluir los siguientes procedimientos: medición de la presión arterial, pruebas de orina, análisis de sangre y control de peso y altura (Cepal, 2018b).

2.3 Aborto

Una de las deudas en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en el acceso universal a los servicios de SSR entre las mujeres mexicanas es la interrupción legal de embarazo, pese a que el aborto seguro es parte de varias de las medidas prioritarias para contribuir al seguimiento del Consenso de Montevideo (CEPAL, 2018b).

El aborto en condiciones inseguras es la cuarta causa de muerte materna en el país (cuadro 5). A pesar de los avances normativos en algunas entidades federativas como la Ciudad de México y Oaxaca en donde existe la interrupción legal del embarazo por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación, 17 de las 32 entidades federativas tienen constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción, lo que criminaliza a las mujeres que interrumpen sus embarazos, Morelos, Baja California, Colima, Sonora, Quintana Roo, Guanajuato, Durango, Puebla, Nayarit, Jalisco, Yucatán, San Luis Potosí, Querétaro, Chiapas, Tamaulipas, Veracruz, Sinaloa y Nuevo León (GIRE, 2020a). La única causal legal considerada en todo el país para el aborto es cuando el embarazo fue producto de una violación sexual¹⁰, 24 estados lo permiten cuando está en peligro la vida de la madre y 16 si el producto tiene alteraciones congénitas o graves¹¹ (GIRE, 2020b). Fuera de las causales contempladas, dependiendo de la entidad federativa las mujeres que interrumpen sus embarazos pueden enfrentar una sanción penal desde 15 meses hasta 6 años, de acuerdo con la situación experimentada hasta el momento en que fue escrito el presente capítulo. Y, aunque las causales penales en la legislación de algunas entidades se han hecho más amplias, persiste un desconocimiento de las obligaciones por parte de las autoridades y personal de salud imponiendo a las mujeres requisitos y obstáculos para el acceso al aborto (GIRE, 2018).

La presión experimentada por los servicios de salud durante la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 también ocasiona fuertes repercusiones para acceder a abortos seguros entre las mujeres. Además de las implicaciones penales que tiene al aborto en gran parte del país, en la pandemia se suman otras problemáticas que obstaculizan aún más la posibilidad de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos y preferencias reproductivas. En la medida en que el aborto es penalizado en gran parte del país, las mujeres que desean interrumpir sus embarazos deben trasladarse a aquellas entidades en las que sí es posible, lo cual puede resultar riesgoso y complicado para algunas de ellas.

Las dificultades en la movilidad y el miedo al contagio complejizan aún más la decisión — de por sí difícil de tomar ante las restricciones normativas y las sanciones sociales que esto implica— de interrumpir el embarazo, pues el tiempo es un factor decisivo (Observatorio de Género y COVID-19, 2020).

10 De estas, 10 entidades requieren autorización, 12 establecen un plazo para llevarlo a cabo y 11 requieren de una denuncia previa (GIRE, 2018).

11 Estos estados son: Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas.

3. Reflexiones finales

Uno de los efectos de la pandemia por COVID-19 para las mujeres es la limitación en el acceso universal a los servicios en salud sexual y reproductiva (Correa y Huamán, 2020; Tang *et al.*, 2020; Wenham, Smith y Morgan, 2020). A nivel institucional se presentan irrupciones, discontinuidades y restricciones en los servicios de salud, así como el desvío de recursos y personal a la atención de los pacientes con COVID-19. Desde el nivel individual, las mujeres experimentan temor al contagio y restricciones en la movilidad como una medida de confinamiento para mitigar la propagación del virus. Ambas situaciones afectan de manera considerable tres de las áreas prioritarias de la salud sexual y reproductiva, como lo son la fecundidad y la anticoncepción, la salud materna y la interrupción del embarazo. Este panorama puede representar retrocesos considerables para garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos entre las mujeres mexicanas, con rezagos sustantivos en algunos indicadores contemplados en este trabajo, y señalados en el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, tales como la fecundidad adolescente, la necesidad no satisfecha de anticoncepción, la mortalidad materna, la atención prenatal y la interrupción del embarazo (CEPAL, 2013), por lo que el alcance los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los próximos 10 años también puede verse limitada (ONU, 2020a).

Desde antes de la pandemia, los obstáculos en el acceso a métodos anticonceptivos, particularmente para las mujeres más jóvenes, instan al diseño de programas de anticoncepción que consideren las necesidades y especificidades dentro del conjunto de las mujeres, como se visibiliza en varias de las medidas prioritarias para el seguimiento del Consenso de Montevideo del capítulo D, tales como las medidas 35, 37, 42, 46, en las cuales se tienen en cuenta las particularidades de los y las adolescentes y jóvenes respecto al acceso a información, métodos de anticoncepción y servicios de salud sin discriminación alguna (CEPAL, 2018b).

Aunque la crisis sanitaria obliga a repensar estrategias para enfrentar las Necesidades Insatisfechas de Anticoncepción (NIA) de todas las mujeres; los rezagos en este indicador, anteriores a la pandemia, para las mujeres menores de 20 años reflejan deficiencias en el otorgamiento de estos servicios para este grupo de edad (Cárdenas, 2020b), lo cual implica retos particulares para las adolescentes en la coyuntura actual.

Los cambios en las dinámicas individuales y familiares con el desarrollo de la pandemia impactan la manera en que todas las personas experimentan la sexualidad. Las medidas de distanciamiento social han transformado la intimidad de las parejas y sus prácticas sexuales haciendo más fuertes los rezagos existentes en torno a la SSR o bien, propiciando la emergencia de nuevas necesidades diferenciadas por grupos poblacionales (Barbee *et al.*, 2020; Döring 2020; Lindberg, Bell y Cantor, 2020; Pereira *et al.*, 2020).

En materia de acceso a métodos anticonceptivos se han propuesto algunas acciones para aminorar el impacto de la crisis sanitaria sobre la prevalencia de uso, tales como el suministro por adelantado de dichos métodos (de varios meses) ante la reducción de la movilidad de las usuarias, suministros en los hogares; la promoción de anticonceptivos de larga duración, facilidades en el acceso a anticonceptivos de emergencia y orientación telefónica de calidad (Observatorio de Género y COVID-19, 2020a). Sin embargo, para la población más joven algunas de estas propuestas resultan inviables debido a las persistentes sanciones sociales y familiares frente al uso de métodos anticonceptivos y los tabúes que persisten alrededor de la vida sexual de los y las adolescentes por parte de padres y/o tutores.

Aunque la Secretaría de Salud está llevando a cabo acciones para proporcionar alrededor de 113 mil tratamientos de anticoncepción de emergencia y así abastecer a 2,777 Servicios Amigables para Adolescentes en el país, al tiempo que se habilitaron acuerdos para difundir información sobre anticoncepción en tiempos de pandemia (SIPINNA, 2020), el reto verdadero es que los y las adolescentes acudan a los servicios amigables para acceder a los métodos anticonceptivos, ya que desde antes de la pandemia la asistencia a dichos servicios era limitada. Y, en muchos casos ocurre hasta después del nacimiento del primer hijo. Lo anterior impone retos centrales para acercar la información sobre SSR a esta población a través de medios digitales, en un país en el que alrededor de una cuarta parte de las mujeres (24.6 por ciento) y una quinta parte de los varones (21.4 por ciento) de entre 6 a 14 años no ha utilizado ninguno de los dispositivos básicos de las tecnologías de la información y comunicación¹², y más de la mitad de la población de 15 años y más no sabe utilizar una computadora (Inmujeres, 2016).

El efecto de la pandemia sobre la NIA entre la población adolescente, de 10 a 19 años, tendrá repercusiones, a su vez, sobre la ocurrencia de embarazos no planeados, incrementando así los costos del embarazo adolescente para el país a nivel individual, familiar e institucional. En el primer caso, el embarazo adolescente tiene repercusiones en las dimensiones educativa, laboral y percepción de ingresos, salud y seguridad social de las mujeres. También, se estima que anualmente México pierde 6,529 años de vida potencial y 5,151 años de vida productiva como consecuencia de las muertes relacionadas con el embarazo y el parto entre las adolescentes (UNFPA, 2019).

Estos costos se verán exacerbados por el impacto económico y social de la pandemia y las limitaciones que ésta supone en materia educativa como el rezago y la deserción escolar. La Secretaría de Educación Pública (SEP) estimó una deserción de entre 10 y al 8 por ciento en el nivel básico y superior, respectivamente, desde el inicio de la pandemia.¹³ La crisis sanitaria a su vez ha tenido repercusiones sobre la asistencia escolar de las y los adolescentes por el cierre de escuelas, lo que puede tener efectos a su vez sobre los proyectos de vida de las y los jóvenes, acelerando la decisión de un embarazo y de conformación familiar que de por sí ya son proyectos de vida deseados para una parte importante de los mismos ante la ausencia de otras opciones de vida durante la juventud.

¹² Entre estos se consideran los siguientes: computadora conexión a internet; así como equipamiento de telefonía, radio y televisión (Inmujeres, 2019).

¹³ Información publicada en Animal Político y disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/08/sep-desercion-educacion-covid/>

La tendencia creciente, de los últimos años, de la fecundidad entre las adolescentes menores de 15 años representa desafíos importantes en materia de acceso a anticonceptivos; pero, sobre todo, de desarrollo de proyectos de vida más allá de la maternidad, y legislaciones más fuertes para enfrentar el abuso sexual contra las niñas y las adolescentes, formas de violencia que se han exacerbado durante la crisis sanitaria (OnuMujeres, 2020b). A su vez, la pandemia desatada por la COVID-19 invita a considerar estrategias de incorporación y participación de los hombres en lo concerniente a la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos considerando los diferentes grupos etarios, lo cual constituye una de las recomendaciones persistentes en los informes de seguimiento para la implementación del Consenso de Montevideo (SEGOB, CONAPO y UNFPA, 2018).

Definitivamente, es necesario resaltar la contribución de la partería en tiempos de pandemia como una estrategia que puede aminorar la morbimortalidad materna (ONU, 2020b). Ante la saturación de los sistemas de salud, la revalorización de la partería es fundamental para enfrentar los obstáculos en el acceso a los servicios prenatales y durante el parto, y una estrategia que puede proporcionar confianza a las mujeres y aminorar los riesgos de contagio.

Garantizar el acceso a un aborto seguro y a la atención postaborto adecuada es fundamental en tiempos de pandemia, no solo por el incremento de las necesidades insatisfechas de anticoncepción en este período, sino también por las situaciones de violencia y abuso sexual a las que se encuentran expuestas las mujeres (OnuMujeres, 2020). Los servicios ambulatorios, la agilidad en la prestación del servicio, y el tratamiento con medicamentos usando dosis adicionales son algunas propuestas para mejorar los servicios en los lugares donde la interrupción del embarazo es legal (IPAS, 2020).

La pandemia también obliga a repensar las maneras en que se capta la información sobre SSR en el país. Para poder medir el impacto de la COVID-19 frente al acceso universal a los servicios de SSR es imperativo reflexionar sobre fuentes de información alternativas, que faciliten el seguimiento de las personas en el tiempo mediante mecanismos digitales, registros hospitalarios u otras estrategias salvaguardando el anonimato y garantizando la protección de la información. Al mismo tiempo es preciso contar con fuentes de información, particularmente encuestas, de naturaleza longitudinal para poder captar información adicional sobre acceso a servicios en SSR durante las distintas etapas de la pandemia.

Bibliografía

Arteta, I. (2020). Más cesáreas que partos naturales en México. Por la pandemia, el sector salud deja a las mujeres sin opción a elegir, en <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion> [2 de noviembre de 2020].

Barbee, L. *et al.* (2020). “Sex in the time of Covid”: clinical guidelines for sexually transmitted disease management in an era of social distancing, *Sexually Transmitted Diseases*, 47 (7), 427-430.

Camara *et al.* (2017). Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 111, 22–29.

Cárdenas, R. (2020a). A 25 años de El Cairo, la cumbre de Nairobi y la agenda de población para México, *Coyuntura Demográfica*, 17, 17-27.

Cárdenas, R. (2020b). De bastidores y concreciones: anticoncepción, fecundidad en la adolescencia y el incumplimiento del derecho a la planeación de la reproducción, *Coyuntura Demográfica*, 18, 29-35.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) (2020). Informes Covid-19. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe, en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf [07 de septiembre de 2020].

Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL (2013). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf [10 de septiembre de 2020].

Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL (2018a). El Consenso de Montevideo. Tercera Reunión de la Conferencia Regional Sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/pages/files/hoja_informativa_consenso_de_montevideo_esp.pdf [10 de septiembre de 2020].

Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL (2018b), Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43622/S1800405_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [27 de noviembre de 2020].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CDNH (2020). Programa Especial de Sexualidad, salud y VIH, en <https://www.cndh.org.mx/programa/36/programa-especial-de-sexualidad-salud-y-vih> [10 de septiembre de 2020].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CDNH (2018). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos, en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/40_Cartilla-Derechos-sexuales-reproductivos.pdf [10 de septiembre de 2020].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CDNH (2016). 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, en <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf> [10 de septiembre de 2020].

Consejo Nacional de Población, CONAPO (2020a). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), en <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea> [15 de septiembre de 2020].

Consejo Nacional de Población, CONAPO (2020b). Embarazo adolescente en México. ¡Niñas sí, madres no! Embarazo temprano, una consecuencia de la violencia de género, CONAPO, Secretaría de Gobernación.

Consejo Nacional de población, CONAPO (2020c). Glosario, en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Glosario_CONAPO [23 de diciembre de 2020]

Consejo Nacional de Población, CONAPO (2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf [15 de octubre de 2020].

Correa, M. y Huamán, T. (2020). Impacto del Covid-19 en la salud sexual y reproductiva, *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 5(2), 4-7.

Davies, S. y Bennett, B. (2016). A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies, *International Affairs*, 92 (5), 1041–1060.

Diario Oficial de la Federación (2020). ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. DOF:31/03/2020.

Dirección General de Epidemiología, DGE (2020). Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna. Semana epidemiológica 42, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/586178/MM_2020_SE42.pdf [15 de octubre de 2020].

Döring, N. (2020). How is the COVID-19 pandemic affecting our sexualities? An overview of the current media narratives and research hypotheses, *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2765–2778.

Shamah-Levy, T. *et al.*, (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales, en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf, [15 de octubre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2020a). Atención en salud sexual y reproductiva y planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y El Caribe, Resumen Técnico Interino, en https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3-Covid-SSRyPF_ESP%20%281%29.pdf [02 de septiembre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2020b). El impacto de covid-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe, Informe Técnico, en https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf [17 de octubre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2020c). Preparación y respuesta a la enfermedad del Coronavirus (COVID-19), Resumen Técnico Provisional, en <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf> [13 de octubre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2020d). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México, en <https://mexico.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-adolescentes-en-m%C3%A9xico> [28 de noviembre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA y Consejo Nacional de Población, CONAPO (2019). Avances, desafíos y oportunidades a nivel estatal rumbo a la Conferencia Internacional sobre LA Población y EL Desarrollo +25: República Mexicana, en <https://mexico.unfpa.org/es/publications/avances-desaf%C3%ADos-y-oportunidades-nivel-estatal-rumbo-la-conferencia-internacional-sobre> [26 de noviembre de 2020].

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2018), Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en <https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CRPD%20UNFPA%20version%20impresa.pdf>, [13 de noviembre de 2020].

Gayet, C. y Juárez, F. (2018). Estimación de las Necesidades No Satisfechas de Anticoncepción en México a través de la ENADID 2014, *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 9(2), 54-65.

Gobierno de México (2020). Jornada Nacional de Sana Distancia, en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf [28 de octubre de 2020].

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE (2020a), Plataforma de consultas. Constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción, en <https://gire.org.mx/consultations/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/> [20 de octubre de 2020].

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE (2020b), El aborto en los códigos penales, en <https://gire.org.mx/plataforma/causales-de-aborto-en-codigos-penales/> [26 de octubre de 2020].

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE (2018). La pieza faltante. Justicia reproductiva, GIRE, en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/JusticiaReproductiva.pdf> [26 de diciembre de 2020].

Hussein, J. (2020). COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28 (1), 1–3.

Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2019). Hombres y Mujeres en México 2019, en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf, [15 de octubre de 2020].

Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres (2016). Uso de las Tecnologías de la Información y la comunicación en México, *Boletín Desigualdad en Cifras*, 2 (12), en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN12_2016.pdf, [28 de noviembre de 2020].

Ipas (2020). Aborto Seguro. Un servicio esencial durante la pandemia por COVID-19, en <https://blog.ipasmexico.org/aborto-seguro-un-servicio-esencial-durante-la-pandemia-por-covid19/> [3 de noviembre de 2020].

Lindberg, L., Bell, D y Kantor, L. (2020). The Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Young Adults During the COVID-19 Pandemic, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52 (2), 75-79.

Mejía, G. et al. (2020). Embarazo en la adolescencia, uso de métodos anticonceptivos y retos ante la pandemia por COVID-19, *Gaceta INSP*, 4 (3), 18-21.

Meneses, E. y Ramírez, M. (2020). Niveles y tendencias de la fecundidad en niñas y adolescentes de 10 a 14 años en México y características de las menores y de los padres de sus hijos e hijas, a partir de estadísticas vitales de nacimiento de 1990 a 2016, *Notas de Población*, 106, 117-152.

Mier y Terán Rocha, M. y Llanes, N. (2020). “El embarazo en adolescentes mexicanas entre el deseo y la ambivalencia”. En F, Pérez y M. Lugo (coords.), *Los Claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo*, Ciudad de México: UNAM, Editorial Orfila.

Neetu, J. et al., (2020). Lessons never learned: Crisis and gender-based violence, *Developing World Bioeth*, 20 (2), 65–68.

Observatorio de Género y Covid (2020a), Acceso a anticonceptivos en <https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/acceso-a-anticonceptivos/>, [31 de octubre de 2020].

Observatorio de Género y Covid (2020b), Aborto seguro, en <https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/aborto-seguro/> [02 de noviembre de 2020].

OnuMujeres (2020a), COVID-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis, en <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/03/briefing%20coronavirusv1117032020.pdf?la=es&vs=930> [28 de octubre de 2020].

OnuMujeres (2020b), Covid y violencia contra las mujeres y las niñas: abordar la pandemia en la sombra, en <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-es.pdf?la=es&vs=1351>, [4 de octubre de 2020].

Organización de las Naciones Unidas ONU (2020a), Objetivos de Desarrollo Sostenible, en <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/> [2 de noviembre de 2020].

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2020b), Las parteras: las heroínas anónimas en la primera línea de respuesta a la crisis de la COVID-19, en <https://www.onu.org.mx/las-parteras-las-heroinas-anonimas-en-la-primera-linea-de-respuesta-a-la-crisis-de-la-covid-19/> [2 de noviembre de 2020].

Organización de las Naciones Unidas (2019). Declaración de Nairobi sobre la CIPD25: adelantando la promesa, en <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Declaraci%C3%B3n%20de%20Nairobi%20sobre%20la%20CIPD25%20-%20Adelantando%20la%20promesa.pdf> [27 de noviembre de 2020].

Organización de las Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf [2 de septiembre de 2020].

Organización Mundial de la Salud, OMS (2015), Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=9D4CB517BA6F57ED11F2E4415DDA0927?sequence=1 [2 de noviembre de 2020].

Organización Panamericana de la Salud OPS (2020), La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas, en <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no> [25 de noviembre de 2020].

Pereira G. et al. (2020). COVID-19 and sexuality: reinventing intimacy, *Archives of Sexual Behavior*, 49 (8). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01796-7>.

Pérez, B. y Lugo, M. (2020). "Contextos sociales, reproductivos y de pareja que delimitan los embarazos en mujeres menores de 15 años: un análisis comparativo entre etapas de la adolescencia". En F, Pérez y M. Lugo (coords.), *Los Claroscuros del embarazo en la adolescencia. Un enfoque cuantitativo*, Ciudad de México: UNAM, Editorial Orfila.

Perez, F. y Lugo, M. (2019). Nupcialidad en la adolescencia y su relación con el embarazo. México: UNAM-ENTS y Fundación Gonzalo Río Arronte, en <http://www.trabajosocial.unam.mx/enfadae/> [12 de noviembre de 2020].

Santos et al. (2020). Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic, *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 13 (6), 615-622.

Secretaría de Salud (2020a), Lineamientos para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19, en https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf [28 de octubre de 2020].

Secretaría de Gobernación, Segob, Consejo Nacional de Población, CONAPO y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Unfpa (2018). Informe Nacional de Avance en la Implementación de Consenso de Montevideo, en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/358837/InformeNacionalAvanceConsensoMontevideo.pdf> [25 de octubre de 2020].

Secretaría de Salud (2020b). Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, en https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Prevenccion_COVID19_Embarazos.pdf en [28 de octubre de 2020]

Secretaría de Salud (2015), Marco Normativo y Jurídico del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. CNEGSR, en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/marco-normativo-y-juridico-del-programa-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes-cnegsr> [2 de noviembre de 2020].

Sistema Nacional de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes, SIPINNA (2020). Acciones indispensables para la atención y protección integral de niñas, niños y adolescentes en el contexto del Covid-19. Primer informe de avance y resultados Administración Pública Federal en, <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/primer-informe-avances-en-acciones-indispensables-para-atencion-y-proteccion-integral-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-contexto-covid-19> [3 de noviembre de 2020].

Tang, K. et al., (2020). Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID- 19) outbreak, *Reproductive Health*, 17 (59), 1-6.

Universidad de Johns Hopkins (2020). Coronavirus Resource Center, en <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [25 de noviembre de 2020].

Uribe-Leitz, T. et al. (2019). Trends of caesarean delivery from 2008 to 2017, Mexico, *Bull World Health Organ*, 97, 502–512.

Vega, M. (2020), Muerte materna aumenta 46% por pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales, en <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/muerte-materna-aumenta-covid>, [2 de noviembre de 2020].

Welti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México, *Papeles de Población*, 6 (26), 43-87.

Wenham, C., Smith, J. y Morgan, R. (2020), COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *The Lancet*, 395, 846-848.

Zavala, M. (2014). “La transición demográfica de 1895-2010: ¿una transición original?”, en: Rabell, C. (coord.), *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, Fondo de Cultura Económica.

La vulnerabilidad de la igualdad de género en el contexto del COVID-19.

Evidencias desde México

Irene Casique ¹

Sonia M. Frías ¹

Introducción

La pandemia del COVID-19 ha impactado de manera particularmente severa y profunda a las mujeres de todo el mundo. Algunos datos ya disponibles no dejan lugar a dudas sobre esta realidad. Un reporte publicado por CARE International, en septiembre 2020, con información recabada entre más de 6,000 mujeres de 40 países, indica que para el 55% de las mujeres encuestadas, el COVID-19 ha representado la pérdida de su ingreso laboral, frente al 34% de los hombres; para el 41% de las mujeres ha significado la carencia de comida, respecto al 30% de los hombres, y el 27% de las mujeres han visto afectada su salud mental, comparadas con el 10% de los hombres. Adicionalmente, el 14% de las mujeres y el 11% de los hombres señalaron a la violencia de género como una de las consecuencias del COVID-19 en sus vidas (CARE, 2020).

Un elemento que profundiza las desigualdades de género ante la crisis sanitaria es que las mujeres no pueden participar e influir con la misma magnitud que los hombres, en la toma de decisiones frente a la pandemia y, por lo tanto, se limitan las posibilidades de que los problemas particulares sean debidamente abordados (UNFPA, 2020).

En México, los datos recabados en encuestas y registros administrativos desde marzo de 2020 hacen evidentes diversos efectos de la pandemia sobre las mujeres. Por ejemplo, hay una reducción significativa de la participación laboral, la cual pasa del 45.6% en enero 2020 al 36.4% en abril 2020. Además, hay un aumento sostenido de diversas expresiones de violencias de género como los feminicidios y la violencia familiar. Cifras como estas hacen evidente que el COVID-19 amenaza con revertir los avances logrados durante las décadas pasadas en términos de la igualdad de género. No solo hay un impacto de manera

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

directa en las condiciones de vida de las mujeres y las niñas, sino también se han alterado las prioridades de las agendas políticas en el mediano plazo.

Este capítulo tiene dos objetivos centrales. Por un lado, documentar algunos efectos de la pandemia en la vida de las mujeres en México y, por otro, reflexionar sobre la vulnerabilidad de la igualdad de género en el contexto del COVID-19 a la luz de los principales acuerdos aprobados en el Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo. Por ello, estructuramos este capítulo en tres secciones. En primer lugar, hacemos una breve síntesis de los planteamientos fundamentales del Consenso de Montevideo en torno al género; en segundo lugar, revisamos las consecuencias directas del COVID-19 para las mujeres en términos laborales, trabajos del hogar y de cuidados y violencia de género; y en tercer lugar, a la luz tanto de los efectos inmediatos de la pandemia como de las acciones planteadas por el Gobierno mexicano, evaluamos los riesgos que se plantean a la agenda de género en el contexto de la pandemia y en los años subsiguientes.

1. Planteamientos fundamentales de la Agenda de Montevideo en torno al género

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo representa el compromiso regional (de América Latina y el Caribe) de refrendar la vigencia de los objetivos y las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) aprobado en El Cairo en septiembre de 1994. Con base en ellos, traza la ruta de acciones necesarias para alcanzar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas-CEPAL, 2017).

En el Consenso de Montevideo, se plantearon nueve temas prioritarios que intentan dar seguimiento a los acuerdos planteados en la Conferencia del Cairo de 1994. En torno a la igualdad de género, los países participantes acordaron, entre múltiples tareas, impulsar acciones preventivas de todas las formas de violencia hacia las mujeres y las niñas; incrementar la representación de las mujeres en los espacios de participación política; garantizar la corresponsabilidad del Estado y la sociedad civil, y por supuesto de los hombres, en los trabajos domésticos y de cuidado; promover y asegurar la aplicación de la perspectiva de género y su intersección con la raza, la etnia, la edad, la clase social y la condición de discapacidad en todas las políticas públicas, e impulsar y fortalecer políticas públicas de igualdad laboral.

El Consenso de Montevideo reconoce diversos nudos estructurales que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres en la región de América Latina y el Caribe: i) la desigualdad socioeconómica y la persistencia de la pobreza; ii) los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos y el predominio de la cultura del privilegio; iii) la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado, y iv) la concentración del poder y las relaciones de jerarquía en el ámbito público.

Adicionalmente, un elemento central en el Consenso de Montevideo es el reposicionamiento del Estado como actor clave y fundamental para el desarrollo de las políticas de igualdad que permitan asegurar los derechos humanos y la autonomía de las mujeres. En este sentido, los Estados participantes adquirieron un compromiso ineludible que compromete a todos los niveles y órganos de gobierno (Naciones Unidas-CEPAL, 2017).

En el marco de la pandemia del COVID-19 y de las amplias consecuencias que tiene sobre las mujeres —y ante el peligro inminente de un retroceso de los avances logrados en materia de derechos—, los objetivos, acuerdos y compromisos refrendados en el Consenso de Montevideo representan una guía fundamental para orientar las acciones y políticas frente a la crisis sanitaria, de manera que las mismas garanticen el ejercicio de los derechos y la igualdad de género.

2. Consecuencias directas e inmediatas del confinamiento por COVID-19 en torno a las desigualdades de género en México

La pandemia y las medidas adoptadas para enfrentarla, como el confinamiento en los hogares, suspensión de actividades laborales no fundamentales, y establecimiento de actividades educativas a distancia, han planteado un escenario en el que las mujeres han tenido que asumir una sobrecarga excepcional de dificultades y tareas. Ante ello, el Estado requiere promover y visibilizar medidas extraordinarias de apoyo y atención frente a las nuevas circunstancias con el fin de evitar innumerables consecuencias inmediatas y subsiguientes en el bienestar de las mujeres.

En el marco de este capítulo revisaremos tres dimensiones de las vidas de las mujeres afectadas de manera inmediata y severa por la pandemia: la inestabilidad laboral, el incremento de la carga de trabajo doméstico y de cuidados, y el aumento de violencia familiar y hacia las mujeres en los hogares.

2.1 Inestabilidad laboral y reducción de la participación laboral de las mujeres

A nivel individual, la participación de las mujeres en actividades laborales remuneradas ha sido vinculada con incrementos en los niveles de autonomía y empoderamiento en general (Casique, 2018) y a mayor toma de decisiones al interior de los hogares, y a nivel social, con menores porcentajes de hogares en pobreza en los distintos países (Nieuwenhuis et al, 2018 citado por Sánchez, 2019, p.26).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Telefónica sobre COVID-19 y Mercado Laboral (ECOVID-ML) (INEGI, 2020), para finales de abril, después de un mes de confinamiento, en alrededor del 30% de los hogares en México algún integrante había perdido su empleo y en el 65% de los hogares se había reducido el ingreso.

Un primer efecto relevante de la pandemia en la participación laboral de las mujeres en México es que a raíz del confinamiento su participación ha pasado del 45% durante el primer trimestre de 2020 al 40% en septiembre del 2020 (ver cuadro 1). Esta reducción del 5% en la tasa de participación laboral de las mujeres en México representa un retroceso de 15 años (considerando que fue alrededor de 2005 cuando dicha tasa alcanzó, igual que hoy, un valor del 40%).

Si bien la reducción en la participación laboral ha afectado tanto a mujeres como a hombres, ha sido proporcionalmente mayor entre las mujeres. Lo anterior se traduce en una ampliación de la brecha de participación laboral entre hombres y mujeres que para inicios de año era 31.47 puntos y para septiembre asciende a 32.5 puntos. Sin embargo, el aumento de la desigualdad laboral no ha sido proporcional en todos los estratos socioeconómicos. Hay mayor participación laboral de las mujeres en sectores de la población con mayor nivel socioeconómico (Pacheco y Sánchez, 2012), por lo tanto, la reducción de participación laboral ha sido aún mayor entre las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos.

Por otra parte, el desplome económico asociado a la pandemia está afectando de manera particular a aquellos sectores laborales en los que las mujeres participan. Las mujeres mexicanas están sobrerrepresentadas en muchas de las industrias más golpeadas por el cese de actividades a causa del COVID-19: servicios de alimentación, las micro-empresas e industria del entretenimiento, así como en algunos sectores de la economía informal, como el trabajo doméstico y el trabajo subordinado no remunerado.

a) Información con base en diversas encuestas de trabajo y empleo del INEGI durante 2020

Es un hecho que la informalidad laboral se incrementa durante periodos de crisis económica y probablemente esto es lo que observaremos en los años inmediatos. No obstante, las primeras cifras sobre informalidad laboral disponibles este año evidenciaron que la tasa de informalidad de las mujeres se habría reducido entre el primer semestre del 2020 y junio del 2020 como resultado de una salida temporal de la población informal del mercado de trabajo que se habría sumado a la población económicamente inactiva (ver cuadro 1) (INEGI, 2020a). De manera similar a lo ocurrido en múltiples países en los que las mujeres han experimentado mayor riesgo de desempleo y de reducción de horas de trabajo durante la pandemia (Reichelt *et al.*, 2020), en México se ha observado un incremento de la población de mujeres económicamente activas desocupadas, la cual ha pasado del 2.64% en el primer trimestre de 2020 al 8.35% en abril del mismo año, es decir, más del triple del valor antes de la pandemia (ver cuadro 1). Para los meses de junio y septiembre los porcentajes de desocupación eran del 4.8% y el 4.5% respectivamente, muy por encima del nivel que tenía la desocupación laboral de las mujeres antes de la pandemia. Cabe destacar que para los hombres también ocurrió un incremento significativo de la población desocupada, que empezó a reducirse más tardíamente que para las mujeres, después de junio del 2020, aunque para septiembre era todavía más de tres veces mayor que la de inicios de año.

Cuadro 1. Algunos indicadores estratégicos de ocupación y empleo por sexo en México, 2020

	1er Trimestre 2020		Abril 2020		Junio 2020		Septiembre 2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total								
Población desocupada	1.54	2.64	4.35	8.35	5.92	4.84	5.44	4.51
Jornada laboral de menos de 15 horas	3.45	10.06	14.00	23.27	5.62	14.06	4.23	11.57
Jornada laboral de menos de 35 horas	17.52	33.99	35.20	48.60	26.14	36.77	20.72	35.27
Sector terciario	51.73	79.22	56.93	77.64	nd	nd	52.23	78.49
Ingreso hasta un salario mínimo	17.70	30.22	nd	nd	nd	nd	19.67	29.50
Tasas calculadas contra la población en edad de trabajar								
Tasas de participación	76.41	44.94	nd	nd	68.05	39.70	72.71	40.18
Tasas calculadas contra la población ocupada								
Tasa de ocupación en el sector informal 1 (TOSI1)	26.76	28.92	nd	nd	24.44	24.89	26.74	28.02
Tasa de informalidad laboral 1 (TIL1)	55.51	56.95	nd	nd	53.72	51.97	55.18	54.43

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Primer trimestre 2020.

INEGI. Encuesta Telefónica sobre COVID-19 y Mercado Laboral (ECOVIM ML), abril 2020.

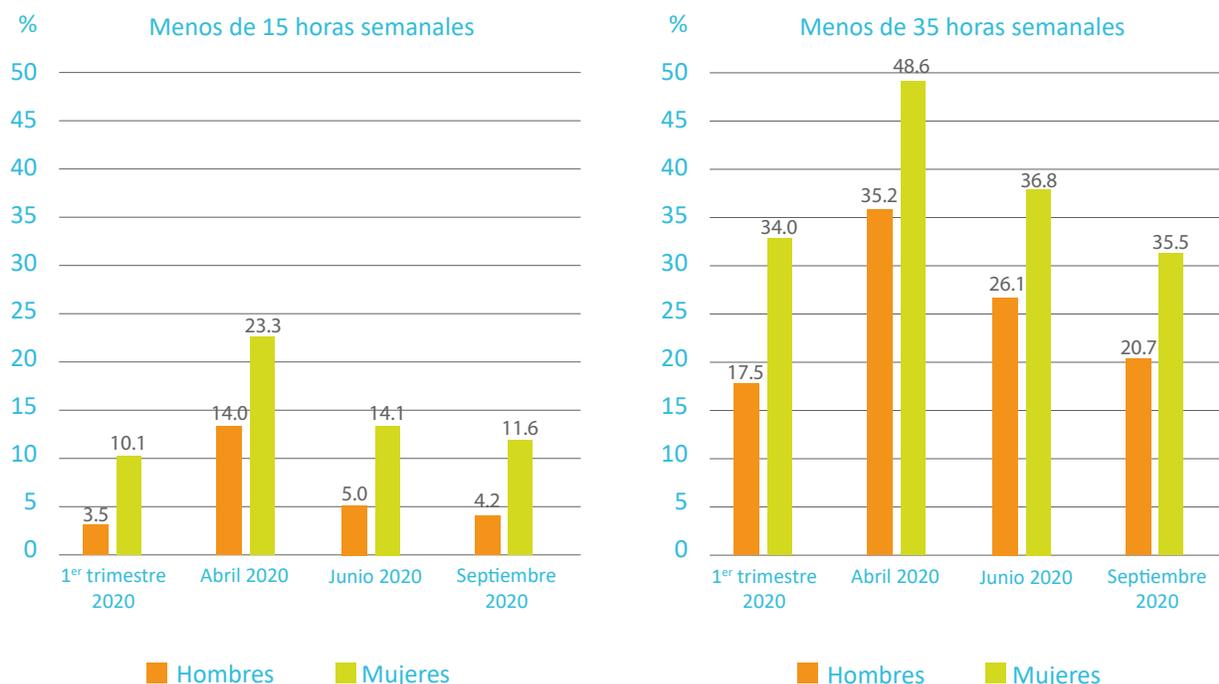
INEGI. Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE), junio 2020.

INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOEN), septiembre 2020.

nd = no disponible en los tabulados

Entre aquellas mujeres que se han mantenido insertas en el mercado laboral durante la pandemia, una consecuencia notable ha sido la reducción de horas de trabajo extradoméstico a la semana. Ello se observa en los cambios ocurridos a lo largo del año en el porcentaje de mujeres que trabajan medias jornadas laborales. Como se puede observar en el cuadro 1 y en la gráfica 1, para el primer trimestre de 2020, el porcentaje de mujeres que trabajaban menos de 15 horas a la semana era del 10.1% y el porcentaje de las que trabajaban menos de 35 horas a la semana era del 34%; un mes después, en abril, estos porcentajes se dispararon al 23.3% y al 48.6%, respectivamente. Progresivamente, para junio y septiembre, los datos muestran una disminución paulatina que hace evidente que el impacto más fuerte, en términos de reducción de horas laborables, tuvo lugar en los primeros meses de la pandemia, pero que aún está presente.

Gráfica 1. Duración de la jornada laboral antes y durante la pandemia del Covid-19, según sexo, 2020



Fuente: INEGI, ENOE, Primer trimestre 2020; ECOVID ML, abril 2020; ETOE, junio 2020 y ENOE, septiembre, 2020.

Ya desde antes de la pandemia, las mujeres mexicanas podían destinar un número significativamente menor de horas a la semana para el trabajo remunerado que los hombres: 37.9 horas a la semana en promedio y 47.7 horas, respectivamente (INEGI, 2020b). La disponibilidad de trabajar un menor número de horas a la semana puede afectar directamente la estabilidad laboral de las mujeres pues aumenta la probabilidad de que muchas de ellas sean expulsadas del mercado laboral en la medida en que los empleadores inflexibles penalizan a los empleados que no pueden cumplir con la jornada laboral completa (Glass y Riley, 1998; Stone, 2007 citados por Collins *et al*, 2020, p.3).

Adicionalmente, este recorte de horas disponibles para el mercado laboral podría significar una ampliación de la brecha entre hombres y mujeres de las horas disponibles para el trabajo. Para septiembre de 2020 ya había 22% más mujeres que hombres trabajando 35 o menos horas a la semana, según las diversas encuestas de empleo levantadas por el INEGI en 2020 (ver cuadro 1).

b) Información sobre tiempos para el trabajo extra-doméstico proveniente de la encuesta Estudio sobre Trabajo y Dinámicas del Hogar en el Contexto del COVID-19 (ETDH_COVID-19)

Las autoras de este capítulo diseñamos y levantamos una encuesta en línea, dirigida tanto a hombres como a mujeres mayores de 15 años, difundida a través de nuestras redes profesionales y que permaneció abierta en internet entre el 1 de junio y el 30 de agosto de 2020. La misma abordó dos aspectos centrales: las condiciones de trabajo doméstico y extradoméstico de las personas y las experiencias de violencia en los hogares, intentando recabar información referida a los momentos antes y durante la pandemia.

Del total de participantes en la encuesta, el 81% vivían en México y el 19 % en otros países de América Latina y Europa. Los datos que aquí revisamos se concentran solo en la sub-muestra de residentes en México (880 personas, 698 mujeres y 182 hombres mayores de 15 años). Es importante señalar que se trata de una muestra autoseleccionada y no representativa, que, en gran medida, ha sido influida por los medios en que se difundió la encuesta electrónica, así como las redes profesionales y sociales a las que pertenecen las autoras. Por ejemplo, los participantes de la encuesta presentan un elevado nivel educativo (70% licenciatura o más). En esa medida es necesario destacar que son personas con mayores recursos que la población promedio del país. Sin embargo, los resultados de este ejercicio pueden servir para ilustrar las tendencias respecto a la ampliación de las demandas y tiempos necesarios que están presentándose de manera general en toda la población.

En paralelo a la situación que han enfrentado muchas mujeres de tener que reducir el número de horas que destinan a su actividad laboral, existe también una proporción importante de mujeres que ha logrado mantener sus trabajos pero que han visto incrementadas el número de horas que tienen que destinar al trabajo desde casa. Según datos de la encuesta aplicada (ETDH_COVID-19), mientras que un 36% de las encuestadas redujo el tiempo destinado al trabajo extradoméstico, un 47% refiere haber incrementado el número de horas destinadas a la actividad laboral (ver cuadro 2). Lo anterior es un reflejo tanto de las dificultades de trabajar desde el espacio doméstico (en muchos casos mientras se realizan simultáneamente trabajos de cuidado y tareas del hogar que con certeza reducen el rendimiento laboral) como de las nuevas condiciones del trabajo a distancia y del uso de tecnologías que no necesariamente eran parte de las actividades laborales antes del confinamiento. El porcentaje de hombres que reportan estar trabajando mucho más tiempo que antes del confinamiento es visiblemente menor que el correspondiente a las mujeres lo que evidencia que el alargamiento de la jornada laboral ha impactado en mayor medida a las mujeres.

Cuadro 2. Cambios y continuidades en el tiempo destinado a la actividad laboral antes y durante la pandemia, 2020 (porcentajes)

	Hombres	Mujeres	Total
Mucho menos tiempo	18.75	16.15	16.70
Un poco menos tiempo	21.43	20.26	20.48
El mismo tiempo que antes	25.89	16.67	18.69
Un poco más de tiempo	18.75	18.46	18.49
Mucho más tiempo que antes	15.18	28.46	25.65

Fuente: ETDH-COVID 19. Cálculos propios.

Los diversos datos revisados indican que con la pandemia se ha agudizado la situación de desigualdad laboral entre hombres y mujeres, así como la vulnerabilidad de la participación de las mujeres en el mercado laboral. Para evitar que estas brechas se sigan profundizando y que los efectos sobre el trabajo femenino se vuelvan de largo plazo, es imprescindible diseñar políticas públicas que contribuyan a la reactivación económica y del mercado laboral con una perspectiva de género (Cerdeira *et al*, 2020).

2.2 Incremento del trabajo doméstico y de cuidados /trabajo no remunerado

Datos publicados recientemente por el INEGI muestran que en 2019 las mujeres dedicaban el 66.6% de su tiempo a trabajo no remunerado de los hogares (quehaceres domésticos y tareas de cuidado), mientras que los hombres dedicaban solo 27.5% de su tiempo a las mismas tareas (INEGI, ENUT 2019).

En un contexto patriarcal y de marcadas desigualdades de género, estas tareas han sido socialmente designadas como responsabilidades de las mujeres y por mucho tiempo han carecido de reconocimiento social, tanto de su relevancia para la reproducción humana como de su significado económico (CEPAL, 2019). En este sentido, y solo para ilustrar su relevancia, es importante señalar que en 2018 el valor económico del trabajo doméstico y de cuidados alcanzó un nivel equivalente a 5.5 billones de pesos mexicanos (250 mil millones de dólares), lo que representa el 23.5% del PIB del país (INEGI, 2019). Más aún, ha sido ampliamente documentado que el tiempo destinado a este trabajo reproductivo moldea la vida de las mujeres y define el tiempo que pueden destinar a otras actividades como el trabajo remunerado o el descanso (Abramo, 2004; Oliveira y Ariza, 2001; Orozco, 2014 citada por García, 2019, p.253).

Al inicio de la pandemia, muchas personas expresaron expectativas positivas en cuanto a un posible aumento de la visibilización del trabajo doméstico durante el confinamiento y la oportunidad de avanzar hacia una redistribución más equitativa de estas tareas (Schulte, 2020, citada por Collins *et al*, 2020, p.2). Sin embargo, los datos recolectados tras los primeros meses de cuarentena resultan bastante desalentadores. No solo no han ocurrido cambios positivos, como un mayor involucramiento de los

hombres, sino que por el contrario, las nuevas tareas como la escolarización de los niños en casa, han caído de manera desproporcionada en manos de las mujeres. Por consiguiente, ha aumentado el número de horas destinadas al trabajo reproductivo, lo que ha llevado a reducir sus tiempos para el trabajo extradoméstico, así como los tiempos personales y para el descanso.

a) Información sobre el tiempo destinado a las tareas del hogar y de cuidados proveniente de la encuesta Estudio sobre Trabajo y Dinámicas del Hogar en el Contexto del COVID-19 (ETDH_COVID-19)

Si revisamos la información sobre el tiempo que destinaban los participantes de la encuesta ETDH_COVID-19 a las diversas tareas del hogar y al cuidado de otras personas, entonces podemos constatar cómo ha impactado la pandemia en el marco del confinamiento, aumentado de manera notoria las horas que diariamente se destinan a dichas tareas (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Horas diarias destinadas a tareas domésticas y de cuidados antes y durante la cuarentena por COVID-19, 2020

Actividad	Tiempo antes de la cuarentena		Tiempo durante la cuarentena		Brecha ¹ antes de la cuarentena	Brecha ¹ durante la cuarentena
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Cuidado de las/os hijas/os o menores	1.50	3.15	1.50	4.31	1.65	2.81
Apoyar a sus hijas/os en oír clases y hacer tareas	0.50	0.98	0.42	1.45	0.48	1.03
Cuidado de mayores, enfermos o discapacitados	0.34	0.99	0.32	1.01	0.64	0.69
Cocinar, preparar o calentar alimentos	2.01	2.92	1.83	3.19	0.91	1.37
Lavar trastes	1.43	1.69	1.56	1.89	0.26	0.32
Limpiar, recoger la vivienda	1.78	2.29	1.41	2.43	0.51	1.01
Lavar, doblar o planchar ropa	0.97	1.44	0.69	1.42	0.47	0.73
Cuidar y regar plantas o jardín	0.99	0.84	0.76	0.99	-0.15	0.22
Cuidar, alimentar y pasear mascotas	0.69	1.15	0.51	0.93	0.45	0.42
Hacer compras	3.18	2.26	1.41	1.35	-0.93	-0.07
Hacer reparaciones en la casa	0.91	0.69	1.00	0.71	-0.22	-0.29
Hacer mantenimiento de vehículo	0.82	0.27	0.49	0.14	-0.55	-0.34
Hacer trámites o pagos de servicios	1.09	0.97	0.87	0.80	-0.11	-0.07
Total	16.22	19.63	12.78	20.63	3.42	7.85

Fuente: ETDH-COVID-19. Cálculos propios.

¹ Diferencia de horas empleadas por las mujeres menos horas empleadas por los hombres en las tareas del hogar y de cuidados.

Las horas empleadas para hacer las distintas tareas pueden encimarse, lo que significa que varias tareas se realizan a la vez. Por ejemplo, cuidar hijos y limpiar o cuidar hijos y hacer compras. Mientras que para las mujeres el tiempo diario destinado a estas tareas incrementó en una hora al día, para los hombres se redujo en 3.4 horas. De igual modo, antes de la cuarentena había una brecha en el tiempo que se destinaba al trabajo doméstico y de cuidados en el que las mujeres destinaban 3.4 horas diarias más que los hombres. Durante la cuarentena, esta se ha incrementado a 7.9 horas diarias, más del doble (ver cuadro 3).

Más allá de los valores exactos de los tiempos empleados por mujeres y hombres en las tareas del hogar y de cuidados, resultan relevantes las tendencias que quedan evidenciadas: un incremento en los tiempos de tareas reproductivas durante la cuarentena y una respuesta muy desigual de mujeres y hombres frente a las nuevas circunstancias.

Tomando en consideración que las nuevas circunstancias han impactado de manera particular a las mujeres con hijas/os pequeñas/os y dado que solo en el 10% de los hogares de la muestra de la ETDH-COVID-19 había niñas/os de 12 años o menos, consideramos pertinente afinar un poco la mirada sobre la situación particular en esos hogares. En este caso, limitamos la información exclusivamente a las mujeres, ya que la muestra de hombres que declararon hijos menores de 12 años es muy pequeña (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Horas diarias destinadas a tareas domésticas por madres de hijos de 12 años o menos en México antes y durante la cuarentena, 2020

Actividad	Antes cuarentena	Durante Cuarentena
Cuidado de las/os hijas/os o menores	18.54	11.32
Apoyar a sus hijas/os en oír clases y hacer tareas	2.74	4.23
Cocinar, preparar o calentar alimentos	2.99	3.42
Lavar trastes	1.74	2.05
Limpiar, recoger la vivienda	2.50	2.93
Lavar, doblar o planchar ropa	1.68	1.55
Cuidar y regar plantas o jardín	0.65	0.85
Cuidar, alimentar y pasear mascotas	0.94	0.54
Hacer compras	2.34	1.18
Hacer reparaciones en la casa	0.84	0.68
Hacer mantenimiento de vehículo	0.04	0.15
Hacer trámites o pagos de servicios	0.76	0.68
Total	25.77	29.58

Fuente: ETDH-COVID-19. Cálculos propios.

Los datos constatan que de entre todas las mujeres, las madres de hijos pequeños son las que se han visto forzadas a destinar mayor cantidad de tiempo a las tareas del hogar y de cuidados. Los cambios más importantes, como era de esperar, se registran en torno a las tareas de cuidado de menores y de apoyo a sus actividades escolares (clases a distancia) que se habrían incrementado en 2.78 y 1.19 horas al día, respectivamente. En total, el tiempo destinado a las tareas domésticas y de cuidado de hijos pequeños aumentó 3.81 horas diarias para las mujeres con hijos menores de 12 años (ver cuadro 4).

Por otro lado, al preguntar si había una mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidado durante el confinamiento por el COVID-19, 43.73% de las mujeres y 45.88% de los hombres estaban un poco o muy en desacuerdo. Acorde con lo anterior, no habrían ocurrido cambios en sentido de una mayor equidad de género (ver cuadro 5). Sin embargo, un porcentaje importante de personas (más mujeres que hombres) indicaron que sí había ocurrido un mayor involucramiento de los hombres en estas tareas: 42% de las mujeres y 33.94% de los hombres estuvieron un poco o muy de acuerdo. Conviene subrayar que aun cuando el reporte de horas empleadas para cada una de las tareas del hogar y de cuidados indica más bien una disminución de las horas de trabajo doméstico de los hombres (excepto lavar trastes y reparaciones en casa), hay un gran porcentaje de personas en la muestra que percibe una mayor participación de los hombres durante el confinamiento.

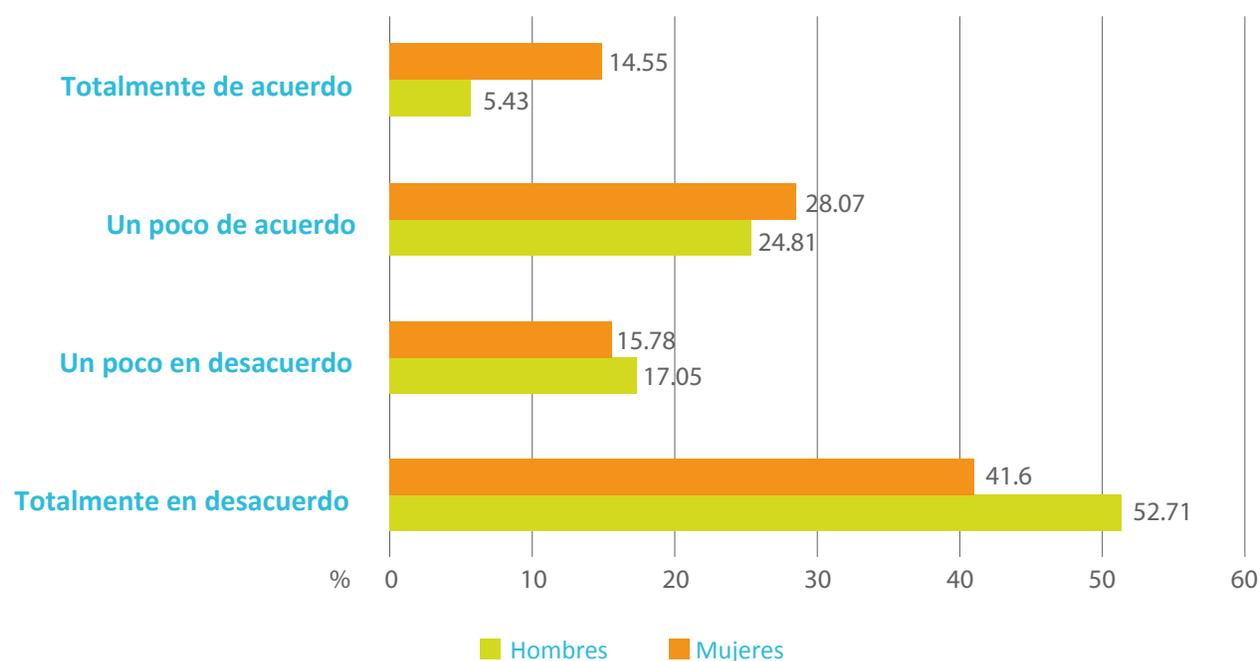
Cuadro 5. Percepción en torno a si los varones de la casa han participado más de lo usual en las tareas de la casa durante la cuarentena, 2020

	Varones	Mujeres
No aplica	20.18	14.18
Totalmente en desacuerdo	15.60	14.89
Un poco en desacuerdo	30.28	28.84
Un poco de acuerdo	31.19	23.64
Totalmente de acuerdo	2.75	18.44

Fuente: ETDH-COVID-19. Cálculos propios.

Las diferencias en torno a la participación desigual de hombres y mujeres en las tareas del hogar y de cuidados (percibidas y reales) pueden conducir a tensiones y conflictos en la pareja y, en algunos casos, a manifestaciones de violencia. En la muestra de la ETDH-COVID-19, 42.62% de las mujeres y 30.24% de los hombres estuvieron totalmente o un poco de acuerdo en que las discusiones por este tema habían incrementado durante los meses del confinamiento (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Incremento de las discusiones en casa por la distribución del trabajo doméstico durante el confinamiento por sexo, 2020 (porcentajes)



Fuente: ETDH-COVID 19. Cálculos propios.

Para concluir esta sección, podemos afirmar que las evidencias disponibles sobre la pobre y desproporcionada respuesta de los hombres frente a la multiplicación de las tareas domésticas y de cuidados —a causa de la pandemia—, dejan claro que la visibilización de estas tareas no es suficiente para propiciar cambios en su distribución equitativa (Collins *et al*, 2020).

La absorción de nuevas tareas reproductivas y mayores tiempos destinadas a las mismas —en un marco de inequitativa distribución de estas tareas con otros integrantes de la familia— impacta de manera directa e indirecta en la vida de las mujeres. Se limita su tiempo de participación en actividades laborales remuneradas, de recreación y de descanso; puede repercutir en su salud física y mental, en la calidad de las relaciones con los otros integrantes del hogar; en las negociaciones con la pareja, y en el proceso de toma de decisiones personales y familiares (Hernández, 2013; Florez, Pacheco y Pedrero, 2013). Inclusive, puede aumentar el riesgo de sufrir violencia de pareja: se ha documentado previamente la relación, directamente proporcional, entre mayor participación de la mujer en el trabajo doméstico y mayor riesgo de violencia emocional, económica, física y sexual (Casique y Castro, 2012 y 2019).

2.3 Incrementos en la violencia hacia las mujeres

La pandemia ha introducido en todos los hogares, en mayor o menor medida, nuevos estresores como el miedo a la enfermedad, la precariedad laboral, la inseguridad económica y alimentaria, la necesidad de conseguir recursos, espacios y tiempo para garantizar la continuidad educativa de los hijos, la estrecha y obligada convivencia, etc. Este nuevo clima de tensión exacerbada puede fácilmente conducir a una mayor frecuencia e intensidad de los conflictos entre los integrantes del hogar y, potencialmente, derivar en violencia (van Gelder *et al.*, 2020).

La precarización laboral y la ausencia o disminución de recursos para la subsistencia diaria que ella acarrea, plantean un incremento de los riesgos de explotación sexual de mujeres y niñas. A su vez, las limitaciones a la movilidad física implican mayores riesgos potenciales para las mujeres que viven en relaciones de violencia (Ruíz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020).

La movilidad restringida y el confinamiento colocan a las mujeres en un relativo aislamiento de familiares, amigos y redes de protección en general. Aunque en México las restricciones a la movilidad no han sido obligatorias, la recomendación gubernamental de quedarse en casa y el miedo de contraer el virus, han favorecido este aislamiento. Ello aunado a un contexto de mayor estrés psicológico y económico en el hogar, aumenta de manera importante el riesgo de violencia y coloca en situaciones de mayor vulnerabilidad a quienes son objeto de ella.

En el marco de actividades públicas paralizadas o disminuidas, las mujeres víctimas de violencia han visto limitadas - y hasta temporalmente anuladas - las opciones de orientación, asistencia, refugio y justicia. Las consecuencias de la violencia pueden llegar al extremo cuando se tiene acceso a ciertas redes de protección. Desde los primeros meses del confinamiento por COVID-19 han emergido datos indicativos de aumentos importantes en la ocurrencia de incidentes de violencia doméstica a lo largo y ancho del planeta. En el caso de México no tenemos encuestas nacionales levantadas durante el período de la pandemia, pero existen diversas cifras recabadas por registros administrativos oficiales, como los publicados por la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC), así como datos parciales a partir de encuestas realizadas por internet.

a) Información sobre violencia proveniente de la encuesta Estudio sobre Trabajo y Dinámicas del Hogar en el Contexto del COVID-19 (ETDH-COVID-19)

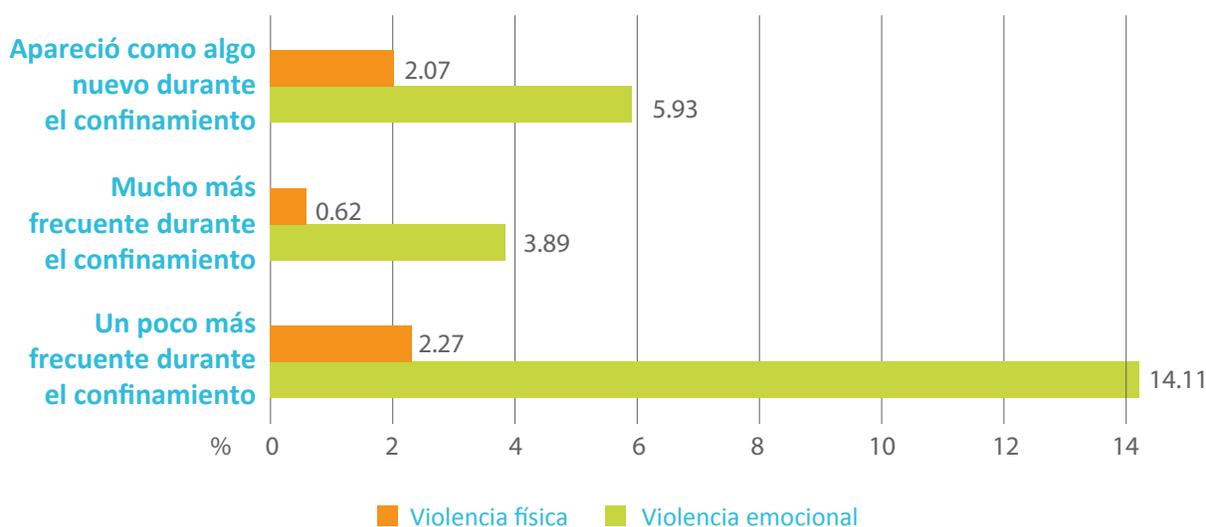
La información recabada en la ETDH-COVID-19 nos da una aproximación a las dinámicas de violencia que se han vivido en los hogares mexicanos durante la pandemia del COVID-19. Las cifras de prevalencias de distintos tipos de violencias y la percepción de incrementos en la misma durante el confinamiento, sugieren que durante este periodo tanto la violencia de pareja como la violencia familiar han incrementado.

Los datos de esta encuesta muestran que en el 6.8% de los hogares se produjo violencia física y en el 32.9%, violencia emocional. El reporte de experiencias de violencia familiar durante el confinamiento varía ampliamente según el sexo del encuestado. Teniendo en cuenta los hogares donde se produjo violencia, el 44 % de las mujeres reportaron haber recibido violencia emocional y el 24% violencia física. Por su parte, en el caso de los hombres encuestados, el 7% reportó violencia emocional y ninguno violencia física.

Si bien, como ya hemos señalado, estos datos no son representativos de toda la población mexicana, si parecen apuntar un incremento en la violencia física durante los meses de confinamiento (de los hogares donde hubo violencia física, el 24% reportó violencia física hacia las mujeres) pues los datos a nivel nacional, según la Encuesta Nacional de la Dinámica de los Hogares realizada durante 2016, estimó la violencia física contra las mujeres casadas o unidas a lo largo de la vida en México en 17% (Castro y Casique, 2019).

La violencia hacia los hijos durante el confinamiento habría alcanzado también dimensiones importantes de acuerdo con los datos de la ETDH-COVID-19, que señalan que en los hogares donde se produjo violencia, los hijos representan el 35% de los casos de violencia emocional y 45.45% de los casos de violencia física. Esta evidencia de una tendencia al alza de la violencia en los hogares coincide con la percepción de los encuestados en la ETDH-COVID-19, en la medida en que un porcentaje importante de ellos afirma que la violencia emocional y la violencia física en el hogar se incrementaron durante los meses de confinamiento, como se resume en la gráfica 3.

Gráfica 3. Cambios en la violencia familiar durante el confinamiento, 2020 (porcentajes)



Fuente: ETDH-COVID 19. Cálculos propios.

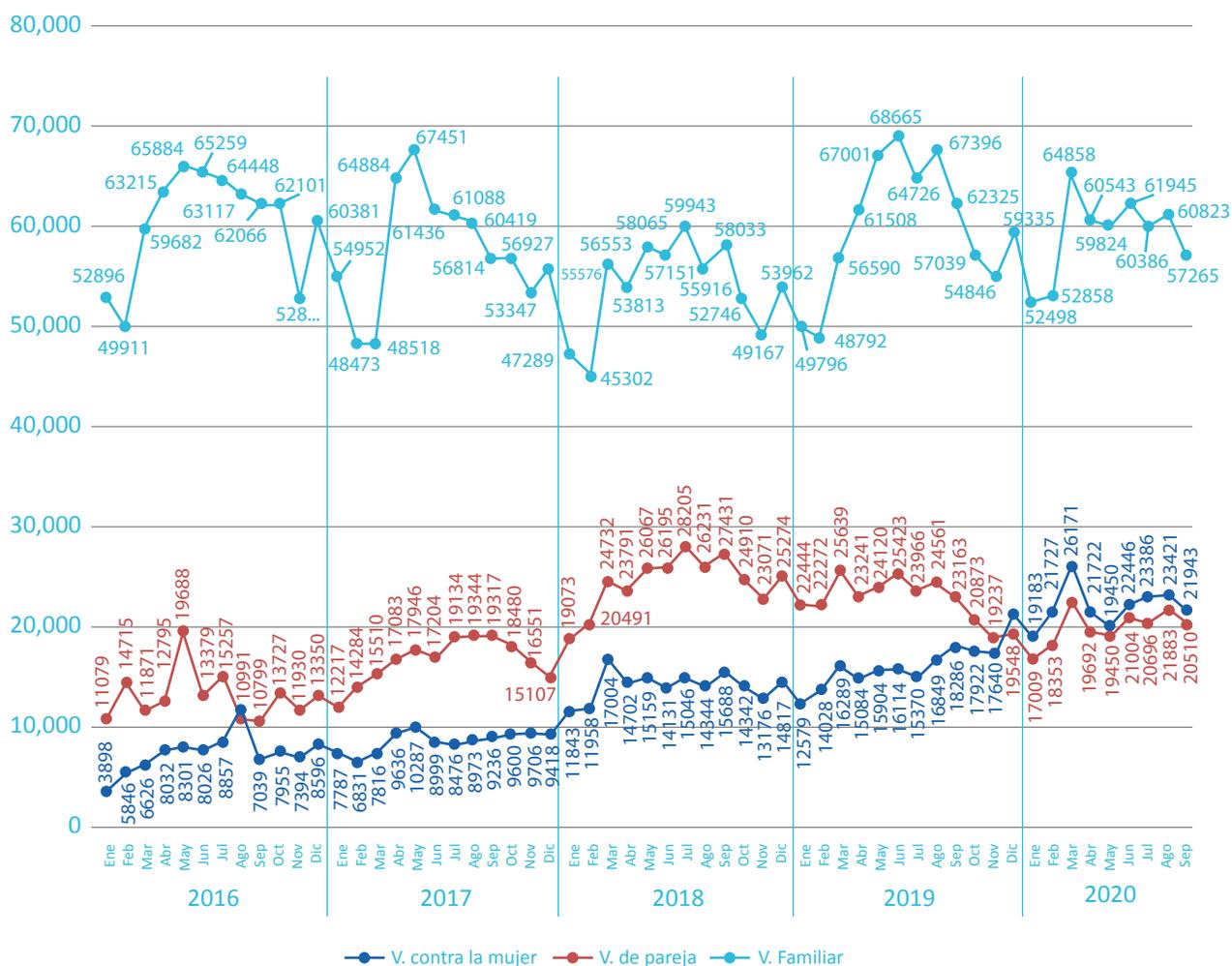
b) Información de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana

La información recabada por la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSP) sobre llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra las mujeres y de violencia familiar, sugiere que tanto las llamadas por violencia de pareja como las llamadas por violencias contra las mujeres han tenido, de manera general, una tendencia al alza durante 2020, pero con significativas variaciones (ver gráfica 4).

Durante ese año, las llamadas de emergencia por violencia contra las mujeres y por violencia de pareja muestran una tendencia al alza, con excepción de un descenso entre marzo y mayo. Dicha tendencia es más claramente observable en la curva de llamadas por eventos de violencia contra la mujer (color morado en la gráfica 4).

En la gráfica 4, la curva correspondiente a llamadas por violencia familiar (línea azul) muestra una tendencia al alza en los tres primeros meses del año (antes del confinamiento), seguida de una caída relativa de marzo a abril, y fluctuaciones de subidas y bajadas desde entonces que no nos permiten señalar una tendencia clara en las llamadas por la violencia familiar durante la pandemia. De igual modo, al comparar el número de llamadas realizadas en lo que va del 2020 con las de años anteriores, se constata que las llamadas por violencia familiar no sobrepasaron a las realizadas en los años previos.

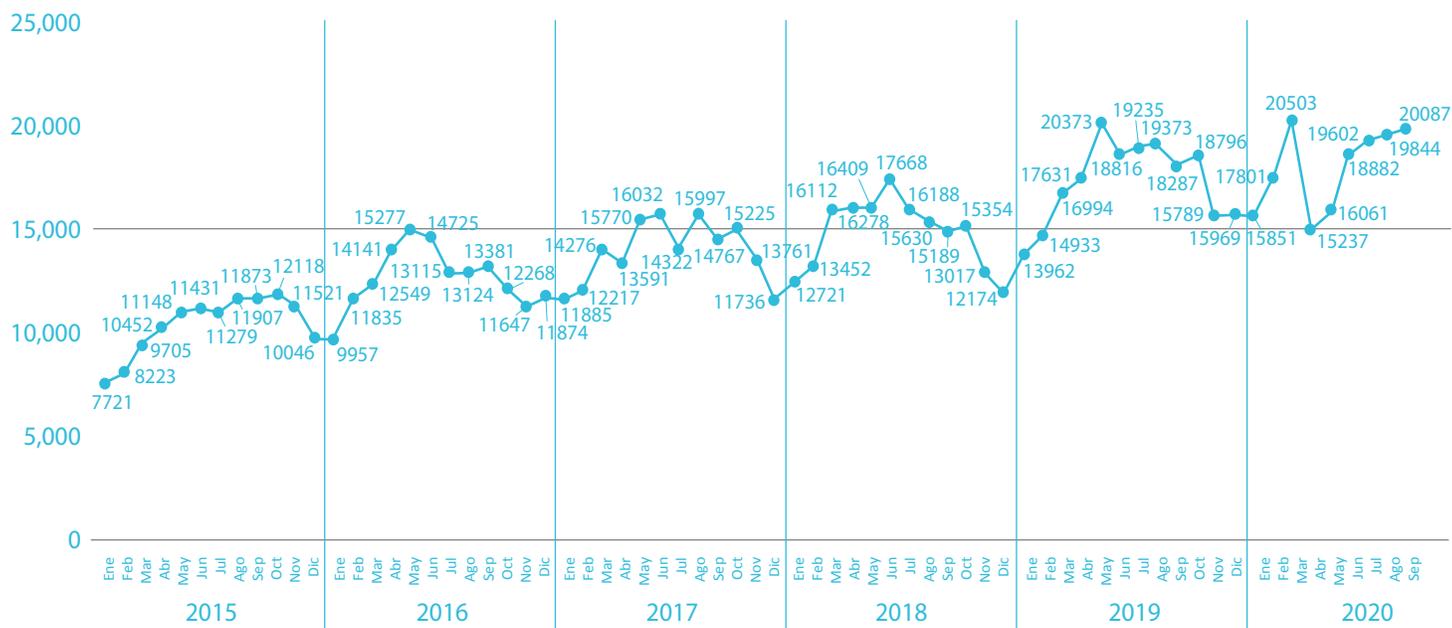
Gráfica 4. Llamadas nacionales al número de emergencia por violencia familiar y violencias contra la mujer, 2016-septiembre de 2020



Fuente: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911).

Los datos de delitos de violencia familiar registrados resultan más claros para entender la tendencia de los actos de violencia familiar durante la pandemia (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Delitos de violencia familiar a nivel nacional, de 2015 a septiembre de 2020

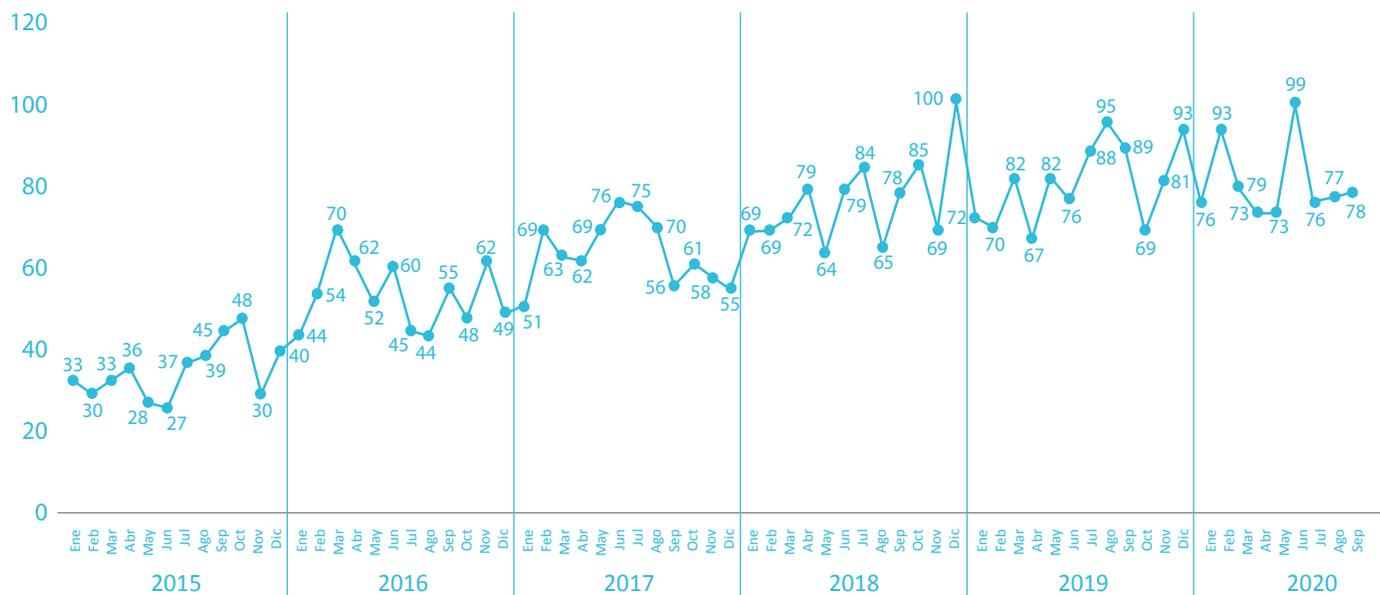


Fuente: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911).

En la gráfica 5 —a pesar de que existe una tendencia general al alza a través de los años—, se evidencia también un cierto patrón de aumento durante la primera mitad de cada año y un patrón de descenso en la segunda mitad. Sin embargo, el comportamiento de los delitos de violencia familiar en 2020 es claramente distinto de los anteriores. Hay un abrupto descenso entre marzo y abril (primer mes de confinamiento) y un crecimiento sostenido a partir de mayo y hasta septiembre. Los datos apuntan a un aumento de la violencia familiar durante los meses de confinamiento a partir de mayo, pero esta tendencia también venía definiéndose desde años atrás.

Para cerrar este apartado es relevante recalcar que si bien la violencia hacia las mujeres en México, durante el confinamiento por el COVID-19, ocurre en muchos casos al interior de los hogares, también se expresa en otros espacios y ámbitos de la vida nacional. La expresión final y mortal de esta violencia de género son los feminicidios, que lamentablemente vienen al alza en México desde hace muchos años. Los datos recabados en lo que va del 2020 evidencian que, a pesar de que durante los primeros meses del confinamiento (marzo a mayo) hubo una disminución relativa de los mismos, los feminicidios tuvieron un repunte muy significativo en junio (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Víctimas de feminicidio en México, 2015-septiembre de 2020



Fuente: Secretaría de Seguridad y Protección (2020). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911).

En síntesis, los datos disponibles dejan claro que la violencia contra las mujeres es un problema que ha aumentado a través de los años en México. A lo largo del confinamiento por la pandemia del COVID-19 esta situación no se ha revertido. Por el contrario, pese a una inicial disminución de las cifras de violencia contra las mujeres y de feminicidios en el primer mes de aislamiento, los meses subsiguientes han sido el escenario de incrementos en las cifras de llamadas de emergencia por eventos de violencia y de un indetenible crecimiento en las cifras de feminicidios.

3. Consecuencias indirectas y a mediano y largo plazo: peligro de retroceso de los problemas de género en la agenda política (nacional e internacional)

En situaciones de crisis o emergencias nacionales e internacionales, todas las personas se ven expuestas a nuevos peligros y circunstancias. Sin embargo, la pandemia no está afectando de manera homogénea a toda la población pues las personas más vulnerables y/o sujetas a mayor discriminación, como las mujeres, personas indígenas, personas en situación de pobreza, personas con identidades sexuales no heteronormativas, etc., enfrentan estos riesgos de manera desproporcionada al contar con menos recursos para atenuar o aminorar las consecuencias de las nuevas circunstancias.

Adicionalmente a las afectaciones directas en la salud (física y psicológica), a la economía, y al bienestar general de la población, la pandemia del COVID-19 también plantea el riesgo de retrocesos colectivos sobre acuerdos ya adoptados respecto al impulso de los derechos humanos. Particularmente, cuando frente a las necesidades que aparecen como urgentes, como los gastos en salud, se destinan entonces menos recursos a programas o instancias abocados a la garantía y fortalecimiento de los derechos humanos, en este caso a la preservación de derechos como la igualdad, o al acceso a una vida libre de violencia, entre otros. Diversas voces han señalado que uno de los efectos colaterales de esta pandemia será, probablemente, un debilitamiento de la igualdad de género en las agendas políticas a nivel global (Alon *et al.*, 2020; CARE, 2020; Solanas, 2020). Esta preocupación parece más que sustentada en el caso de México si se analizan las respuestas frente a la pandemia por parte del Estado.

De acuerdo con el Observatorio COVID-19 de la CEPAL para América Latina y el Caribe, en el contexto de la pandemia, el Gobierno de México implementó 15 acciones o respuestas entre febrero y julio de 2020 vinculadas al género. Entre las medidas referidas se encuentran las decisiones de dar continuidad y fortalecimiento a los servicios de atención y orientación a mujeres víctimas de violencia de género, dar continuidad a programas de microcréditos a personas inscritas en el Programa Bienestar, así como apoyo financiero a microempresas familiares, continuidad del programa de pensiones para adultos mayores y continuidad del programa de Beca Universal para estudiantes de Educación Media Superior, entre otros (Observatorio COVID-19 de la CEPAL).

Sin embargo, es necesario señalar que, si bien estas medidas o acciones implementadas por el Estado Mexicano han sido importantes para mantener la continuidad de estos programas de apoyo social, es imprescindible admitir que ninguna de ellas fue originada como respuesta a las condiciones particulares ocasionadas por la pandemia, sino que eran programas preexistentes. Más aún, salvo la acción de declarar como actividades esenciales aquellas orientadas a la atención de mujeres víctimas de violencia, ninguna otra de las medidas se fundamenta en una perspectiva de género ni está planteada para apoyar de manera particular a las mujeres, ni para garantizar e impulsar el ejercicio de sus derechos en esta situación.

Se debe agregar que las restricciones económicas surgidas desde marzo de 2020 han ido traduciéndose en recortes a los programas y servicios, preexistentes o en fase de desarrollo, de apoyo a las mujeres. En abril de 2020, el Gobierno Federal de México anunció fuertes ajustes en ciertas áreas de gasto como consecuencia de la crisis por COVID-19. Entre los recortes implementados se redujo 75% —unos 7 millones de dólares— el presupuesto para gastos operativos del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Por supuesto, el INMUJERES no fue la única instancia del gobierno afectada pero en un contexto en el que la agenda de género y las tareas en torno a las desigualdades de género ya eran especialmente insuficientes (dados los elevados niveles de violencia hacia las mujeres en el país y múltiples brechas de desigualdades de género) estos recortes financieros golpean y ponen en jaque la garantía de algunos derechos básicos de las mujeres en México. Además, el recorte presupuestal es contradictorio a los compromisos firmados por el Estado Mexicano en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo como la ampliación del presupuesto gubernamental con asignación específica de recursos para la igualdad de género.

Como ya se ha señalado, el escenario actual amenaza los avances obtenidos en la agenda de derechos y de igualdad de género. Todos los compromisos internacionales contraídos por el Gobierno en materia de equidad de género, en particular el Consenso de Montevideo, actúan como una “hoja de ruta” con acciones y metas claras a favor de la equidad de género. Así, por ejemplo, las medidas para garantizar la corresponsabilidad del Estado, del sector privado, la comunidad, las familias, las mujeres y los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, así como impulsar leyes y desarrollar y fortalecer políticas públicas de igualdad laboral que eliminen la discriminación y las asimetrías de género en materia de acceso a empleos decentes. Es un momento para reformular los temas prioritarios considerando los objetivos y las acciones correspondientes para impulsar su logro.

Las familias —y de manera particular las mujeres— han sido el colchón tradicional para lidiar e intentar resolver lo que la sociedad y el Estado no son capaces o no están interesados en asumir. Eliminar el subsidio a estancias infantiles y cambiar a un esquema de transferencias monetarias a las familias, medida tomada por el Gobierno mexicano desde antes de la pandemia, refuerza los estereotipos de que las mujeres son quienes deben cuidar de sus hijos/as y son una clara expresión de indiferencia por los costos que les impone. Al mismo tiempo, el Gobierno ha planteado un discurso de idealización de las familias mexicanas que pretende minimizar los niveles de violencia familiar y de pareja que prevalecen en el país. Al respecto, no podemos dejar de referirnos a las lamentables declaraciones que el presidente de México hizo en mayo de 2020 frente a las cifras de aumentos de llamadas por violencia familiar y violencia contra la mujer al número de emergencia 911. En ese contexto, el jefe del ejecutivo declaró, “te voy a dar otro dato, que no quiere decir que no exista la violencia contra las mujeres, porque no quiero que me vayan a malinterpretar, porque muchas veces me sacan de contexto lo que digo: el 90% de esas llamadas que te sirven a ti de base, son falsas. Está demostrado. Y esto no es solo por tratarse de llamadas que tengan que ver con el maltrato a las mujeres, esto sucede lo mismo en las llamadas que recibe el metro sobre sabotajes, sobre bombas; la mayor parte son falsas” (El Universal, 15 de mayo 2020)², poniendo en duda el crecimiento de la violencia hacia las mujeres durante el periodo de confinamiento por la pandemia.

De esta manera se introduce un falso debate, ¿aumentó o no la violencia?, desviando con ello la atención de lo central, la promoción en positivo de los derechos a la igualdad, a la seguridad y la responsabilidad del Estado en esta tarea. Definitivamente, declaraciones como esta tienen un impacto social, en la medida en que minan la confianza de las mujeres en las instituciones del Estado, en la certeza de que el problema de violencia de género es tomado en serio por las autoridades y, finalmente, revictimizan a las mujeres que intentan buscar ayuda frente a situaciones de violencia.

En México, desde finales de marzo, fueron declaradas como actividades esenciales (que no se suspendieron durante la emergencia sanitaria por el COVID-19), los refugios y centros de atención a mujeres víctimas de violencia. Por una parte, el INMUJERES a nivel federal y los organismos de la mujer a nivel estatal, elaboraron un plan de seguridad para mujeres en situación de violencia durante el aislamiento por el COVID-19. Sin embargo, su difusión ha sido muy limitada; es necesario ampliarla y que su conocimiento

² Véase nota en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/90-de-las-llamadas-por-violencia-contra-las-mujeres-son-falsas-amlo>

y puesta en práctica sea accesible para las mujeres que no cuentan con medios digitales (teléfonos celulares y computadoras) y/o que viven en zonas rurales. Por otra parte, en dicho plan de seguridad están ausentes medidas e iniciativas para complementar las acciones y mecanismos regulares con nuevas opciones adaptadas a la situación de confinamiento y movilidad restringida que permitiesen la búsqueda de ayuda mediante el recurso de la telefonía inteligente y de las redes sociales, mensajes de texto en clave, botones de pánico, denuncias en clave en lugares de fácil acceso como farmacias o supermercados, etc. (CIM-OEA, 2020).

Adicionalmente, durante el confinamiento se realizó una suspensión de labores de los poderes judiciales, lo que prácticamente dejó sin acceso a la justicia a las mujeres víctimas de violencia (Equis Justicia para las Mujeres A.C., 2020). Es imprescindible equilibrar las medidas de protección frente al COVID-19, con medidas extraordinarias y novedosas para apoyar a todas las personas y de manera particular a las mujeres. La incorporación de medidas adicionales de prevención, atención y sanción de la violencia tiene que ser un elemento imprescindible en las políticas nacionales de respuesta al COVID-19.

Hasta ahora la participación de las mujeres en las escasas medidas del Gobierno mexicano frente al COVID-19 ha estado muy desdibujada. Esto, a pesar de que la participación igualitaria de las mujeres en los mecanismos de respuesta y recuperación de la crisis del COVID-19 resulta fundamental, no solo porque es relevante en términos de igualdad, justicia y democracia (CIM-OEA, 2020), sino porque de otra manera los desafíos específicos que enfrentan las mujeres frente a esta pandemia pueden ser ignorados o abordados de manera inadecuada.

Las acciones inicialmente adoptadas para hacer frente a la pandemia y sus consecuencias deben evaluarse de manera permanente e integral. Por ejemplo, las medidas de suspensión de actividades educativas presenciales deben valorarse no solo atendiendo a la necesidad de evitar contagios, sino entendiendo todas las dimensiones que entran en juego, como la salud emocional de los estudiantes y las condiciones de los hogares que deben asumir la coordinación del proceso educativo de los menores (en términos tanto de infraestructura como de tiempo y capacidad de los padres y madres para asumir esta tarea). En contextos como el actual, es fundamental pensar y manejar de manera crítica las idealizaciones sobre las familias y la vida en los hogares (Bradbury-Jones, 2020) ya que estos son un *locus* tanto de solidaridades como de conflictos, por lo que es preciso ofrecer más apoyo a los hogares y familias.

En un contexto de crisis generalizada y de necesidades básicas en riesgo, es necesario que todos los sectores sociales hagan un esfuerzo por asumir una voluntad política de compromiso con los derechos humanos, en particular el derecho a la igualdad, a la par de que se protejan las necesidades básicas de trabajo, salud y educación. Las políticas y acciones implementadas y por implementarse deben evitar la profundización de las desigualdades por sexo. A su vez, las tareas de cuidado que las mujeres realizan necesitan ser apoyadas y reforzadas con alternativas de cuidado centradas en la corresponsabilidad y no medidas que aumenten la carga a las mujeres. Además, deben partir del reconocimiento de las múltiples vulnerabilidades y las desigualdades estructurales existentes (Smith, 2019). Para superar la “tiranía de lo urgente”, Smith (2019) argumenta que es necesario incorporar de manera inmediata y permanente el análisis de género, las voces

de las mujeres, de los grupos marginados y las perspectivas feministas a la políticas y respuestas que se están planteando frente a las nuevas circunstancias y dinámicas impuestas por la pandemia de COVID-19.

De acuerdo a una propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (U.N., 2020), todas las políticas que se formulen como respuesta a las condiciones impuestas por el COVID-19 deben adoptar tres prioridades: 1) garantizar la representación paritaria de las mujeres en la planificación de respuestas y toma de decisiones frente al COVID-19; 2) impulsar un cambio transformador para la igualdad abordando la economía del cuidado; y 3) enfocar en las mujeres y niñas todos los esfuerzos que se desarrollen para abordar el impacto socioeconómico del COVID-19.

Las políticas públicas de conciliación del trabajo extradoméstico y del trabajo doméstico y de cuidados deberían ocupar un lugar central en las iniciativas y programas planteados desde un Estado que pretenda impulsar y garantizar la igualdad entre hombres y mujeres, de manera real y no solo discursiva.

“La crisis del COVID-19 debe transformarse en una oportunidad para fortalecer las políticas de cuidados en la región, desde un enfoque sistémico e integral. Esto significa incorporar a todas las poblaciones que requieren cuidados y generar sinergias con las políticas económicas, de empleo, salud, educación y protección social, sobre la base de la promoción de la corresponsabilidad social y de género. Esta es la única manera de afrontar con éxito las diversas consecuencias e impactos económicos y sociales causados por la pandemia, y lograr reconstruir con mayor igualdad y sin dejar a nadie atrás” (ONU Mujeres y CEPAL, 2020)

4. Reflexiones finales

Hay cambios sociales que son el resultado de lentas evoluciones del pensamiento, pero otros pueden emerger o verse catapultados por condiciones de emergencia que imponen nuevas estructuras sociales. En el marco de esta pandemia, los Estados deberían propiciar cambios en las estructuras sociales y nuevas políticas públicas que favorezcan una redistribución de tareas de cuidado entre todos los integrantes del hogar, el acceso a recursos básicos para las familias, así como la garantía de las necesidades básicas, de los derechos humanos y de la igualdad de género.

En términos generales, podemos afirmar que la pandemia del COVID-19 y el confinamiento ocasionado por esta, han tenido y seguirán teniendo un efecto expansivo en las desigualdades sociales, y en particular de las desigualdades de género. Es difícil predecir la magnitud y la extensión de las consecuencias que se producirán en el mediano y largo plazo, pero todo parece indicar que las repercusiones del COVID-19 se extenderán por varios años. Estas consecuencias serán moldeadas no solo por la evolución de la misma pandemia, sino también de manera importante por las respuestas y acciones que se han comenzado a implementar. En ese sentido, preocupa sobremanera constatar que la perspectiva de género ha estado fundamentalmente ausente de las medidas planteadas, hasta ahora, en las respuestas a la crisis por el COVID-19 en México. Sin un enfoque de género y la incorporación de medidas específicas que aborden los efectos excesivos de la

crisis sanitaria en las mujeres, no será posible avanzar ni en la solución de las condiciones apremiantes de las mujeres en la actualidad ni hacia una sociedad fundamentada en la igualdad.

La crisis socioeconómica producida por el COVID-19 está dejando a las mujeres fuera del mercado laboral por dos vías: i) hay una mayor afectación de los sectores del mercado laboral en que las mujeres se encuentran mayoritariamente insertadas (mercado informal y sector servicios), ii) por las nuevas e ineludibles tareas de cuidado que han emergido en los hogares, particularmente aquellos con niños/as y personas dependientes (tareas que realizaban, normalmente, otras mujeres que por la pandemia han perdido sus trabajos o se ha prescindido de ellas por temor al contagio). En este contexto, es necesario abrir una vez más, pero con reforzado énfasis, el debate del verdadero valor de las tareas reproductivas y de cuidados, y cómo estas tienen que estar en el centro de un nuevo modelo de distribución igualitaria del trabajo entre los integrantes del hogar que lleve implícita la corresponsabilidad social. Es necesario impulsar, con verdadera voluntad política, que vaya más allá de los discursos, respuestas con perspectiva de género frente a las consecuencias socioeconómicas del COVID-19. Para ello es fundamental que las mujeres participen como actores clave en el diseño de medidas y en la toma de decisiones. También es fundamental que se identifiquen, de manera diferenciada por sexo y edad, los efectos y las condiciones generadas por la pandemia, ya que solo así las respuestas atenderán de manera real y efectiva a las urgencias planteadas.

En las respuestas del Estado mexicano frente al COVID-19 urge incorporar políticas que intencionalmente conduzcan a un cambio en la división basada en el género de las tareas reproductivas y de cuidados, así como políticas que claramente prioricen la prevención y atención de la violencia hacia las mujeres, mediante el reforzamiento de los programas y servicios de prevención y de atención a la violencia en contra de las mujeres ya existentes y una ampliación de las redes de refugios para víctimas de violencia.

Bibliografía

Abramo, L. (2004). ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: una fuerza de trabajo secundaria?, *Revista Estudios Feministas* 12(2): 224-235.

Alon, T.; Doepke, M.; Olmstead-Rumsey, J. y Tertilt, M. (2020). The Impact of COVID-19 on Gender Equality. National Bureau of Economic Research Working Paper Series, Working Paper 26947. https://www.genderportal.eu/sites/default/files/resource_pool/w26947.pdf

Bradbury- Jones, C. y Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence, *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14): 2047-2049.

CARE (2020). She Told Us So: Filling the Data Gap to Build Back Equal, CARE Rapid Gender Analysis. https://insights.careinternational.org.uk/media/k2/attachments/CARE_RGA_SheToldUsSo_Sept-2020.pdf

Casique, I. (2018). “Indicadores de empoderamiento de las mujeres”, en Castro, R. (Coord.), Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016. Cuaderno de Trabajo No.65, Instituto de la Mujer, Ciudad de México, pp. 58-101.

Casique, I. y Castro, R. (2012). “Análisis comparativo de prevalencia de las violencias de pareja, y principales variables asociadas”, en Irene Casique y Roberto Castro (Coords). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. INMUJERES, pp. 143-213.

Casique, I. y Castro, R. (2019). “Cambios y constantes en los niveles y factores asociados a las violencias de parejas en México”, en Castro, R. (Coord.). De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México (Endireh 2016). CRIM-UNAM e INMUJERES, pp. 161-270.

Cerda, R., Domínguez, C., Lafortune, J., Muñoz, N. y Reyes, J. (2020). Empleo femenino y Covid-19: diagnóstico y propuestas, Temas de la Agenda Pública Año 15, No 130. 20p. Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile. https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2020/09/Temas-agenda130_Empleo-femenino_VF.pdf

Collins, C., Landivar, L.C., Ruppner, L. y Scarborough, W.J. (2020). “COVID-19 and the Gender Gap in Work Hours.” *Gender, Work, and Organization*, June 2020. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/gwao.12506>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2019), La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes (LC/CRM.14/3), Santiago. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45032/4/S1900723_es.pdf

Comisión Interamericana de Mujeres-OEA (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer los impactos diferenciados, 25p. <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-en-la-vida-de-las-mujeres-razones-para-reconocer-los-impactos-diferenciados> Equis Justicia para las Mujeres, 2020. (Des)Protección Judicial en tiempos de COVID-19. México, marzo 2020. https://equis.org.mx/wp-content/uploads/2020/03/DESProteccion_Informe.pdf

Florez, N., Pacheco, E. y Pedrero, M. (2013). Los cuidados y la toma de decisiones. En E. Pacheco (coord.), Los cuidados y el trabajo en México. Un análisis de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012 (Cuadernos de Trabajo, 40) (pp. 189-223). Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/ct40.pdf

García, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34 (2), pp. 237-267.

Glass, J. L., & Riley, L. (1998). Family responsive policies and employee retention following childbirth. *Social Forces*, 76, 1401–1435. <https://doi.org/10.2307/3005840>

Hernández, A. (2013). “¿Cuidar y trabajar para el mercado? Expectativas laborales de las mujeres cuidadoras no económicamente activas en México”, En E. Pacheco (coord.), Los cuidados y el trabajo en México.

Un análisis de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012 (Cuadernos de Trabajo, 40) (pp. 248-285). Ciudad de México: Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/ct40.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2019). Cuenta satélite del trabajo no remunerado de los hogares de México, 2018. Comunicado de Prensa. Núm. 632/19, 28 de noviembre de 2019.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/StmaCntaNal/CSTNRH2019.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2020a). Resultados de la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE). Cifras oportunas de abril 2020. Comunicado de prensa Núm. 264/20, 1 de junio de 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/enoe_ie/ETOE.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2020b). Resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT 2019). Comunicado de prensa Núm. 458/20, 8 de octubre de 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENUT/Enut_Nal20.pdf

Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina CEPAL (2017). Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030, Santiago de Chile, 41p. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41011/1/S1700035_es.pdf

Nieuwenhuis, R., T. Munzi, J. Neugschwender, H. Omar, y F. Palmisano (2018). "Gender Equality and Poverty Are Intrinsically Linked: A Contribution to the Continued Monitoring of Selected Sustainable Development Goals." UN Women Discussion Paper Series No. 26. New York: UN Women.

<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/discussion-paper-gender-equality-and-poverty-are-intrinsically-linked-en.pdf?la=en&vs=4100>

Observatorio COVID-19 de la CEPAL. <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

Oliveira, Orlandina de y Marina Ariza (2001), "Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano", en Cristina Gomes (Comp.), Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica, México D.F.: Flacso/M. A. Porrúa, pp.339-366.

ONU Mujeres y CEPAL (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2020/agosto%202020/brief%20cuidados%20190829.pdf?la=es&vs=5322>

Orozco, K. (2014). El papel de las cargas domésticas y los arreglos familiares en el trabajo asalariado urbano de México, 2009. Tesis de doctorado en Estudios de Población, El Colegio de México, A.C., Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.

Pacheco, E. y L. Sánchez. (2012). Propuesta para un análisis descriptivo de la relación trabajo y pobreza. México, Reporte final de estudio realizado para CONEVAL.

Pastor Moreno, G y Ruíz Pérez, I. (2020). ¿Qué va a pasar con las mujeres víctimas de violencia de género? Una pandemia más allá de la virología. *Coronavirus y Salud Pública*, Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/que-va-a-pasar-con-las-mujeres-victimas-de-violencia-de-genero-una-pandemia-mas-alla-de-la-virologia/>

Reichelt, M., Makovi, K. y Sargsyan, A. (2020): The impact of COVID-19 on gender inequality in the labor market and gender-role attitudes, *European Societies*. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1823010>

Schulte, B. (2020, May 21). Interview by Terry Gross. National Public Radio. <https://www.npr.org/2020/05/21/860091230/pandemic-makes-evident-grotesque-gender-inequality-in-household-work>

Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020). Información sobre violencia contra las mujeres (Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911), Centro Nacional de Información, con corte al 30 de septiembre de 2020. https://drive.google.com/file/d/1p9M_mt-4jmn3CE8IB9qEu0sYLLAO67fp/view

Smith, J. (2019). “Overcoming the ‘tyranny of the urgent’: integrating gender into disease outbreak preparedness and response”, *Gender & Development*, 27:2, 355-369. DOI:10.1080/13552074.2019.1615288

Solanas, M. (2020). “La crisis del COVID-19 y sus impactos en la igualdad de género”, *ARI* 33/2020, Real Instituto Elcano.

http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari33-2020-solanas-crisis-del-covid-19-y-sus-impactos-en-igualdad-de-genero

Stone, P. (2007). *Opting out? Why women really quit careers and head home*. Berkeley: University of California Press.

Tabbush, C. (2020). Familias más justas e igualitarias: un pilar fundamental para el empoderamiento de mujeres y niñas, *Coyuntura Demográfica* 18, Sociedad Mexicana de Demografía.

U.N. (2020). Policy Brief: the impact of COVID-19 on Women, 21p. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>

UNFPA (2020). COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales reproductivos y promover la igualdad de género. Informe Técnico, marzo 2020. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf

Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O’Donnell, M., Thompson, K., Shah, N. y Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, 21(2020)100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>

Inmigración en México, el Consenso de Montevideo y los derechos humanos en el contexto del COVID-19

Manuel Ángel Castillo¹

Introducción

La dinámica de la movilidad internacional de personas en México ha mostrado un contraste notable, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, entre los procesos de emigración de su población y las inmigraciones recibidas en su territorio. Históricamente, los primeros —dirigidos principalmente hacia el país vecino del norte— han captado la atención mayoritaria de instituciones gubernamentales y académicas, así como de la sociedad en general. Mientras tanto, los segundos han sido desconocidos para la gran mayoría de las instituciones públicas y privadas, así como para la mayor parte de la población.

El hecho de que no se hable de la inmigración al territorio nacional tiene que ver con la baja proporción de personas —detectadas en los censos y encuestas intercensales en las últimas décadas— residentes en México que nacieron en otro país. La estimación disponible más reciente, de 2018 (un millón setenta y cuatro mil ochocientas personas), no supera el 1% del total de la población nacional, lo cual contrasta, por ejemplo, con el 13.6% en el caso de Estados Unidos en el mismo año. La baja proporción de población nacida en el extranjero podemos dividirla en dos subconjuntos. El primero, está conformado principalmente por personas que nacieron en Estados Unidos (setecientos noventa y nueve mil cien personas, 74.3% de la cifra anterior, para ese mismo año); se trata, en su gran mayoría, de hijos o descendientes de mexicanos, producto de la larga historia de emigración al vecino país. El segundo, se integra en su mayor parte por personas procedentes de naciones de Centro y Sudamérica, con características muy específicas que contrastan con las de personas originarias de otras regiones del mundo (OECD, 2020: 299,311).

Una de las principales características del segundo subconjunto es que, al proceder de numerosas naciones distintas, se distinguen pocos grupos con rasgos comunes en ubicaciones específicas, tales que permitan hablar de comunidades de inmigrantes en el territorio nacional y residentes. Las concentraciones más grandes de personas migrantes se localizan en las ciudades con mayor desarrollo económico y con mayor concentración de población y, también, en algunas localidades de las regiones fronterizas, tanto del norte como del sur.

¹ Profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

El autor agradece el apoyo brindado por Gustavo Adolfo Núñez Peralta para la búsqueda, análisis y formas de presentación de información estadística y bibliográfica.

Desde principios del siglo XX se ha observado una importante dinámica de movilidad transfronteriza entre la región sur de México y la del noreste de Guatemala, en donde, sobre todo, personas provenientes del país centroamericano transitan de manera temporal o recurrente, por motivos laborales y, en menor escala, comerciales, por esta frontera. Este patrón experimentó cambios en el último cuarto del siglo pasado ya que se incorporaron flujos migratorios de otros países centroamericanos, pero también de naciones como Haití, Cuba y, en menor escala, de otros países, incluso procedentes de naciones del continente africano. Esta nueva ola de migraciones, que también se internaron por la frontera sur, presentan rasgos diferenciados en términos de composición, propósitos, destinos y temporalidades. Indiscutiblemente, su cuantificación es difícil porque, en una proporción significativa, lo hacen de forma irregular y, por lo tanto, no son detectados por los registros administrativos.

A partir de lo mencionado anteriormente, este trabajo da cuenta de las tendencias recientes observadas en los principales flujos de inmigración a México, así como también de los efectos que tiene la pandemia del COVID-19 sobre las poblaciones que los conforman; se trata de “la mayor pandemia que ha vivido el mundo en los últimos cien años” (CEPAL, 2020; CONAPO, 2020).

El surgimiento de la pandemia al final del primer trimestre del presente año ocurrió en un contexto de cambios en la dinámica inmigratoria y en territorios específicos que es preciso observar y dimensionar. Se concentra la atención sobre algunos grupos de inmigrantes y se examina su condición, en la medida de lo posible, a la luz de los indicadores propuestos para el seguimiento del proceso de implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 2013 y 2017). Por razones que se explicarán oportunamente, las personas migrantes poseen características específicas de vulnerabilidad, que trascienden las implicaciones de la pandemia, y por lo mismo, requieren protección especial en materia de sus derechos fundamentales, al menos de la misma manera que lo requieren algunos grupos nativos en condiciones de pobreza y precariedad (CEPAL, 2020).

Así, en primer lugar, describiré el comportamiento y los cambios experimentados por los flujos inmigratorios en los años recientes hasta antes del brote de la pandemia en nuestro país. Luego, examinaré las políticas adoptadas por el Estado mexicano hacia las personas migrantes en el contexto de la crisis generada por la pandemia. En un siguiente apartado, a partir de lo estipulado en cuanto a derechos humanos por el Consenso de Montevideo, contrasto lo convenido con la situación fáctica de los derechos humanos de las personas migrantes. El trabajo finaliza con una sección en la que se plantean los principales desafíos ante la incertidumbre —con la expectativa de una pronta superación de la pandemia—, y algunas reflexiones generales.

1. Las tendencias de la inmigración en México en el periodo pre-pandemia del COVID-19

La diversificación de los flujos de inmigrantes, referidos en la introducción de este artículo, se puede categorizar a partir de algunas modalidades. Inicialmente, a la dinámica laboral transfronteriza se le sumó el conjunto de personas, familias y comunidades guatemaltecas que, en el decenio de los ochenta del siglo pasado, se internó y posteriormente se asentó en territorio nacional, en busca de protección y asistencia por motivos de persecución en sus lugares de origen. A ellos se les denominó como el conjunto de refugiados guatemaltecos, que en su mayoría retornaron a su país, pero aproximadamente una tercera parte se integró posteriormente a la sociedad mexicana.

En el siguiente decenio se detonó un proceso de migración más amplio y diverso, en la medida en que participaron individuos y familias de otros orígenes, sobre todo procedentes de otros países centroamericanos vecinos. Uno de sus rasgos principales era la condición de indocumentación, es decir, que no contaban con una autorización legal para transitar por el territorio mexicano para cumplir su propósito de dirigirse a la frontera norte y tratar de ingresar al territorio de Estados Unidos de América en las mismas condiciones de irregularidad. Los estudios que documentaron dichos desplazamientos concluyeron que, en su mayoría, se trataba de un flujo de carácter laboral, es decir, prioritariamente en busca de empleo, pero también de mejores condiciones de vida que las que poseían en sus lugares de origen.

Así se inició el presente siglo, cuando la migración de origen centroamericano registró una tendencia ascendente. El propósito común de migrar era prácticamente el mismo que en migraciones anteriores, pero con algunas variantes en lo que respecta a motivaciones específicas y a los detonadores del éxodo. Dado que se trata de un proceso en el que sus protagonistas se desplazan en condiciones de indocumentación migratoria (razón por la cual no existen registros) es muy difícil cuantificar sus volúmenes y su comportamiento en el tiempo. Únicamente se cuenta con estimaciones a partir de las detenciones y deportaciones y es con base en las mismas que se puede establecer una tendencia al alza desde finales del siglo XX y principios del XXI. En el año 2000 se contabilizó una cifra ligeramente superior a las 150 mil devoluciones (el término administrativo utilizado en esa época) desde México a sus países de origen; en 2005, la cifra fue del orden de las 230 mil, y luego de una caída en los siguientes seis años, volvió a repuntar hasta alcanzar, en 2019, una cifra del orden de los 180 mil “retornos asistidos” (INM, varios números). Sin embargo, las estimaciones requieren asumir algunos supuestos que permitan hacer ejercicios de cuantificación de los eventos “exitosos”, es decir, de aquellas personas que lograron evadir los controles migratorios y evitar así su detención y devolución a sus países de origen.

La información recolectada por diversos observadores y registros dan cuenta de múltiples factores específicos –además de los motivos laborales, de los reducidos ingresos y, en general, las precarias condiciones de vida de las familias–, que son determinantes de las inmigraciones recientes, como es el caso de: la violencia

ejercida por grupos criminales, la violencia intrafamiliar y comunitaria, los efectos de desastres de origen climático o medioambiental, entre otros (CEPAL, 2018b; FM4, 2018; Rabasa Jofre, 2020).

Sin embargo, a partir de octubre de 2018, esta dinámica inmigratoria experimentó un giro fundamental: el surgimiento de caravanas de personas migrantes, individuos y familias, que se internaron a la región fronteriza del sur con el propósito de llegar a Estados Unidos de América para pedir refugio en aquel país (Gómez Navarro, 2020:22). En esta ocasión, aparte de hacerlo nuevamente en forma no autorizada, hubo un cambio significativo en su movilidad: se hizo de manera colectiva y abierta, sin tratar de pasar inadvertidos por las vías y localidades en su ruta de tránsito, ante la sorpresa inicial de las autoridades mexicanas. Estos grupos fueron rápidamente obstaculizados por las políticas y medidas de contención adoptadas por el gobierno estadounidense, pronto complementadas por las adoptadas por las autoridades mexicanas.

Estas medidas se fueron acentuando a lo largo de 2019 (Strauss Center-FM4, 2020). Los procedimientos para procesar las solicitudes de asilo en Estados Unidos de América se complejizaron y pronto se generó un contexto de bloqueo semejante al experimentado por migrantes haitianos, en menor escala, a fines de 2016 (Meroné y Castillo: 2020). Paulatinamente, se incrementó la presencia de una población, mayoritariamente centroamericana, en localidades fronterizas del norte de México, en donde los individuos y las familias debían esperar el llamado legal para conocer sus casos. A su vez, la primera mitad de 2019 fue escenario de tensiones y presiones por parte del gobierno de Estados Unidos de América para que México aceptara cooperar en la contención del flujo migratorio. El gobierno mexicano adoptó dos medidas esenciales, por una parte, contener el ingreso y tránsito de nuevos inmigrantes y, por otra, alojar en su territorio a los grupos e individuos en espera de atención de sus casos.

2. Los efectos inmediatos de la pandemia del COVID-19 sobre la movilidad de la población

Es probable que los primeros efectos de la pandemia sobre los flujos inmigratorios fueran indirectos, en la medida en que los cierres de fronteras generaron cambios en la movilidad en los territorios limítrofes. El gobierno guatemalteco decretó el cierre de su frontera terrestre con México y cerró su aeropuerto internacional. En ambos casos, se argumentó que el propósito era evitar la propagación del SARS-CoV-2. Por su parte, el gobierno mexicano no tomó ninguna medida especial en su frontera sur, pero estableció un acuerdo con el gobierno de Estados Unidos de América para limitar la movilidad en su frontera norte. Únicamente, se permitió el tránsito para realizar los que ambos gobiernos definieron como movimientos relacionados con actividades esenciales y que consideraron que debían mantenerse ininterrumpidas en los territorios fronterizos. Como consecuencia, ambas decisiones generaron barreras para el desplazamiento de personas, sobre todo en la frontera sur de México. En dicho territorio, en principio, no podía haber nuevos ingresos, al menos por los puntos de tránsito oficial, pero tampoco se permitían retornos.

Ello impidió que una proporción indeterminada de personas que habían ingresado al territorio nacional, ante la incertidumbre generada por la situación, pudieran —aunque quisieran— regresar a sus países de origen, principalmente del norte de Centroamérica.

En la frontera norte se hizo más estricto el régimen de movilidad regular pues se limitó la cantidad de personas que podían participar en las actividades acordadas entre las dos naciones como esenciales. Además, los trámites de los solicitantes de asilo, sobre todo de origen centroamericano, se hicieron aún más lentos de lo que venían ocurriendo desde hace tiempo.

Para dar una idea de la situación generada, es pertinente examinar, en un primer momento, las cifras del número de detenciones de personas provenientes de México por parte de autoridades estadounidenses. Si bien es cierto que se había registrado un leve incremento (de cerca del 1%) entre los años fiscales 2018 y 2019 (DHS, 2019: Tabla 34), si comparamos los datos correspondientes a los periodos de abril-julio de los años 2019 y 2020, observamos una caída en el número de detenciones del 273% (CONAPO, 2020:3). Las estadísticas indican que en el año 2018 registró un total de 268,627 aprehensiones por parte de las autoridades estadounidenses de personas pertenecientes a alguno de los tres países del norte de Centroamérica (El Salvador, Honduras y Nicaragua), mientras que en 2019 la cifra se incrementó en un 143% al alcanzar un monto de 653,809 eventos (DHS, 2019: Tabla 34).

Desafortunadamente, todavía no se dispone de un registro oficial que permita comparar lo ocurrido con las deportaciones de centroamericanos durante la pandemia, aunque se sabe por notas de prensa que, luego de algunos inconvenientes provocados por las presiones que el gobierno de Estados Unidos de América ejerció sobre los países centroamericanos para que fungieran como “tercer país seguro”, se reanudaron los vuelos con personas deportadas desde territorio estadounidense a sus naciones de origen.

En México se intensificaron las políticas de contención de migrantes indocumentados en tránsito por territorio nacional. Como consecuencia, las detenciones también aumentaron y el “alojamiento” de los detenidos en estaciones migratorias empezó a generar problemas de saturación pues allí permanecían los grupos de personas cuya situación migratoria no se había resuelto: ni se deportaban, pero tampoco se les regularizaba como refugiados o como inmigrantes bajo alguna otra modalidad. A los problemas de hacinamiento, las condiciones sanitarias difíciles y las tensiones internas y con las autoridades, se les sumaron los temores justificados de que estos lugares se convirtieran en focos de transmisión de SARS-CoV-2 (Informe, 2020:45-60).

¿Cómo atender la salud de las personas migrantes que viven, de por sí, situaciones de insuficiencia y sin acceso a la infraestructura necesaria de salud y al mismo tiempo superar las deficiencias que impiden atender a ciertas poblaciones nacionales que se encuentran en el mismo territorio (OIM, 2019)? Las personas migrantes, en su mayoría, se localizan en zonas marginales de la región fronteriza del sur, en lugares habitados por poblaciones nativas en situación de pobreza, con limitaciones de servicios y, en general, sin acceso a satisfactores esenciales. Algunos migrantes lograron ser admitidos en los albergues que tradicionalmente los acogen y les proporcionan protección y asistencia, pero pronto se saturaron. La pandemia provocó que dichos lugares tuvieran que limitar la admisión para evitar la constitución de nuevos focos de infección.

Es prácticamente imposible determinar la magnitud de la población inmigrante —que ha tenido que buscar formas de sobrevivencia en un contexto de riesgos y amenazas— en México. Por una parte, las habituales limitaciones de información con respecto a la población inmigrante indocumentada se incrementaron como producto de la dispersión a la que se vio forzada. Por otra parte, en la medida en que se hicieron ostensibles las críticas situaciones de las estaciones migratorias, algunas organizaciones de la sociedad civil, que velan por el respeto de los derechos humanos de las personas migrantes, pidieron que se les liberara para evitar, justamente, el hacinamiento y otros problemas sanitarios generados en los establecimientos de detención (Moreno Villa, 2020:202).

Progresivamente, algunos procesos de movilidad transfronteriza volvieron a sus dinámicas anteriores como los relacionados directamente con la economía de la región en ambos lados de la frontera. Así, por ejemplo, las autoridades de los dos países tuvieron que facilitar el retorno a su país de trabajadores agrícolas —sobre todo guatemaltecos— que anualmente cruzan la frontera para las labores de corte de caña en la costa de la región del Soconusco, Chiapas (Tríptico, 2020). Sin embargo, el proceso más importante relacionado con la movilidad laboral es el de trabajadores agrícolas que acuden anualmente a la cosecha del café, entre octubre y febrero, a las partes altas y de pie de montaña de la misma región chiapaneca. Esta dinámica requiere una atención especial por el contexto sanitario general y el contexto específico de alojamiento de los trabajadores cuyas condiciones higiénicas es responsabilidad de los empleadores.

Por su parte, en la frontera norte, desde antes del inicio de la pandemia por el COVID-19, se desencadenó una crisis causada por los efectos de los Protocolos de Protección a Migrantes (MPP, por sus siglas en inglés) o más coloquialmente “Quédate en México”. En 2019, el gobierno de Estados Unidos de América acordó con el gobierno mexicano que las personas que solicitaban asilo en su frontera sur debían esperar en territorio mexicano el llamado a las audiencias para conocer sus casos, o bien, el resultado de su gestión. Pero esa situación se ha prolongado ante las políticas restrictivas y la incapacidad de los servicios migratorios estadounidenses para procesar la enorme cantidad de peticiones (París Pombo y Díaz Carnero, 2020:86-119). El resultado de esa política ha sido que las personas migrantes que se encuentran en localidades fronterizas del norte de México hayan buscado alojamiento en los albergues que tradicionalmente han atendido, sobre todo, a migrantes mexicanos, ya sea en su ruta a Estados Unidos de América o bien cuando retornan tras ser deportados por autoridades estadounidenses. Al igual que en la frontera sur, pronto dichas instalaciones resultaron insuficientes. Como consecuencia, se han ido formando asentamientos irregulares de personas migrantes cuyas condiciones sanitarias son deficientes para enfrentar los riesgos de la pandemia (Informe, 2020:110-135).

Como ya se comentó anteriormente, durante todo ese tiempo, se suspendió la inmigración indocumentada de tránsito. Una vez disminuidas las tensiones aludidas líneas arriba, se difundió la noticia de un nuevo llamado a la formación de una caravana originada en Honduras. Dicha iniciativa generó reacciones inmediatas en los probables países de tránsito: Guatemala y México. Las autoridades del primero instrumentaron operativos en sus regiones fronterizas, que contuvieron y forzaron el retorno de la mayor parte del contingente. Algunos grupos de personas que lograron evadir dichos operativos consiguieron llegar a la frontera Guatemala-México en donde las autoridades mexicanas les impidieron

su intento por cruzar, al menos a través de sitios controlados. Si algunos consiguieron traspasar los límites internacionales, tuvieron que haberlo hecho por pasos no oficiales y tanto su paradero como su magnitud son desconocidos. Según cifras preliminares de la Comisión de Ayuda a Refugiados (COMAR), el número de solicitudes de refugio, la proporción de mujeres en esa situación y el número de niños, niñas y adolescentes (NNA), tanto en calidad de acompañados como no acompañados, disminuyó en el periodo enero-julio de 2020 con respecto al año anterior, aunque en el último mes se observó un incremento significativo en comparación con los meses anteriores, lo que hace pensar que “las cifras seguirán aumentando, conforme vaya cediendo la pandemia.” (CONAPO, 2020:4).

3. Las políticas públicas hacia las personas migrantes en la crisis del COVID-19

Las políticas adoptadas por el gobierno mexicano hacia las personas migrantes indocumentadas, sobre todo hacia quienes transitan por su territorio con dirección hacia la frontera norte, han sido — por decir lo menos— poco consistentes, sobre todo durante la presente administración. El inicio de este gobierno coincidió con la ratificación del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (Pacto Global, 2018), del cual fue entusiasta promotor, como lo ha sido de diversos instrumentos del marco normativo internacional en los temas de derechos humanos de las personas migrantes. Se refrendaron una vez más los principios y compromisos de vigilar y garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas migrantes en su territorio, independientemente de su situación jurídica. También se ratificó la necesidad de asegurar el acceso de dichas personas — poblaciones con diversos grados de vulnerabilidad— a satisfactores básicos inherentes a su condición humana.

Ante los efectos y presencia de las caravanas migrantes, el gobierno mexicano no solo reiteró los compromisos internacionales, sino que planteó alternativas de integración social para aquellos que no pudieran cruzar al territorio estadounidense. Se comentó públicamente tanto la posibilidad de impulsar programas específicos de empleo como facilitar la regularización migratoria. Todo ello generó expectativas dentro de la población migrante varada en distintos puntos del país y dentro de sectores de potenciales emigrantes en otros países.

Un elemento que reforzó la posibilidad de una postura solidaria por parte del gobierno mexicano con los grupos de inmigrantes fue la iniciativa lanzada con el apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se trató de la elaboración de un Plan de Desarrollo Integral: El Salvador-Guatemala-Honduras-México, que buscaba comprometer a los cuatro países en temas de desarrollo, seguridad humana y respeto a los derechos humanos de todas las personas involucradas sin importar si procedían de estos cuatro países (principales protagonistas de las dinámicas migratorias en la región) o de otras naciones y regiones del mundo (CEPAL, 2019).

Sin embargo, dichas esperanzas pronto se desvanecieron a medida que el gobierno mexicano volvía a las tradicionales prácticas de contención migratoria y se repetían las denuncias sobre frecuentes violaciones a los derechos humanos y abusos de las personas y grupos de migrantes. El endurecimiento de la política migratoria mexicana se aceleró tras las amenazas del gobierno estadounidense de establecer aranceles específicos para las exportaciones de México, si este último no se comprometía a contener los flujos migratorios de tránsito por su territorio y en dirección al país al norte. Posteriormente, las presiones se incrementaron aún más cuando el gobierno de Estados Unidos de América prácticamente suspendió la admisión de personas solicitantes de asilo a su territorio.

El gobierno mexicano se vio obligado a aceptar a una población “flotante” del orden de 200,000 a 250,000 personas (según Durand, citado en Moreno Villa, 2020:201) en localidades fronterizas del norte (Stoesslé *et al.*, 2020). En ese proceso se desarrolló un debate sobre la propuesta de que México fungiera como “un tercer país seguro”, condición que sólo es aplicable cuando las personas solicitan el refugio en dicha nación, lo cual no fue el caso de la gran mayoría de esta población. Lo irónico del caso es que el país terminó siéndolo *de facto*, ante la necesidad de ese conjunto de personas en condiciones desafortunadas que se agravaron al momento de desatarse la pandemia (París Pombo y Díaz Carnero, 2020). A partir de entonces, han concurrido varios problemas que penden sobre su precaria situación: el indeterminado tiempo de espera para la resolución de sus peticiones en Estados Unidos de América, los serios peligros que rodean sus condiciones de asentamiento en el contexto de la pandemia del COVID-19 y, por último, la imposibilidad de volver a sus países de origen por temor por su integridad y la de sus familias (OIM, 2019:293-315).

En términos generales, se puede afirmar que en lo que va del siglo, las políticas del gobierno mexicano hacia las poblaciones migrantes han sido variables y, en algunos momentos, erráticas, lo cual ha generado situaciones de peligro, especialmente para personas y grupos vulnerables como mujeres y menores de edad que viajan acompañados o sin acompañantes (OIM-ACNUR-ONU Mujeres, 2020; OIM, 2019:233-234). No se trata solamente de la formulación, instrumentación y operación de las políticas migratorias, sino que, a la histórica falta de integración y coherencia de otras políticas públicas, se han sumado los efectos de una creciente xenofobia o, al menos, opiniones y actitudes discriminatorias, a veces incluso hostiles, basadas en desconocimiento o ideas erróneas sobre las características de las poblaciones inmigrantes (UNDP, 2020:37-39).

Dicha actitud, en algunos casos, ha propiciado la convocatoria al hostigamiento y al acoso por parte de sectores locales hacia “los extranjeros” para impedir su acceso a bienes y servicios, o bien, para revivir acusaciones infundadas que los identifica como causantes de varios males, incluso con propagar la pandemia. Ante la incapacidad de la infraestructura de alojamiento (estaciones migratorias y albergues), especialmente en la región fronteriza del sur, las personas migrantes se han dispersado para desarrollar estrategias de sobrevivencia, pero sin poder acceder a acciones y programas sociales (Stoesslé *et al.*, 2020; Informe, 2020:75-109).

4. Los indicadores del Consenso de Montevideo y los derechos humanos de las personas inmigrantes ante la pandemia del COVID-19

Este apartado se propone revisar el estado actual de los indicadores elaborados para el seguimiento regional de la implementación del Consenso de Montevideo relacionados con los procesos migratorios, específicamente con el caso de la inmigración en México (Naciones Unidas, 2017). Para ello se tiene en cuenta el hecho de que “... los indicadores en lo referente a este capítulo son muy complejos y tampoco han sido fácilmente definidos en relación con los ODS, ...” (CEPAL, 2018a:22). Dicha revisión busca, en la medida de lo posible, analizar esa situación desde una perspectiva de los derechos humanos de las personas migrantes.

Empiezo con los indicadores F.1 y F.2 emanados del Consenso de Montevideo (Naciones Unidas 2013: 25-27) y hechos operativos en Naciones Unidas (2017:75-77). El primero (F.1) se refiere a la importancia de la ratificación (a), pero sobre todo de la implementación (b), de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Naciones Unidas, 2005). El segundo (F.2), a la puesta en vigor de legislaciones y medidas destinadas a prevenir y combatir la discriminación hacia las personas migrantes.

México aprobó (1991) y ratificó (1999) la Convención; sin embargo, su implementación ha sido lenta y no exenta de señalamientos por su insuficiencia. De ello, a manera de ejemplo, da cuenta la última revisión realizada por el Comité de Protección de la Convención en sus observaciones finales sobre el tercer informe periódico de país (Comité, 2017), en las cuales recomienda, entre muchos otros aspectos, “la plena incorporación en la legislación nacional, estatal y municipal de todas las disposiciones de la Convención, particularmente en la Ley de Migración y su reglamento” (9., p. 2), así como la necesidad de realizar acciones diversas para eliminar las manifestaciones de xenofobia a nivel social e institucional, de suspender acciones de control y verificación migratorios con base en perfiles raciales y de eliminar “... la criminalización de las personas migrantes en mensajes de diferentes actores sociales y políticos” (25. y 26., p. 5; véase también Comité, 2020:2).

En el documento citado en el párrafo anterior se indica que, con la emisión en la última década de la Ley de Migración y de la Ley de refugiados, asilo político y protección complementaria, así como algunas reformas a otras leyes y algunas medidas, acciones y programas, se ha conformado un marco jurídico e institucional bastante amplio para la protección de los derechos de las personas migrantes. La anterior se detalla en el Informe nacional (2018). Sin embargo, aún quedan muchas tareas pendientes, además, no es sólo un tema de cuantificar el número de acciones legislativas y programáticas, sino de la dificultad de comprobar empíricamente que las mismas cumplan con los principios y objetivos de las necesidades de vigencia, ejercicio y protección de los derechos humanos. Justamente, el indicador F.3 requiere consignar si el país aplica políticas migratorias basadas explícitamente en el enfoque de derechos humanos.

En ese sentido y en términos operativos, son innumerables las denuncias de violaciones y abusos cometidos por funcionarios y agentes de distintas instituciones y corporaciones gubernamentales, dentro de las cuales ocupan lugares preponderantes la autoridad migratoria y elementos de diversos cuerpos de seguridad. No se trata de una cuestión novedosa, pues históricamente se han documentado, al menos desde el decenio de los noventa del siglo pasado, las frecuentes violaciones y abusos de derechos humanos cometidos por agentes de autoridad, algunas veces en colusión con delincuentes o con organizaciones criminales. En esa dirección, el capítulo F del Consenso propone “el abordaje de todos los asuntos de la migración internacional ... desde una perspectiva de largo plazo, centrada en la protección de los derechos humanos de las personas migrantes, lo que conlleva tanto la lucha contra la xenofobia y la discriminación como la erradicación de la irregularidad, la trata de personas y el tráfico de migrantes.” (CEPAL, 2018a:135).

Pero en la época reciente, dicha situación no sólo se ha mantenido, sino que, en cierto sentido, se ha exacerbado, por la naturaleza de las acciones y el uso del poder por parte de los responsables de tales abusos que se escudan en su condición de autoridad. De ello dan cuenta no solamente los informes de misiones internacionales de observación y de instancias nacionales, como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, sino también las elaboradas por diversos colectivos de la sociedad civil, especialmente los más recientes, por las implicaciones que tienen en un contexto de crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19 (REDODEM, 2019; Informe, 2020; CNDH, 2019b). Sin embargo, la vigencia y protección de los derechos de dichas personas no se limitan a impedir que se cometan transgresiones al marco jurídico vigente. Se trata también de garantizar el acceso a infraestructura, servicios y satisfactores en general, que les provean condiciones de estancia y movilidad dignas durante su permanencia y tránsito por el territorio nacional, independientemente de su estatus migratorio y, de manera particular, ante los riesgos propios de la pandemia del COVID-19.

Por ello, algunos de los reclamos recurrentes, planteados por organizaciones y personas defensoras de derechos de las personas migrantes, señalan que las autoridades deben observar respeto y cuidado por la dignidad e integridad de las personas migrantes, incluso cuando cumplen con obligaciones propias de los procesos de verificación de su condición migratoria. Pero más aún, es frecuente la constatación de que las circunstancias durante su detención (Moreno Villa, 2020:202-240) —eufemísticamente denominada “presentación” o “alojamiento”— y posteriores a la misma distan mucho de ofrecer condiciones dignas: hacinamiento, servicios higiénicos deficientes, no tienen acceso a instancias de protección, no tienen acceso a servicios de atención en salud, entre otras que adquieren una dimensión más grave en el entorno de la pandemia del COVID-19 (CNDH, 2019b; REDODEM, 2019; Informe, 2020).

Se hace caso omiso de que, en general, se trata de una población vulnerable en muchos sentidos; en buena medida es así, por su condición de indocumentación que los obliga a pasar inadvertidos y a limitar la búsqueda de apoyos por falta de confianza y temor a ser denunciados ante la autoridad. Por lo regular, experimentan las consecuencias de jornadas agotadoras en su desplazamiento, en las que deben superar diversos obstáculos y peligros propios de rutas de migración que les permiten evadir los controles migratorios de las autoridades gubernamentales. Se trata de trayectos y lugares en los que proliferan diversos actores que los acechan para atacarlos, asaltarlos u ocasionarles algún daño. También son

víctimas de carencias en materia de alimentación pues al agotarse los pocos recursos que traen consigo caen víctimas de la deshidratación, el agotamiento, etc.

En el conjunto de esa población, esas condiciones de vulnerabilidad son más agudas en ciertos grupos. Las mujeres, niños, niñas y adolescentes (NNA) son particularmente víctimas de los riesgos y agresiones antes apuntadas, los cuales se han incrementado con la pandemia del COVID-19. Demanda una atención especial el grupo de menores no acompañados, cuya magnitud y proporción dentro de los flujos migratorios ha aumentado a lo largo de la última década (UNICEF, 2018). El indicador F.3 se enmarca en el llamado de atención del Consenso sobre la necesidad de aplicar “políticas migratorias explícitamente en el enfoque de derechos humanos”, lo cual implica dirigirse a “la erradicación de la trata de personas y el tráfico de migrantes, [de] la irregularidad, [a] la creación y aplicación de protocolos de atención de la migración de niños, niñas y adolescentes no acompañados”, todo lo cual adquiere dimensiones especiales en el contexto de la pandemia del COVID-19.

Empero, existen asignaturas pendientes de legislar en esta materia, como son las necesarias reformas a diversos artículos de la Ley de Migración y de la Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político, que fueron recientemente “aprobadas en la Cámara de Diputados [que] plantean la no detención de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), la determinación del interés superior de la niñez como elemento central del proceso de garantía de derechos, así como la regularización migratoria de NNA en situación de movilidad” (UNHCR|ACNUR, 2020), las cuales están a la espera de su publicación en el Diario Oficial para que entren en vigor (Naciones Unidas, 2020). Más recientemente, el Congreso de la Ciudad de México “reformó la Ley de los derechos de niñas, niños y adolescentes ... se incorporaron además a la ley medidas para la protección de menores migrantes ...” (La Jornada, 2020). También debe mencionarse el caso de otros grupos discriminados y, por lo tanto, necesitados de atención, como las personas indígenas, las personas adultas mayores, las personas con alguna discapacidad, las personas afrodescendientes, los y las trabajadores sexuales y los miembros de las comunidades LGBTIQ+.

El indicador F.4 se refiere a la reducción de costos para el envío de remesas por parte de los trabajadores migrantes a sus hogares, al eliminar las participaciones innecesarias de intermediarios y así disminuir la afectación al ingreso de los generadores de dichos recursos. En este caso, hasta el momento no se ha establecido un mecanismo como el descrito para el envío de remesas por parte de los trabajadores inmigrantes en México a sus lugares de origen. Es posible pensar que, a partir de la reciente oleada de inmigrantes, originalmente en tránsito pero que han optado por una estancia más permanente, se pueda requerir eventualmente de esos servicios, pero todavía no existe información sobre el tema. Por otro lado, se tiene información dispersa sobre el comportamiento de las remesas enviadas por los trabajadores migrantes desde Estados Unidos de América a sus familias que, para el caso de los mexicanos, ha mostrado un comportamiento sorprendente en el contexto de la pandemia del COVID-19. En el periodo enero-junio de 2020, los envíos recibidos en México registraron un crecimiento del 10.5 % con respecto al mismo periodo en el año anterior (CONAPO, 2020:2). Notas de prensa señalan que algo semejante ha podido ocurrir en el caso de los trabajadores migrantes de origen centroamericano, pero aún se esperan las cifras oficiales correspondientes al comportamiento de las remesas recibidas durante la pandemia.

El indicador F.5 se refiere al porcentaje y número de beneficiarios directos adscritos al Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Nuestra indagación en este sentido apunta a que México aún no es parte de dicho Convenio y no se conocen acciones encaminadas a adherirse al mismo, así como tampoco las razones para no haberlo hecho. Es evidente que esta ausencia puede tener repercusiones en el conjunto de trabajadores migrantes, en particular por su desprotección ante las amenazas de la pandemia del COVID-19. Llama la atención que las únicas instituciones mexicanas que son miembros de pleno derecho de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social sean el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato (ISSEG), pero no así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El indicador F.6 se refiere al número de niños, niñas y adolescentes (y su incidencia relativa) migrantes no acompañados. En los años recientes se ha observado un crecimiento significativo del flujo de menores migrantes, tanto acompañados como no acompañados. Baste citar la situación experimentada en la frontera sur de Estados Unidos de América en el año 2014, calificada como “crisis humanitaria” por diversos sectores, cuando se detectó la presencia de una población de menores que viajaban solos. Según las cifras oficiales del Instituto Nacional de Migración de México, el mayor volumen de menores “presentados” ante las autoridades migratorias mexicanas fue de 40,114 NNA en 2016, de los cuales el 44% eran no acompañados.

En 2018, el registro disponible más reciente, indica que la cifra total de NNA fue de 31,717, de los cuales dos terceras partes eran del sexo masculino y un 75% procedentes de países centroamericanos (UPM/CEM, 2018:4,6). El mismo indicador se refiere en particular al caso de NNA, especialmente no acompañados, cuya atención puede recaer en instituciones especializadas en temas de asilo y de refugiados como el ACNUR, pero también de UNICEF y de ONU Mujeres (OIM-ACNUR-ONU Mujeres, 2020:4). Las cifras preliminares de NNA que recibieron atención integral por eventual contagio, en el contexto de la pandemia del COVID-19, proporcionados por la Procuraduría Federal de Protección de NNA del DIF, apuntan a que, durante el periodo 28 de febrero-14 de agosto de 2020, fue de 525 menores, en su mayoría procedentes de Guatemala (340) y Honduras (126) (CONAPO, 2020:7).

El indicador F.7 requiere el número (y su incidencia relativa) de atenciones a mujeres inmigrantes que recibieron tratamiento profiláctico para infecciones de transmisión sexual (ITS) y anticoncepción de emergencia. En ese sentido, la información más sistemática acerca del tema para el caso de mujeres migrantes en tránsito es la que recopilan los albergues y casas del migrante, que son los principales proveedores de este tipo de servicios de salud. Es digno de reconocer el esfuerzo sistemático realizado, desde hace varios años, impulsado por el Instituto Nacional de Salud Pública, para desarrollar un modelo de atención de mujeres migrantes en materia de salud sexual y reproductiva, convocando a instituciones estatales del sector salud, así como a organizaciones de la sociedad civil, que incluyen albergues y casas del migrante en la frontera sur, específicamente en el estado de Chiapas (Leyva *et al.*, 2014).

Sin embargo, con el incremento de los flujos, la expansión territorial de las rutas de tránsito y ante los efectos de la pandemia del COVID-19, la demanda de este tipo de servicios también ha crecido, pero la inexistencia de modelos como el reseñado, ha favorecido que sean las casas del migrante y los albergues

quienes se ocupen del papel que deberían jugar las instituciones del sector salud ante esta demanda. No obstante, es necesario tomar en cuenta que sus registros sólo se refieren a la población que acude a dichas instancias y, por lo tanto, no puede conocerse el universo completo de mujeres potencialmente demandantes de este tipo de servicios. Es altamente probable que las instituciones del sector salud en dichas localidades también atiendan a mujeres que acudan a requerirlo, pero la experiencia es que, si no existe una motivación especial, el personal no registra la información sobre el país de origen de las demandantes, y las estadísticas, hasta el momento, no distinguen si se trata de personas migrantes o no (Nájera Aguirre, 2020:51-52).

El indicador F.8 se refiere al número de atenciones orientadas a personas retornadas y a personas emigradas según el tipo de iniciativa, por lo que no tiene nada que ver con la principal población objetivo de este trabajo, que es la población inmigrante asentada en México, así como aquella que se encuentra en tránsito en territorio nacional. En todo caso, habría que tener presente que el tránsito de retornados, sobre todo de personas deportadas por las autoridades estadounidenses, también constituye una población vulnerable en varios sentidos y requiere en su desplazamiento atención especial por su exposición a riesgos por la situación de la pandemia del COVID-19. Habría que realizar varios ejercicios de investigación para identificar hacia dónde deberían focalizarse las acciones de atención a la salud de las personas retornadas, pero seguramente primero tendrían que concentrarse en las entidades fronterizas y luego en los territorios de destino de dichas poblaciones.

Finalmente, el indicador F.9 se refiere al número de víctimas de trata de personas por cada 100,000 habitantes del país receptor, desglosado por sexo, edad y tipo de explotación. En este sentido, el trabajo reciente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para México parece ser el más completo hasta la fecha. En dicho documento se afirma que, en el periodo de 2012 a 2017 hubo “5,245 víctimas de los delitos en materia de trata de personas, de las cuales, 3,308 son mujeres, 1,086 niñas, 492 hombres y 289 niños. [...] Se desconoce la edad de 8 hombres y de 62 mujeres. [...] 9 de cada 10 víctimas a nivel nacional fueron identificadas por nueve Procuradurías y Fiscalías Estatales y por la Procuraduría General de la República.” (CNDH, 2019a:29).

En el mismo informe se dice que “A pesar de que las víctimas extranjeras representan el 13% de las totales identificadas por las Procuradurías y Fiscalías Generales, dicha proporción no se refleja en el número de las atendidas por las comisiones de atención a víctimas, dado que éstas son únicamente el 3%, ni de aquellas con una sentencia condenatoria firme. Esta información cuestiona si los derechos a la asistencia, atención, protección, reparación integral y acceso a la justicia se garantizan en igual proporción a las víctimas extranjeras que a las mexicanas.” (*Ibid.* 297-298). No se encontró información sobre personas objeto de trata durante la pandemia del COVID-19; no obstante, habría que tener presentes las recomendaciones de Naciones Unidas sobre el tema, dentro de las cuales ocupa un lugar preponderante la necesidad de “recopilar y analizar datos sobre los efectos del COVID-19 en la trata de personas. No hay ningún país que sea inmune a la pandemia y como el virus no afecta a todas las regiones al mismo tiempo, la experiencia de un país puede ser vital para otros.” (ONUDD, 2020:4). Asimismo, señala la importancia de monitorear las acciones gubernamentales y sus repercusiones en materia de salud de las personas en condición de trata, de asegurar

una cultura del Estado de Derecho y de garantizar a las víctimas el acceso a la justicia y a los programas sociales sin discriminación alguna, pero también tener en cuenta que el impacto económico del COVID-19, necesariamente, agudizará la vulnerabilidad social, la cual constituye una causa subyacente de la trata (*Ibid.*).

5. Desafíos ante la incertidumbre y la probable superación de la pandemia del COVID-19

Ante el clima de indefensión y vulneración de los derechos de las personas migrantes en condiciones “normales”, cabe destacar que durante la crisis de la pandemia la situación se ha agravado. No solamente son los riesgos y efectos de la infección lo que hay que tomar en cuenta sino también los procesos gestados en los últimos tiempos como consecuencia de las políticas y prácticas adoptadas por los gobiernos de los países de origen, de tránsito y de destino que han contribuido a un deterioro generalizado de la situación de dicha población (UNICEF-UNDP, 2020:16-18).

La crisis sanitaria está lejos de haberse superado y una interrogante válida es, ¿por cuánto tiempo más se extenderá la pandemia antes de que transitemos a la llamada “nueva normalidad”, cuyo contenido es sumamente incierto? Hay que tener en cuenta que el rezago en el cumplimiento de las medidas prioritarias es un factor adicional para revisar políticas, programas y medidas urgentes. Mientras tanto, es claro que a pesar de los recursos limitados, es necesario revisar y ajustar las políticas públicas, empezando por las modalidades de control migratorio y las garantías de acceso al goce de derechos de las personas migrantes. Para ello se deben recuperar y colocar en primer plano a los principios de solidaridad y de protección de la seguridad humana, antes que otros que más bien atañen a la seguridad pública o a la seguridad nacional.

Es necesario promover una perspectiva de carácter integral para asegurar la coordinación entre el conjunto de instituciones de gobierno, de los distintos niveles (federal, estatal y municipal), que tienen obligaciones en la atención de esta población, para que contribuyan a mejorar las condiciones de los servicios que prestan a la población en general. Vale la pena recordar que el Estado en su conjunto, no sólo las instituciones de gobierno, se ha comprometido a poner en operación un esquema que garantice la constitución de un sistema de migración regular, segura y ordenada, que no solamente favorezca los procesos de integración de quienes se asienten en el territorio, sino también que garanticen el acceso a las instituciones del asilo y del refugio. En la medida en que se habla de compromisos adquiridos por el Estado, también deben generarse las condiciones para que actores pertenecientes a la sociedad civil puedan participar con acciones orientadas a atender a la población migrante y que lo hagan en un marco de respeto y de cooperación para lograr el bienestar de las personas atendidas. Vale la pena recalcar que existe una seria preocupación por el acoso y las frecuentes agresiones a miembros de colectivos de atención a migrantes y también a defensores de sus derechos.

6. Reflexiones finales

Sin pretender levantar una visión apocalíptica del futuro inmediato, se puede hablar en sentido figurado de una “bomba de tiempo” que espera a detonarse cuando se declare el fin de la pandemia del COVID-19 y se transite hacia la “nueva normalidad”. Se considera válido hablar en esos términos, dado que, si en el momento actual todavía se está frente a los efectos de un pico de la crisis sanitaria, en ese futuro incierto apenas se estarán resintiendo los primeros efectos de las crisis económicas, sociales y políticas derivadas de la pandemia.

No es fácil anticipar cuáles serán las características de los escenarios de ese futuro post-pandemia. Lo que sí es cierto es que no sólo por los efectos de esta coyuntura, sino que incluso por las tendencias que se han venido registrando, señaladas por los indicadores del Consenso de Montevideo, es altamente improbable lograr los objetivos propuestos en materia de migración internacional.

Este trabajo apenas se propuso plantear la situación de la población inmigrante y de los procesos inmigratorios en México con énfasis en las personas en situación de movilidad. Sin embargo, dicho examen no puede enfocarse desvinculado de los factores que han incidido sobre los desplazamientos de población en la región de Norte y Centroamérica. En materia de inmigración, en las décadas recientes, destaca el papel de los flujos migratorios procedentes de los países del norte de Centroamérica que, en otra escala y significación, comparten algunos rasgos con los históricos movimientos emigratorios de mexicanos que se han dirigido a Estados Unidos de América.

A los factores económicos, políticos, sociales —entre los que destacan la violencia delictiva y la violencia doméstica— y ambientales, ahora agravados por los huracanes y tormentas tropicales que nuevamente han azotado a estos países y que han generado los citados desplazamientos, se suman los que, de manera indirecta, ha provocado la pandemia del COVID-19.

Los servicios de salud y de cuidado de menores y personas adultas mayores, experimentarán enormes presiones que requerirán ingentes recursos para implementar políticas socialmente responsables y así poder atender a las poblaciones que se encuentran en las peores condiciones de desigualdad.

Hay que tener en cuenta las desigualdades sociales y económicas que observamos en las entidades federativas que constituyen los territorios de movilidad y asentamiento de las poblaciones migrantes. Los territorios de asentamiento los encontramos, de manera preponderante, en las entidades fronterizas del sur y del norte. Los territorios de mayor movilidad migrante se localizan a lo largo de las rutas de tránsito en todo el territorio nacional y, desafortunadamente, muchas de ellas han sido asoladas por los efectos del COVID-19 y, por si fuera poco, por fenómenos naturales, como huracanes y tormentas tropicales, que en este año impactaron negativamente en las condiciones de vida de amplios sectores poblacionales.

Bibliografía

CEPAL (2018a). Proyecto de primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Comisión Económica para América Latina, LC/CRPD.3/3, Santiago, 214 p. en

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43708/4/S1800378_es.pdf [17 de septiembre de 2020]

CEPAL (2018b), Atlas de la migración en los países del norte de Centroamérica, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (LC/PUB.2018/23), Santiago, 2018, 43 p. en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44292-atlas-migration-northern-central-america>

CEPAL (2019). Diagnóstico, áreas de oportunidad y recomendaciones de la CEPAL. Plan de Desarrollo Integral: El Salvador-Guatemala-Honduras-México, Presentación Alicia Bárcena, Palacio Nacional, Ciudad de México, 20 de mayo, 35 diapositivas.

CEPAL (2020). Los efectos del Covid-19, una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible, Serie Diálogos virtuales: Impactos del COVID-19 desde la perspectiva de población y desarrollo, Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, 20 de agosto, 5 p. en https://lac.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/dialogo_virtual_migracion_internacional_nota_conceptual_ago_2020-4.pdf [23 de noviembre de 2020]

CNDH. (2019a). Diagnóstico sobre la Situación de la Trata de Personas en México 2019, Primera edición, Quinta Visitaduría / Programa contra la Trata de Personas, octubre, 379 p. en <https://www.cndh.org.mx/documento/diagnostico-sobre-la-situacion-de-la-trata-de-personas-en-mexico-2019> [11 de noviembre de 2020].

CNDH (2019b). Informe Especial. Situación de las Estaciones Migratorias en México, Hacia un nuevo modelo alternativo a la detención, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, Primera edición, 329 p. en <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-11/Informe-Estaciones-Migratorias-2019.pdf> [6 de noviembre de 2020].

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (2017). Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de México, Naciones Unidas, Doc. CMW/C/MEX/CO/3, 27 de septiembre, 14 p., en https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CMW/C/MEX/CO/3&Lang=En [6 de noviembre de 2020].

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (2020). Observación general núm. 5 (2020), sobre los derechos de los migrantes a la libertad y a la protección contra la detención arbitraria, Proyecto preparado por el Comité, Doc. CMW/C/32/R.2, 14 de agosto, 21 p. en <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CMW/Pages/CFI-GC5-2020.aspx> [6 de noviembre de 2020].

CONAPO (2020). EFECTOS SARS-COV-2 (COVID-19) MÉXICO, Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación, México, Agosto 20, 8 p. en https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/mexico_-_migracion_covid_cepal_0.pdf [23 de noviembre de 2020]

DHS (2019). 2019 Yearbook of Immigration Statistics, U. S. Department of Homeland Security en <https://www.dhs.gov/immigration-statistics/yearbook/2019> [25 de noviembre de 2020]

FM4 Paso libre (2018). Atrapados en la movilidad. Nuevas dinámicas de la migración y el refugio en México, FM4 Paso libre/Dignidad en la Justicia A.C., Guadalajara, Jal., diciembre, 118 p.

Gómez Navarro, Lina Yismeray (2020). “El desasosiego llamado México. Personas no nacidas en México, en tránsito dentro de México, hacia Estados Unidos y otros países”, en REDODEM. Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 2020, pp. 19-37 en https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf [12 de noviembre de 2020].

Informe (2020). Informe sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en las personas migrantes y refugiadas. Violaciones a derechos humanos documentadas por organizaciones defensoras y albergues en México, Fundación para la Justicia-Asylum Access-CMDPDH-IMUMI-Alma migrante-Sin Fronteras, México, agosto, 179 p. en <http://redodem.org/wp-content/uploads/2019/09/REDODEM-Informe-2018.pdf> [28 de septiembre de 2020].

Informe nacional de avance en la implementación del Consenso de Montevideo (2018) Secretaría de Gobernación – Consejo Nacional de Población – Fondo de Población de las Naciones Unidas, México 90 p. en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/358837/InformeNacionalAvanceConsensoMontevideo.pdf> [30 de octubre de 2020].

INM (varios números). Boletín Estadístico, Instituto Nacional de Migración, en http://www.politicamigratoria.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletines_Estadisticos [22 de noviembre de 2020].

La Jornada (2020). Realiza Congreso CDMX reformas a ley de derechos de menores, martes 10 de noviembre.

Leyva Flores, René, Infante, C., Quintino, F., Gómez Saldívar, M., & Torres Robles, C. (2014). “Migrantes en tránsito por México: situación de salud y acceso a servicios de salud.” en Migración y Salud. Perspectivas sobre la población inmigrante, Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población, pp. 85–93 en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/Migracion_y_Salud_2016.pdf [14 de noviembre de 2020]

Méroné, Schwarz Coulange y Manuel Ángel Castillo. “Integración de los inmigrantes haitianos de la oleada a México del 2016” en Frontera Norte, Vol. 32, Art. 11, 2020, 23 p.

<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://fronteranorte.colef.mx/index.php/fronteranorte/article/viewFile/1964/1518>

Moreno Villa, Rafael Edmundo (2020). “No a la detención migratoria: la exigencia que llegó para quedarse” en REDODEM. Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 2020, pp. 202-240 en https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf [12 de noviembre de 2020].

Naciones Unidas (2005). The International Convention on Migrant Workers and its Committee, Fact Sheet No. 24 (Rev.1), Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva, 66 p., en <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet24rev.1en.pdf> [4 de noviembre de 2020].

Naciones Unidas (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en Montevideo, del 12 al 15 de agosto, CEPAL, Doc. LC/L.3697, 40 p. en http://equidad.org.mx/pdf/4_Consenso%20de%20Montevideo%20Poblacio%CC%81n%20y%20Desarrollo%20CEPAL%202013.pdf, [5 de noviembre de 2020].

Naciones Unidas (2017). Propuesta de fichas de metadatos de los indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, Grupo de trabajo ad hoc, Doc. LC/MDP-E/DDR/1, 13 de septiembre, 109 p. en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42335/1/S1700724_es.pdf [30 de octubre de 2020].

Naciones Unidas (2020). Poner fin a la detención de menores por razones de inmigración y proporcionarles cuidado y acogida adecuados, Asamblea General, informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Doc. A/75/183, 20 de julio, 26 p. en <http://undocs.org/es/A/75/183> [9 de noviembre de 2020].

Nájera Aguirre, Jéssica Natalia (2020). "Personas en situación de movilidad con perfil y en proceso de asentamiento en México" en REDODEM. Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 2020, pp. 39-56 en https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf [12 de noviembre de 2020].

OECD (2020). International Migration Outlook 2020, OECD Publishing, Paris, 369 p. en <https://doi.org/10.1787/ec98f531-en> [20 de octubre de 2020].

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2020). Impacto de la pandemia Covid-19 en la trata de personas, Vienna, Austria, 4 p. en https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/HTMSS_Thematic_Brief_on_COVID19_-_ES.pdf [26 de noviembre de 2020].

OIM (2019). Informe sobre las migraciones en el mundo 2020, Organización Internacional para las migraciones, Ginebra, Suiza, 507 p. en <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-elmundo-2020> [3 de noviembre de 2020].

OIM-ACNUR-ONU Mujeres (2020). "Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la Covid-19". Disponible en: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2020/abril%202020/mujeres%20migrantes-%20covid19-%20onumujeres.pdf?la=es&vs=370> [10 de noviembre de 2020].

Pacto Global (2018). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration, Intergovernmentally negotiated and agreed outcome, Marrakech, Morocco, 13 July, 34 p. en https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/180713_agreed_outcome_global_compact_for_migration.pdf [10 de noviembre de 2020].

París Pombo, María Dolores y Emiliano Ignacio Díaz Carnero (2020). "La externalización del asilo a la frontera Norte de México: protocolos de protección al migrante" en REDODEM. Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 2020, pp. 86-119 en https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf [12 de noviembre de 2020].

Rabasa Jofre, Valentina (2020). Percepción y significado de la violencia como factor detonador de la migración de salvadoreños, hondureños y guatemaltecos en México, Tesis, Doctorado en Estudios de Población, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, 18 de septiembre, 281 p.

REDODEM (2019). Procesos Migratorios en México nuevos rostros, mismas dinámicas Informe 2018, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 249 p. en <http://redodem.org/wp-content/uploads/2019/09/REDODEM-Informe-2018.pdf> [7 de noviembre de 2020].

REDODEM (2020). Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes, México, 2020, 248 p. en https://redodem.org/wp-content/uploads/2020/09/REDODEM_Informe_2019.pdf [12 de noviembre de 2020].

Stoesslé, Phillipe; et al. (2020). La migración en tiempos de pandemia en Nuevo León: respuestas desde Casanicolás. Casa del migrante Casanicolás, Guadalupe, Nuevo León, México, 44 p. en: <https://www.casanicolas.org/post/alumnos-del-udem-elaboran-importante-documento-sobre-los-migrantes> [6 de noviembre de 2020].

Strauss Center-FM4 (2020). Migrant Caravans in Mexico Fall 2019-Spring 2020, Policy Research Project Report, Number 217, Strauss Center for International Security and Law, The Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, The University of Texas at Austin, May, 50 p. en <https://www.strausscenter.org/publications/migrant-caravans-in-mexico-2/> [10 de noviembre de 2020]

Tríptico (2020). Recomendaciones para el retorno de grupos de trabajo de corte de caña y sus familias ante la contingencia, Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural – Comité Nacional para el Desarrollo Sustentable de la Caña de Azúcar – El Colegio de la Frontera Sur.

UNDP (2020). Human Mobility, Shared Opportunities A Review of the 2009 Human Development Report and the Way Ahead, United Nations Development Project, New York, 114 p. en <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/Human-Mobility-Shared-Opportunities-A-Review-of-the-2009-Human-Development-Report-and-the-Way-Ahead.html> [3 de noviembre de 2020].

UNHCR | ACNUR México (2020). Agencias de la ONU celebran aprobación de reformas a favor de la niñez y adolescencia migrante, solicitante de asilo y refugiada, Comunicado de prensa, 30 de septiembre, en <https://www.acnur.org/es-mx/noticias/press/2020/9/5f74a37e4/agencias-de-la-onu-celebran-aprobacion-de-reformas-a-favor-de-la-ninez.html> [9 de noviembre de 2020].

UNICEF (2018). UNICEF pide garantizar los derechos de los niños y niñas migrantes y refugiados en todo momento y en todo lugar, Comunicado de prensa, Ciudad de Panamá, 21 de octubre, 3 p. en <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/unicef-pide-garantizar-los-derechos-de-los-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-migrantes-y-refugiados> [9 de noviembre de 2020].

UNICEF-UNDP (2020). Challenges posed by the COVID-19 pandemic in the health of women, children, and adolescents in Latin America and the Caribbean, Doc. UNDP LAC C19 PDS No. 19, September, 30 p. en <https://www.unicef.org/lac/media/16376/file/undp-rblac-CD19-PDS-Number19-UNICEF-Salud-EN.pdf> [10 de noviembre de 2020].

UPM/CEM (2018). Niños, niñas y adolescentes migrantes en situación migratoria irregular, desde y en tránsito por México, Unidad de Política Migratoria, Subsecretaría de Derechos Humanos, Migración y Asuntos Religiosos, Secretaría de Gobernación, México, febrero, 14 p. en http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/2803/1/images/NNYA_Sintesis_2018.pdf [13 de noviembre de 2020].

Expansión metropolitana, desigualdades territoriales y vulnerabilidad social ante la pandemia del COVID-19 en la región Centro de México

Adrián Guillermo Aguilar¹

Armando García de León²

Josefina Hernández Lozano³

Introducción

América Latina presenta profundas desigualdades entre territorios ricos y territorios pobres. Diversos indicadores de pobreza, desigualdad y sociodemográficos esconden agudas diferencias entre áreas urbanas y rurales, o al interior de los mayores aglomerados metropolitanos. La distribución espacial de la población y actividades productivas en la región muestra una marcada tendencia a concentrarse en pocos centros urbanos. Este alto grado de urbanización, con sus oportunidades y riesgos, señalan la persistencia y abandono del campo, así como carencia de opciones para el desarrollo de áreas rurales o localidades pequeñas. Es decir, territorios que no logran salir de la trampa que implican los altos niveles de pobreza y vulnerabilidad social que enfrenta la población en virtud de la localización de su residencia territorial (CEPAL, 2018: 151).

El fenómeno inesperado de la pandemia del COVID-19 mantiene efectos devastadores en América Latina en cuanto a número de decesos se refiere. Los efectos económicos y sociales tienen diferentes magnitudes en cada país. En este escenario, las metrópolis han sido protagonistas pues en ellas se concentran los mayores impactos de la nueva enfermedad. Las grandes áreas urbanas suponen las principales concentraciones de contagios y, a la vez, son los centros de mayor propagación del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (Méndez, 2020: 48). Aunque la transmisión del COVID-19 alcanza una cobertura mundial, en gran medida merece reconocerlo como un fenómeno urbano, o mejor dicho metropolitano.

1 Investigador Titular, Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México

2 Técnico Académico, Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México

3 Técnica Académica, Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México

Los efectos de la pandemia han sido múltiples pero la paralización de todo tipo de actividades metropolitanas tiene efectos verdaderamente preocupantes para el funcionamiento urbano. En términos económicos, representa pérdida de empleos por el cierre multitudinario de negocios, un aumento del desempleo e incremento de la informalidad. En términos sociales acelera la pobreza urbana, dando lugar a situaciones familiares preocupantes como mayores agresiones y violencia doméstica. En términos sanitarios, la pandemia ha puesto en evidencia los déficits y carencias de los sistemas de salud; de manera particular, su poca capacidad de respuesta. La paralización de la actividad urbana también resulta muy desigual en función de la vulnerabilidad de cada territorio, que no solo depende de la intensidad mostrada por la crisis sanitaria, sino también de su trayectoria previa y estructura económica, social e institucional. A las desigualdades pre-existentes en las grandes zonas metropolitanas se suman los efectos de la pandemia. Uno de los grandes desafíos es valorar las condiciones preexistentes de vulnerabilidad socio-territorial, junto a la letalidad del impacto de la pandemia, para diseñar y aplicar políticas públicas encaminadas a reducir las inequidades territoriales y las condiciones de pobreza que propician mayores niveles de vulnerabilidad.

Las desigualdades territoriales son un elemento clave en el desarrollo sostenible ya que estas agravan las inequidades económicas, sociales y ambientales tanto a escala nacional como a nivel local y regional. En este sentido, es primordial reducir las brechas existentes en la calidad de vida y condiciones de salud de las personas en relación con el territorio que ocupan. Es fundamental promover territorios más articulados e integrados con pleno acceso a servicios sociales básicos, favoreciendo igualdad de oportunidades al interior de las grandes zonas metropolitanas, en ciudades pequeñas y asentamientos rurales dispersos (CEPAL, 2013: 27-28).

En este contexto, el objetivo del presente estudio es analizar la vulnerabilidad socio-territorial de la región centro de México para caracterizar sus zonas metropolitanas, las zonas urbanas y los municipios rurales, en vinculación con la pandemia del COVID-19 y con base en la construcción de un Índice de Vulnerabilidad Socio-Territorial (IVST). Dicho Índice, es un referente capaz de determinar el grado de fragilidad e indefensión social en que se encuentra la población, a partir de una batería de indicadores representativos de nueve dimensiones socioeconómicas, a fin de identificar algunos de los patrones de distribución territorial que puedan ser característicos de la vulnerabilidad. A través del IVST se intentan reflejar los tres atributos fundamentales de la vulnerabilidad: su multidimensionalidad, la profundidad de la fragilidad social actual y su variación socio-territorial. El capítulo está organizado en seis apartados. En el primero, se discute el significado del concepto de vulnerabilidad socio-territorial y cómo sus condiciones se han agravado en la fase de la globalización económica; el segundo, elabora consideraciones sobre la medición de condiciones de vulnerabilidad social y señala cuales son las dimensiones e indicadores generalmente considerados; el tercero, profundiza en los aspectos metodológicos en la construcción de un Índice de Vulnerabilidad Socio-Territorial, los indicadores usados y las técnicas estadísticas aplicadas; el cuarto, presenta los resultados de aplicación del índice a nivel municipal, enfatizando las realidades metropolitanas, urbanas y rurales y los indicadores que presentan las peores condiciones, y el último apartado, relaciona los resultados del Índice con el número de contagios del COVID-19 a nivel municipal; para finalizar con unas conclusiones generales.

1. Aspectos conceptuales de la vulnerabilidad socio-territorial

La palabra *vulnerabilidad* es una categoría idónea para capturar las distintas formas en que los cambios económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales —asociados tanto con procesos de globalización como con eventos estructurales y coyunturales, por ejemplo, las crisis económicas y sanitarias generadas por epidemias y pandemias (como el COVID-19)—, impactan en las condiciones y la calidad de vida de la población, especialmente entre los sectores empobrecidos (UN, 2003: 7; Kirby, 2004: 2). La vulnerabilidad tiene dos dimensiones relacionadas: un riesgo creciente para la vida de las personas en el mundo actual y la erosión de los mecanismos para sobrevivir y recuperarse de tales riesgos. Este concepto se basa en un entendimiento amplio del bienestar que no se limita a los aspectos materiales, por lo tanto, refleja más cabalmente las preocupaciones de los pobres respecto a su sentimiento de indefensión (Kirby, 2004: 13).

La vulnerabilidad no es lo mismo que pobreza; esta última significa carencia o necesidad; la primera es indefensión, inseguridad, exposición al riesgo y a los impactos (Pizarro, 2001: 12). Particularmente, en América Latina se produjo un gran número de estudios e investigaciones, muchos de ellos elaborados por colaboradores de la CEPAL, donde se desarrolló un enfoque analítico con base en la vulnerabilidad social. La noción de “vulnerabilidad” fue resultado de una insatisfacción y agotamiento de los conceptos previos para avanzar en el análisis y explicación de la privación extrema. Incluso, reposicionó el debate de la problemática social y, al separarse de la dicotomía pobre-no pobre, se centró en la acepción de configuraciones vulnerables que cualquier grupo social pudiera enfrentar con una tendencia de movilidad social descendente (CEPAL, 1994; Minujin, 1998; Filgueira, 2001: 7; Busso, 2001; Pizarro, 2001).

El concepto de vulnerabilidad surge de factores internos y externos que se combinan con debilidades de individuos o grupos sociales en un espacio y tiempo definidos. Los términos de *fragilidad*, *indefensión*, *desamparo*, *debilidad* e *inseguridad*, transmiten la esencia de una situación crítica y si estas circunstancias se combinan con debilidades específicas, entonces los efectos negativos sobre el bienestar social, como en la salud, serán catastróficos. Las fuentes de esta problemática son diversas, por ello, en mayor o menor medida todas las personas y grupos sociales son vulnerables: por cuestiones de ingresos económicos, por ausencia de cobertura de salud, por patrimonio, por lugar de residencia, por origen étnico, por factores políticos etc.; por infinidad de motivos que representan riesgos e inseguridades, las cuales tienen expresión territorial, secuencia temporal o características de reproducción social (Busso, 2001: 8-9; Minujin, 1998: 174-176).

La vulnerabilidad se manifestó en los recursos o dimensiones de que disponen las familias y personas en las áreas urbanas de América Latina que sufrieron el impacto del patrón de desarrollo de la apertura comercial. Estos recursos, según Pizarro (2001), fueron sobre todo cuatro: (i) *el trabajo*, con mayor inestabilidad y precariedad en el empleo, e informalidad; (ii) *el capital humano*, donde sin importar el tipo de educación y sistema de salud al que se tenía acceso, no se aseguraban garantías de su fortalecimiento, ni mucho menos resguardo sobre la salud de las personas y de la población en general; (iii) *el capital físico del sector informal*, que vio debilitados sus activos productivos, con limitadas políticas estatales de

protección y subsidios, y (iv) *las relaciones sociales*, que afectaron las formas tradicionales de organización, de participación social y de representación política (Pizarro, 2001: 14-15).

Hay que enfatizar que el concepto de vulnerabilidad, además de tener una connotación eminentemente social, también tiene una dimensión espacial. Los procesos de carencias y fragilidad social se concentran en grupos sociales y en ámbitos territoriales específicos según su historia reciente y su condición socioeconómica. El concepto de vulnerabilidad territorial resulta de gran utilidad para saber por qué algunos lugares muestran una especial fragilidad ante determinadas circunstancias, mientras otros resultan más favorecidos y experimentan efectos más atenuados. Pueden definirse como vulnerables aquellos lugares con alta probabilidad de verse afectados de forma negativa por algún acontecimiento en función de dos tipos de razones: por un lado, una elevada exposición a riesgos de diversa naturaleza que escapan a su control; por otro lado, su escasa capacidad de respuesta, tanto por sus debilidades internas como por la falta de apoyo externo para atenuar los daños provocados (Méndez, 2017: 13)⁴.

2. La medición de la vulnerabilidad

Básicamente, la vulnerabilidad es un fenómeno multidimensional y por lo tanto tiene varias formas de evaluarse, además, cada disciplina genera su propia definición, lo que lleva a diferentes conceptos y métodos según el interés particular; por lo que no hay razón para suponer que estas alternativas serán universales en todos los campos disciplinares (Paul, 2013). En este sentido, St. Bernard (2004a) destaca que en los años noventa la literatura sobre índices de vulnerabilidad y su medición se centraba en el aspecto económico de la ecuación, y menciona que el evidente impulso a establecer índices de tipo económico no encontró esfuerzos ni logros equivalentes en el ámbito de la vulnerabilidad social. La medición del fenómeno de la vulnerabilidad tiene amplia coincidencia con las recomendaciones del Consenso de Montevideo en cuanto a “promover la utilización del análisis sociodemográfico georreferenciado, desagregado por sexo, raza y etnia, para mejorar la planificación territorial y la gestión del riesgo ambiental” (CEPAL, 2013:28). Y así, generar estadísticas y proponer indicadores y análisis estadísticos que permitan realizar análisis sociodemográficos sobre distintos aspectos y condiciones de las personas y las poblaciones.

Con respecto a la medición, Wisner *et al.*, (2004) plantean que “la vulnerabilidad social es difícil de cuantificar, principalmente porque se trata de una combinación de factores que determinan el grado en que la vida, los medios de subsistencia, los bienes y otros activos de una persona se ponen en peligro por un acontecimiento discreto e identificable (o una serie o cascada de tales acontecimientos) en la naturaleza o en la sociedad” (citado por Holand, *et al.*, 2011). En resumen, la vulnerabilidad se puede analizar desde distintos factores (dimensiones): ambientales, físicos, económicos y sociales, lo que permite entender la vulnerabilidad como un proceso complejo, dinámico y cambiante, que determina que una población

⁴ Una línea de investigación enfocó sus esfuerzos en interpretar la vulnerabilidad en relación con los desastres de origen natural; concluyendo que, la vulnerabilidad de la población se genera por procesos socioeconómicos y políticos que influyen en la forma como las amenazas afectan a la gente de diversas maneras y con diferente intensidad (Blaikie, Cannon, David y Wisner, 1996: 11; Hilhorst y Bankoff, 2004).

quede expuesta o no a la ocurrencia de un evento (Wilches-Chaux, 1998: 29). En el caso de la salud, los indicadores frecuentes están relacionados con la afiliación a algún servicio médico, el número de médicos y/o el número de camas de hospital por habitante y con la tasa de mortalidad materna e infantil.

Precisamente, su característica multidimensional es un elemento importante en la definición del concepto para su análisis, pero es su medición lo que puede presentar un desafío al no ser un fenómeno directamente observable (Hinkel, 2011). Es decir, como todos los fenómenos sociales, la vulnerabilidad no es susceptible de observación directa, por lo que su cuantificación implica el proceso de vincular procesos abstractos con indicadores empíricos (Mora, 2017), lo que es posible a través del proceso de operacionalización, comúnmente llamado metodología de estimación (Hinkel, 2011). Este proceso comprende cuatro fases: la definición del concepto, la especificación de las dimensiones, la elección de los indicadores y la síntesis de los indicadores o elaboración de un índice (Lazarsfeld, 1973). Lo anterior requiere de una amplia revisión de la literatura disponible sobre el tema de investigación.

Con el propósito de avanzar en la construcción de un índice de vulnerabilidad social, se realizó una búsqueda de literatura relacionada al tema para identificar la operacionalización del concepto y, sobre todo, identificar a los referentes utilizados. En una primera selección se revisaron un total de 55 estudios y finalmente se redujeron a doce, por ser los más consistentes en su planteamiento y metodología. Con base en estos materiales se obtuvo información sobre los parámetros o dimensiones empleados en cada propuesta de índice, los cuales se listan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Dimensiones e Indicadores que componen cada índice

Autor	Total	
	Dimensiones	Indicadores
Con, et al., 2009	5	10
St. Bernard	5	10
Gutiérrez y González	3	6
PNUD	5	15
Yañez y Muñoz. 2017	4(12)*	54
Lee, 2014	5	13
Duran, 2017	4	24
Philip y Rayhan, 2004	6	27
Flanagan etal, 2011	4	15
García y Villerías, 2017	-	5
Ortíz y Diaz, 2018	6	-
Perona etal s.f.	6	24

Fuente: Elaboración propia.

*El número entre paréntesis indica la cantidad de sub-dimensiones

En cuanto a la clase de indicadores, estos pueden ser definidos como positivos o negativos, dependiendo de si el valor más elevado corresponde con una situación favorable o desfavorable (Actis, 2008). En la mayoría de los trabajos revisados, combinan ambas clases de indicadores (ver cuadro 2), alternativa que consideramos inviable por generar resultados difíciles de interpretar, derivados de la inconsistencia en la lógica de comparación.

Cuadro 2. Tipo de Indicadores de cada índice

Autor	Cantidad de Indicadores		
	Positivos	Negativos	Total
Con, et al., 2009	4	6	10
St. Bernard	5	5	10
Gutiérrez y González	0	6	6
PNUD	3	12	15
Yañez y Muñoz. 2017	43	11	54
Lee, 2014	12	1	13
Duran, 2017	18	6	24
Philip y Rayhan, 2004	15	12	27
Flanagan etal, 2011	1	14	15
García y Villerías, 2017	0	5	5
Perona etal s.f.	23	1	24
Ortiz y Diaz, 2018	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

La construcción de un índice no debe ser complicada y debe basarse en elementos relativamente fáciles de obtener y procesar (Briguglio, 1995: 1618). Los datos utilizados para la construcción de un índice generalmente se obtienen de diferentes fuentes de información y puede ser imposible que una sola ofrezca la información completa (Actis, 2008). En los artículos revisados, las fuentes principales son los censos de población y vivienda, encuestas de los hogares, y en un caso la información se obtuvo a partir de entrevistas.

En la revisión de la literatura se encontró que, en la selección de variables que sirvieron para diseñar indicadores —además de la disponibilidad de datos provenientes principalmente de censos y/o encuestas oficiales— el criterio principal estuvo determinado por consideraciones teóricas y análisis empírico. Resalta la utilización de indicadores espaciales para generar los índices de vulnerabilidad social, lo que implica la posibilidad de cubrir más aspectos (Cutter, *et al*, 2003 citado por Paul, 2013).

En cuanto al número deseable de variables, algunos autores consideran que sería ideal contar con una cantidad de indicadores suficiente para abarcar todos los aspectos, pero no se encontró un consenso

sobre una cifra específica. Recordemos que la vulnerabilidad es un concepto multidimensional por lo que incluir todos los factores que la componen en un solo índice es una tarea complicada.

A partir de la información anterior se realizó el proceso de operacionalizar la construcción de un índice de vulnerabilidad social (ver cuadro 3). Se tomó en cuenta la definición conceptual del fenómeno de vulnerabilidad social y después se consideraron aquellos factores más representativos de la realidad social y económica actual de México.

3. Aspectos metodológicos de la construcción del índice de vulnerabilidad socio-territorial

Para construir un Índice de Vulnerabilidad Socio-Territorial (IVST) para la región Centro de México, primero se evalúa la disponibilidad de información (variables estadísticas) para después elegir los parámetros fundamentales, luego se determina la escala territorial, y posteriormente, se aplica la técnica estadística del índice medio para determinar los grados de vulnerabilidad socio-territorial entre zonas metropolitanas y municipios no metropolitanos.

Cuadro 3. Operacionalización de la Vulnerabilidad Social

Concepto	Dimensiones	Indicadores
Vulnerabilidad Social	Económica	Población bajo la línea de pobreza (CONEVAL)
		Población que recibe menos de dos salarios mínimos
		Población ocupada en actividades informales
	Violencia y Criminalidad	Homicidios por cada 100,000 habitantes
		Delitos por cada 100,000 habitantes
	Educación	Analfabetismo
		Población de 15 años o más sin educación básica completa
		Población de 5 a 15 años que no asisten a la escuela
	Salud	Población no derechohabiente
		Población derechohabiente al Seguro Popular
		Tasa de Mortalidad Infantil
	Vivienda	Viviendas sin agua corriente en el interior
		Mala calidad de materiales en techos
		Viviendas con menos de dos cuartos

Concepto	Dimensiones	Indicadores
Vulnerabilidad Social	Arquitectura de la comunicación	Viviendas que no disponene de internet
		Viviendas que no disponen de computadora
		Viviendas que no disponen de celular
	Población	Población en edad dependiente (más de 64/menos de 15 años)
		Relación número de cuartos/número de personas
		Hacinamiento en la vivienda (habitantes por vivienda)
		Población nativa de la entidad
	Vulnerabilidad de Género	Denuncia de delitos hacia las mujeres por cada 100.000 habitantes
		Tasa de fecundidad de madres adolescentes
	Protección Social	Población que cuenta con prestaciones
Población mayor de 65 años que cuenta con pensión		

Fuente: Elaboración propia.

Se busca que este IVST refleje los tres atributos fundamentales de la vulnerabilidad: su multidimensionalidad, la profundidad de la fragilidad social actual y su variación socio-territorial. Y, sobre todo, que refleje las deficiencias del componente de salud en una fase en que es imprescindible contar con este tipo de servicios para atender los efectos de la pandemia; es conocido que los sistemas de salud en el país siguen estando fragmentados y proporcionan acceso inadecuado a los servicios por parte la población más pobre.

Este estudio se concentra en la región Centro de México, integrada por siete estados y que representa el 5% del territorio nacional. Sin embargo, su importancia demográfica es sumamente alta: en 2015 ubicaba 39,3 millones de habitantes, equivalente al 33,1% del total nacional. Se trata de un territorio muy urbanizado, donde las zonas metropolitanas y los centros urbanos abarcan el 84% de la región. El área de estudio contabiliza 553 municipios y enfrenta un intenso proceso de metropolización pues dentro de sus límites se encuentran 13 zonas metropolitanas, integradas por 192 municipios y alcaldías. Los 361 casos adicionales contienen una ciudad chica o corresponden a lugares eminentemente rurales. Se seleccionó la región centro por sus contrastes y desigualdades pero, principalmente, por registrar tanto el mayor número de casos positivos como la cantidad de muertes por COVID-19 más elevada.

Para la construcción del IVST se trató de representar el carácter multidimensional del bienestar social y mostrar una serie de parámetros reconocidos por su potencial de empeorar las condiciones de vida. El análisis incorpora nueve “familias” de indicadores consideradas relevantes para México y a partir de ellas se seleccionaron 25 indicadores; ambos elementos están especificados en el cuadro 3.

En este estudio, la principal dificultad fue la ausencia de datos, en particular a nivel de Área Geoestadística Básica (AGEB) o a nivel localidad. Por lo anterior, se decidió que el municipio debía ser

la escala básica de análisis. Una dificultad adicional fue que algunas de las fuentes de información (por ejemplo, la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI) provienen de sondeos relativamente nuevos, centrados en los municipios más poblados, por lo cual dejan sin información un alto número de casos con menor importancia demográfica, como puede apreciarse en el cuadro 4, donde se destaca que 69 de los municipios que también integran las zonas metropolitanas presentan uno o más indicadores sin información. Lo mismo sucede con 284 municipios ajenos a estas zonas, sumando así 353 casos sin datos completos.

Por ende, resultó inviable estandarizar valores para todos los municipios, después de encontrar 353 unidades sin información completa, tal y como lo resumen cuadro 4 y el cuadro 5.

Cuadro 4. Región Centro: disponibilidad de indicadores socioeconómicos a nivel municipal, 2015

Clave de Z.M.	Región Centro: Municipio y Zonas Metropolitanas	Disponibilidad de datos por municipio:			Habitantes en municipios con información:		
		Completa	Incompleta	Total	Completa	Incompleta	Total
13	ZM Valle de México	49	27	76	18,718,266	2,174,458	20,892,724
18	ZM Pachuca	3	4	7	472,933	84,160	557,093
19	ZM Tulancingo	2	1	3	219,370	37,292	256,662
20	ZM Tula	4	1	5	196,729	28,490	225,219
24	ZM Toluca	6	9	15	1,688,692	427,814	2,116,506
28	ZM Cuernavaca	6	2	8	917,188	66,177	983,365
29	ZM Cuautla	4	2	6	400,711	74,730	475,441
34	ZM Puebla-Tlaxcala	25	14	39	2,628,142	313,846	2,941,988
35	ZM Tehuacán	1	1	2	319,375	25,228	344,603
36	ZM Querétaro	3	1	4	1,216,890	38,295	1,255,185
46	ZM Tlaxcala-Apizaco	18	1	19	535,001	5,272	540,273
58	ZM Tianguistenco	1	5	6	77,147	93,314	170,461
59	ZM Teziutlán	1	1	2	97,590	34,196	131,786
	Subtotal Z.M.	123	69	192	27,488,034	3,403,272	30,891,306
	Otros	77	284	361	3,416,528	5,040,699	8,457,227
	Total Región Centro	200	353	553	30,904,562	8,443,971	39,348,533

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Encuesta Intercensal 2015. CONAPO, Delimitación de las Zonas Metropolitanas de México 2015.

Se procedió entonces a contabilizar únicamente los 200 municipios o alcaldías que contaban con datos para sus 25 indicadores (ver cuadros 5 y 6), dejando de lado los demás, a pesar de su elevado número (353 casos).

Cuadro 5. Región Centro: disponibilidad de indicadores socioeconómicos por municipio o alcaldía, 2015

Condición de municipios o alcaldías según disponibilidad de indicadores		Municipios o alcaldías pertenecientes a una zona metropolitana
Con todos los indicadores	200	123
con 1 indicador faltante	74	24
con 2 indicadores faltantes	33	8
con 3 indicadores faltantes	243	37
con 5 indicadores faltantes	2	0
con 13 indicadores faltantes	1	0
Total de municipios o alcaldías	553	192

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI. Encuesta Intercensal 2015. CONAPO. Delimitación de las Zonas Metropolitanas de México 2015.

Dicho de otra manera, el IVST que se presenta es sobre todo representativo de la realidad metropolitana y urbana, y en menor medida de la realidad rural de la región centro, porque de los 200 municipios analizados: 123 pertenecen a zonas metropolitanas correspondientes a los municipios centrales y menos periféricos; de los 77 restantes, 63 de ellos corresponden a municipios urbanos que contienen una ciudad de tamaño intermedio o de tamaño chico, y los 14 que restan tienen características esencialmente rurales.

Al tener definida la base de datos (200 municipios y alcaldías con información completa), se procedió a estructurar un índice de vulnerabilidad aprovechando las capacidades ofrecidas por la técnica multivariada del Valor Medio (García de León, 1989). Ejemplos prácticos pueden encontrarse en trabajos de Cattapan (2009); García de León y Humacata (2019) y Santana (2020). Tal y como lo expresa García de León (2019), sobre este recurso metodológico:

Se consideró una alternativa recomendable ante las limitaciones características del Análisis Factorial (o de Componentes Principales), el cual únicamente toma en cuenta aquellos indicadores iniciales con alta correlación entre sí y deja de lado los demás, en el proceso de determinar un índice representativo (primer componente). Además de perder un mínimo de la información original, la técnica estadística del Valor Medio también permite recuperar los valores de indicadores individuales para casos específicos. (García de León, 2019:4)

A partir de la técnica multivariada empleada, conviene recordar que el valor del índice general será proporcional al nivel de vulnerabilidad y podrá tomar valores desde 1 hasta 6. En consecuencia, es viable generar cinco categorías empezando con los niveles “Muy inferior” e “Inferior” a la media del conjunto municipal donde calificarán los casos territoriales donde esta problemática se presenta en menor grado.

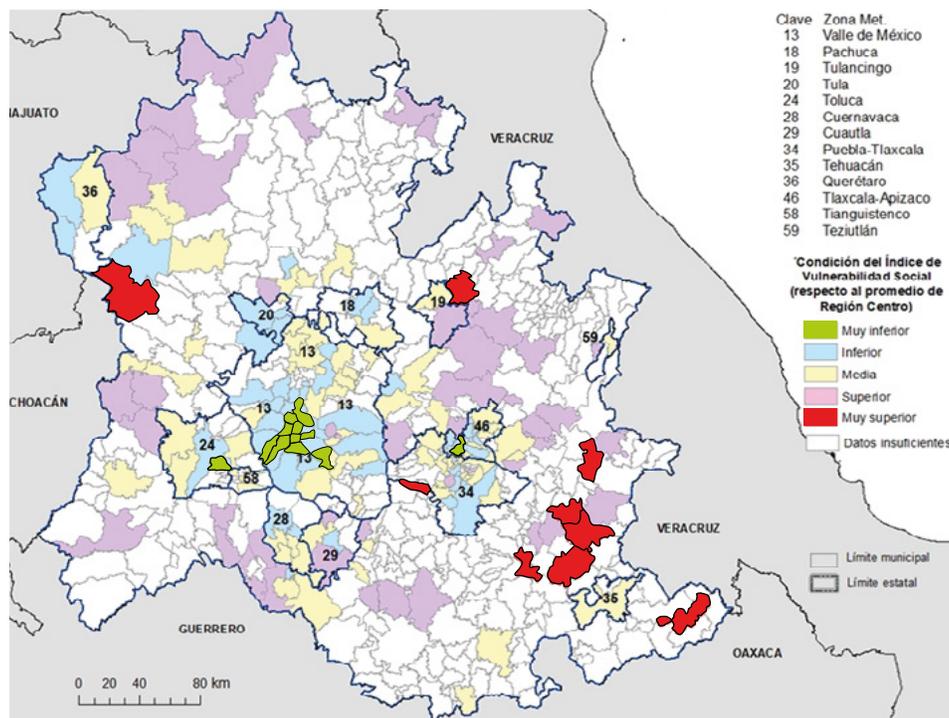
4. Resultados del índice de vulnerabilidad socio-territorial para la región Centro de México

Los resultados del IVST se presentan para cada una de las zonas metropolitanas y los municipios urbanos y rurales (200 casos en total). En el análisis se enfatizan tres aspectos cruciales: primero, la intensidad de la vulnerabilidad socio-territorial por condición metropolitana y no metropolitana; segundo, la distinción de las mejores y peores condiciones en cada dimensión; y tercero, la identificación de los que hemos denominado “territorios de la vulnerabilidad”.

4.1 La vulnerabilidad socio-territorial por condición metropolitana y no metropolitana

Como se indicó anteriormente se recurrió a la determinación de promedios de cada municipio respecto al promedio regional para obtener las diferenciaciones socio-territoriales, con solamente 200 municipios (de zonas metropolitanas y ajenos a ellas), los cuales contaban con todos sus parámetros. Para este fin, el mapa 1 permite identificar dos aspectos muy importantes.

Mapa 1. Condición del IVST a nivel municipal, 2015



Fuente: elaboración propia con datos del INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Anuarios Estadísticos y Geográficos por Entidad Federativa. CONAPO; Delimitación de las Zonas Metropolitanas de México, 2015.

En primer lugar, se aprecia que al interior de las zonas metropolitanas (ZMs) existe una marcada diferencia entre los llamados municipios centrales⁵, y aquellos de la periferia urbana; generalmente los reconocidos como centrales son los que obtienen las mejores calificaciones en el IVST; gracias al predominio de grados de vulnerabilidad bajos o muy bajos. En cambio, en los municipios periféricos las calificaciones se refieren a valores medios y altos. Hay que resaltar que dentro de las ZMs no encontramos municipios con vulnerabilidad muy alta. En segundo lugar, destaca que los municipios que no pertenecen a las ZMs, en su mayoría, presentan las peores calificaciones en el IVST. Como ya se había mencionado, estos ubican ciudades medias, chicas o son de carácter eminentemente rural.

Las cuatro principales agrupaciones, con alta y muy alta vulnerabilidad, se localizan en el norte del estado de Querétaro, entre las ZMs de Tulancingo y Tlaxcala-Apizaco, así como las de Puebla-Tlaxcala y Tehuacán, y al sur del estado de Morelos. Hay que destacar una serie de municipios con los niveles de muy alta vulnerabilidad, que en general están alejados del conglomerado de las varias ZMs asentadas en la región Centro.

Por otra parte, y como ejemplo representativo sobre las condiciones contrastantes de vulnerabilidad socio-territorial, podemos señalar que de las 15 unidades con menor vulnerabilidad en toda la región

⁵ Los municipios centrales contienen a una ciudad central que es la localidad geoestadística urbana o conurbación que da origen a la zona metropolitana; el umbral mínimo de población de ésta se fijó en 100 mil habitantes (CONAPO, 2018).

Centro, la ZM del Valle de México acumula 11; en tanto las ZMs de Pachuca, Toluca, Querétaro y Tlaxcala aportaron un municipio cada una. El polo opuesto, de más alto grado de vulnerabilidad, está representado por 15 unidades municipales, todas fuera de alguna zona metropolitana, donde el Estado de Puebla participa con 11, mientras Hidalgo, Morelos, Querétaro y Tlaxcala cuentan con una por entidad federativa.

En resumen, podemos afirmar que la condición metropolitana y la categoría de municipio central metropolitano, influyen de manera significativa en los niveles de vulnerabilidad socio-territorial en el conjunto de municipios de la región Centro.

4.2 Condiciones municipales en las nueve dimensiones de vulnerabilidad según el IVST

Para cada dimensión se pueden apreciar dos aspectos muy importantes: primero, la intensidad de la vulnerabilidad presenta marcadas diferencias entre los municipios de zonas metropolitanas y aquellos que no lo son y, segundo, se destacan las dimensiones con peores condiciones según el número de municipios calificados en niveles altos y muy altos del IVST (véase cuadro 6).

Cuadro 6. Grados del IVST por dimensión a nivel municipal

ZMs y municipios no metropolitanos	Número de municipios según grado del IVST					
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	Total
Dimensión Económica						
Zonas Metropolitanas	3	18	34	37	31	191
Municipios no metropolitanos	34	21	12	8	2	77
Dimensión Violencia y Criminalidad						
Zonas Metropolitanas	1	14	95	13		191
Municipios no metropolitanos	1	21	50	5		77
Dimensión Educación						
Zonas Metropolitanas	3	14	31	48	27	191
Municipios no metropolitanos	29	23	21	4		77
Dimensión Salud						
Zonas Metropolitanas	2	29	63	28	1	191
Municipios no metropolitanos	7	12	51	7		77
Dimensión Vivienda						
Zonas Metropolitanas	9	22	28	43	21	191
Municipios no metropolitanos	25	20	24	7	1	77
Dimensión Arquitectura de la comunicación						
Zonas Metropolitanas	7	18	42	20	36	191
Municipios no metropolitanos	42	23	9	3		77
Dimensión Población						
Zonas Metropolitanas	1	23	43	40	16	191
Municipios no metropolitanos	36	20	14	7		77
Dimensión Protección Social						
Zonas Metropolitanas	13	26	28	29	27	191
Municipios no metropolitanos	42	16	11	6	2	77
Dimensión Vulnerabilidad de Género						
Zonas Metropolitanas	13	34	38	32	6	191
Municipios no metropolitanos	3	22	31	16	5	77

Fuente: Cálculos propios

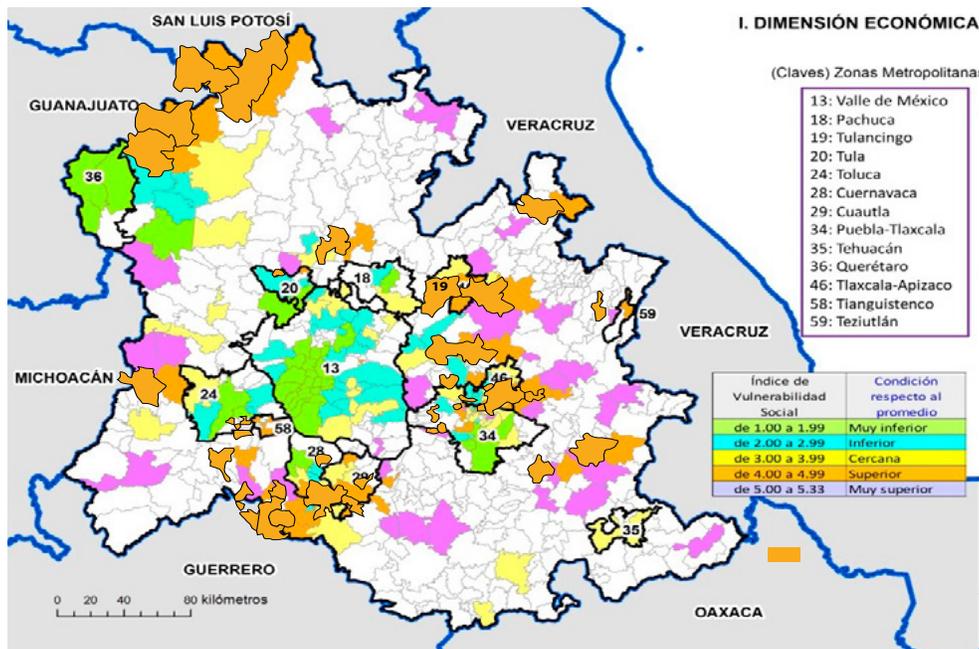
Si nos concentramos primero en los municipios que pertenecen a zonas metropolitanas y sumamos los niveles muy alto y alto (resultantes del IVST), observamos que las dimensiones que presentan mayor fragilidad o debilidades son cuatro: en primer lugar, la de violencia de género que aparece en 47 casos, evidencia del alto número de delitos contra las mujeres y de embarazos adolescentes; en segundo lugar, la de protección social (39 municipios), asociada con bajos porcentajes de beneficios sociales en la forma de pensiones u otras prestaciones; en tercer término, la de salud (31 municipios) está relacionada a la anterior porque indica carencias importantes en la prestación del servicio médico y la ausencia de una buena infraestructura. Estos datos nos confirman la baja capacidad —en términos del número de camas y de personal médico— que han presentado los hospitales para brindar atención a la población contagiada de COVID-19, y finalmente, la dimensión de vivienda (31 casos), dependiente del tamaño de la vivienda, calidad de materiales y presencia de agua en el interior

Estas cifras reflejan varios de los problemas críticos en los contextos metropolitanos, derivados de la alta densidad y el hacinamiento, ciertos riesgos sociales, alta criminalidad, y la falta de infraestructura de salud y ausencia de prestaciones laborales (véase cuadro 6 y los mapas de cada dimensión). En el otro extremo, resulta obvio señalar que el mayor número de municipios con los niveles más bajos de vulnerabilidad se encuentran precisamente sobre las porciones centrales de las zonas metropolitanas.

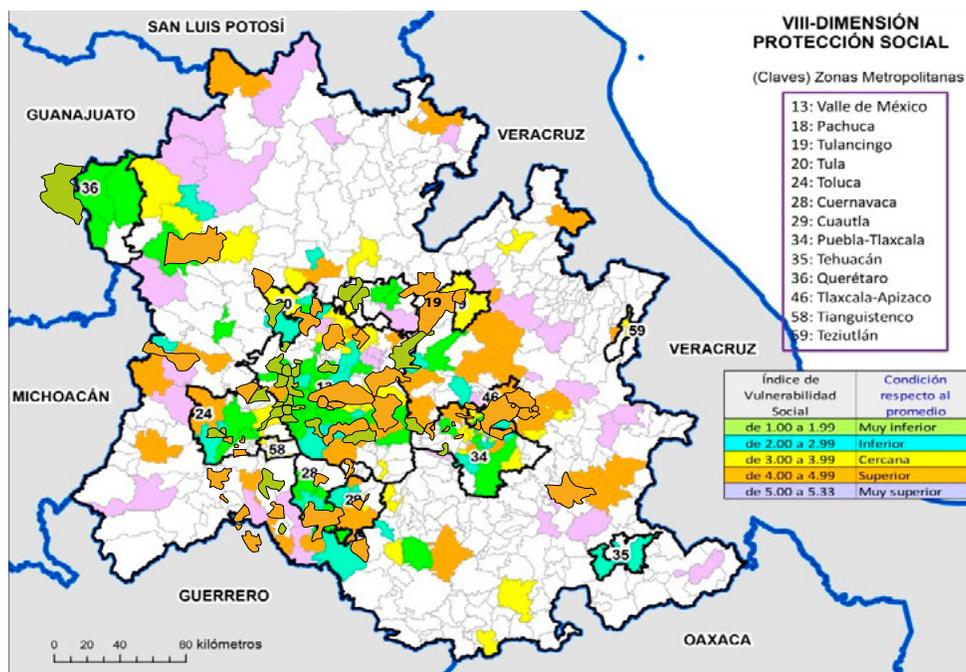
Ahora, si nos enfocamos en los municipios no metropolitanos, lo primero que sobresale es una situación de vulnerabilidad socio-territorial, con tendencia a empeorar, porque en este grupo existe un mayor número de municipios con una calificación de alto y muy alto nivel de vulnerabilidad, sobre todo para cinco dimensiones: primero, en arquitectura de la comunicación (65 municipios), relativa a la falta de acceso a las nuevas tecnologías como internet, computadora o celular; segundo, la dimensión de protección social (58 municipios), indicativa de la ausencia de prestaciones o del beneficio de una pensión; tercero, población (56 municipios), que muestra un alto porcentaje de grupos dependientes, hacinamiento y fuerte presencia de población migrante; cuarto, el referente económico (55 municipios), asociado con una baja dinámica económica debido a altos porcentajes de pobreza, bajos ingresos y condición de informalidad laboral, y finalmente, la dimensión de educación (52 municipios), que significa altos porcentajes de población analfabeta, muy bajos niveles educativos, y falta de asistencia a la escuela de la población en edad escolar.

En otras palabras, en las zonas rurales y ciudades de tamaños medios y chicos son evidentes las graves carencias en varias dimensiones, que denotan profundas carencias de infraestructura y equipamiento, hacinamiento, alta proporción de grupos dependientes y falta de dinamismo económico en la creación de empleos, y población desprotegida por falta de prestaciones sociales (véase cuadro 6, y mapas de cada dimensión).

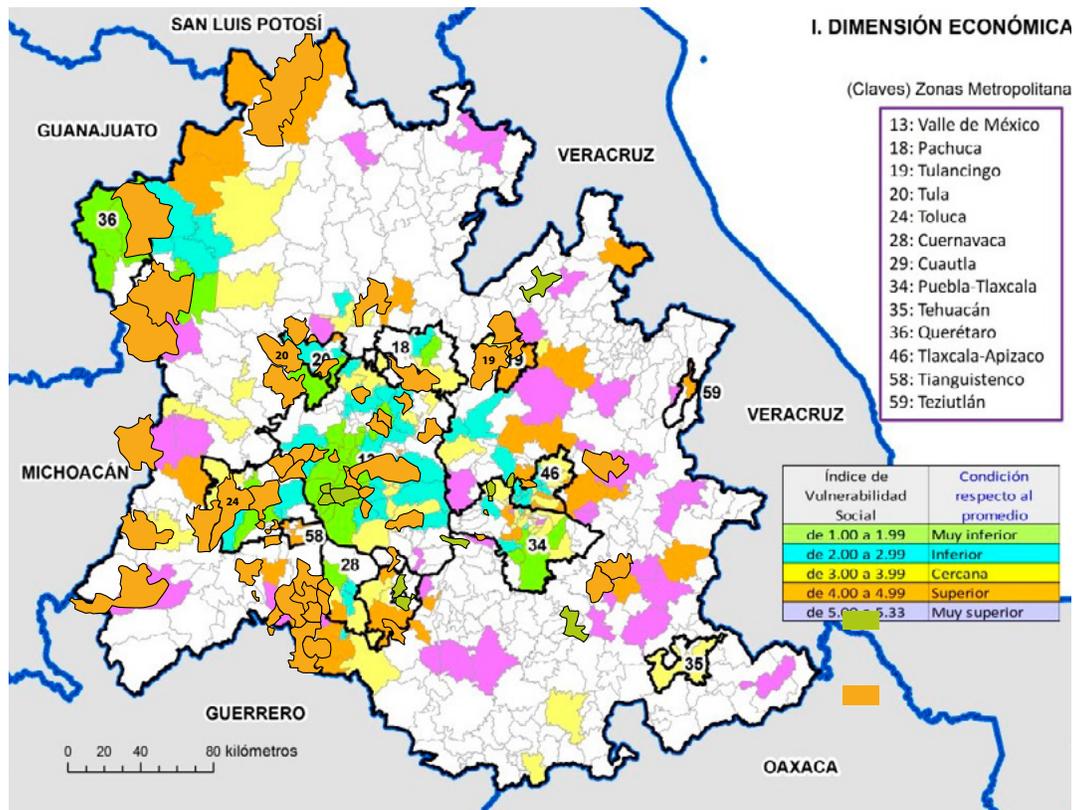
Mapa 2. IVST: dimensión económica, 2015



Mapa 3. IVST: dimensión de protección social, 2015



Mapa 4. IVST: dimensión vulnerabilidad de género, 2015



Fuente: elaboración propia con datos del INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Anuarios Estadísticos y Geográficos por Entidad Federativa. CONAPO; Delimitación de las Zonas Metropolitanas de México, 2015.

4.3 Territorios de la vulnerabilidad

Si profundizamos en el análisis territorial pero ahora revisando cada una de las dimensiones, podemos identificar qué municipios presentan las peores condiciones en el IVST y, además, determinar si se trata de casos metropolitanos o no; de esta manera se representarán los territorios de la vulnerabilidad. Por lo anterior, deben ser prioritarios para una política de ordenamiento territorial (véase cuadro 7 de grados altos del IVST por dimensión y municipio).

Cuadro 7. Grados Muy alto y Alto del IVST por dimensión a nivel municipal

Número de municipios por dimensión							
Zonas Metropolitanas	Económica	Violencia y criminalidad	Educación	Salud	Vivienda	Arquitectura de la comunicación	Población
Valle de México	2	2	3	11	9	3	6
Pachuca	1	1		1	1		
Tulancingo	1		1	1	2	1	1
Tula				1	2		
Toluca	1	5	1		2	1	1
Cuernavaca	2	3	4	1	3		
Cuatla	7		3		3		
Puebla-Tlaxcala			4	13	7	12	9
Tehuacán			1		1		
Querétaro		3					
Tlaxcala- Apizaco	5	1		3		7	5
Tianguistenco	1					1	1
Teziutlán	1				1		1
Municipios metropolitanos	55	22	52	19	45	65	56
Total	76	37	69	50	76	90	80

Fuente: Cálculos propios



Continúa

Número de municipios por dimensión			
Zonas Metropolitanas	Protección social	Vulnerabilidad de género	Total
Valle de México	15	22	73
Pachuca	1	2	6
Tulancingo	2	1	10
Tula	1	4	9
Toluca	1	4	10
Cuernavaca	1	5	20
Cuautla	2	1	14
Puebla-Tlaxcala	9	3	64
Tehuacán			2
Querétaro		2	5
Tlaxcala- Apizaco	6	2	29
Tianguistenco	1	1	5
Teziutlán			3
Municipios metropolitanos	58	25	397
Total	97	72	

Fuente: Cálculos propios

En primer lugar, se pueden identificar aquellos territorios o zonas metropolitanas con el mayor número de casos con alto y muy alto grado de vulnerabilidad. En este contexto, destacan cuatro ZMs: Valle de México (73 municipios), Puebla–Tlaxcala (64 municipios), Tlaxcala–Apizaco (29 municipios) y Cuernavaca (20 municipios); las dos primeras son las metrópolis más grandes de la Región Centro, y quizá por ello contienen una cantidad elevada de unidades municipales con rasgos urbano-rurales, demostrando que aun en ellas se presentan carencias en servicios, así como problemas sociales significativos.

En segundo lugar, y revisando otra escala espacial, al interior de cada zona metropolitana es posible identificar casos municipales individuales (o grupos de ellos), con los más altos grados de vulnerabilidad por cada dimensión. Por ejemplo, en la ZM del Valle de México se registraron 22 con problemas de vulnerabilidad de género, de entre los cuales los de peor calificación son Teoloyucan (6.0), Chalco (5.5) y Ecatepec (5.0); con deficiencias en protección social aparecen otros 15, y de peor calificación son San Martín de las Pirámides (5.5), Teotihuacán (5.5), y Milpa Alta (5.0), y con muy alta vulnerabilidad en salud se registran 11 municipios, encabezados por Chimalhuacán (4.6), otra vez Teotihuacán (4.3), y Chicoloapan

(4.3); en esta dimensión hay que destacar que la zona metropolitana de Puebla registra el mayor número de municipios (13) de alta vulnerabilidad. Además, hay que tomar en cuenta que enfermedades como el COVID-19, que se propagan a gran velocidad, pueden debilitar rápidamente la capacidad de la atención sanitaria.

Con estos últimos datos, puede anticiparse que serán varios los municipios (como ocurre con Teotihuacán) afectados por elevada vulnerabilidad y repetidos en más de una dimensión. Los más representativos de la situación anterior son Cuauhtémoc, en la Región Tulancingo, Hidalgo, presente en ocho dimensiones; Juan C. Bonilla en Puebla y Mazatecochco en Tlaxcala, pertenecientes a la Región Puebla-Tlaxcala; Xochitepec, en la Región Cuernavaca, y Tlayacapan, en Región de Cuautla, ambos en el estado de Morelos. Los municipios anteriores están calificados en lo más adverso dentro de seis dimensiones representativas de la vulnerabilidad socio-territorial.

El comportamiento anterior es un simple reflejo de la multidimensionalidad que alcanza este fenómeno en cada territorio. Y así, sucesivamente se podrían desglosar las características de cada zona metropolitana analizada en el presente artículo.

En tercer lugar, podemos apreciar al resto de municipios (77 casos), tanto rurales como urbanos (con ciudades de menores dimensiones), que inmediatamente sobresalen por tener una dimensión dentro de niveles de vulnerabilidad muy alta o alta. Destacan, sobre todo, las dimensiones de arquitectura de la comunicación, protección social, población y la económica. Tal y como podría anticiparse, la condición de ruralidad y de centros urbanos pequeños está muy asociada a muy altas vulnerabilidades socio-territoriales, en especial si los comparamos con los entornos metropolitanos, como queda demostrado en este análisis. Lo cual es un claro indicador de inequidad socio-territorial. También en estos territorios el COVID-19 afecta en mayor medida a las personas pobres, tanto por sus factores de riesgo como por la dificultad de sostener económicamente una cuarentena prolongada.

5. Incidencia de COVID-19 en la Región Centro a nivel municipal

Para complementar la estimación de la vulnerabilidad socio-territorial que se presentó anteriormente, en esta sección se hace referencia brevemente a la incidencia de casos positivos de COVID-19 a nivel municipal para toda la Región Centro. En el cuadro 8 se indica cómo el registro del total de casos positivos en la Región Centro representa el 36% de casos a nivel nacional, lo cual significa una alta incidencia, evidentemente por su alto nivel de urbanización.

Si apreciamos el número de contagios al interior de la región, inmediatamente nos damos cuenta de que la incidencia del COVID-19 ha sido un fenómeno metropolitano, tal como lo señalamos al principio de este texto, lo cual muestra las desigualdades territoriales del efecto de la pandemia. Las 13 zonas metropolitanas concentran poco más del 90% de los casos positivos y si desglosamos aquellas que

concentraron el mayor número de casos tenemos a las metrópolis más grandes, en primer lugar, a la ZM del Valle de México con el 69.4% de los casos, le siguen la ZM de Puebla-Tlaxcala con 8.7%, la ZM de Toluca con 4.5%, y la ZM de Querétaro con 3.4% del total regional. Claramente esta alta incidencia está directamente relacionada con la presencia de grandes aglomeraciones de población, con altas densidades que facilitan las altas tasas de contagio. Las grandes áreas urbanas son centros de concentración de contagios y de propagación del SARS-CoV-2. Sobre todo, estas cifras están relacionadas a condiciones de pobreza y de equipamientos urbanos deficientes o ausentes; por ejemplo, en la ZM del Valle de México, las alcaldías y municipios de más alta incidencia han sido: Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Tlalpan, Álvaro Obregón, y Ecatepec.

Cuadro 8. Región Centro: Casos COVID 19

	Casos	%
Valle de México	221,375	69.4
Pachuca	5,526	1.7
Tulancingo	1,149	0.4
Tula	1,326	0.4
Toluca	14,267	4.5
Cuernavaca	3,370	1.1
Cuautla	1,863	0.6
Puebla-Tlaxcala	27,893	8.7
Tehuacán	1,467	0.5
Querétaro	10,703	3.4
Tlaxcala- Apizaco	4,915	1.5
Tianguistenco	1,109	0.3
Teziutlán	757	0.2
Ciudades medias	4340	1.4
Ciudades pequeñas	16,282	5.1
Rural	2,763	0.9
No especificado	28	0.1
Región Centro	319,133	100.0
%Respecto al total Nacional	35.81	
Total Nacional	891,160	

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Datos Abiertos. Corte al 25 de Octubre de 2020.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

La crisis del COVID-19 ha tenido impactos que han causado retrocesos en todos los ámbitos del desarrollo tanto en el corto como en el largo plazo. Las medidas estrictas de confinamiento, impulsadas por el Gobierno, impidieron que en las zonas urbanas —donde los desplazamientos diarios forzosos entre lugar de residencia, trabajo y consumo son inevitables— las personas salieran a trabajar fuera de su hogar. Estas medidas afectaron desproporcionadamente, sobre todo, a las personas más vulnerables y a las familias de bajos ingresos.

Esta crisis ha aumentado el desempleo, se han reducido los salarios reales y se han cerrado micronegocios. Los trabajadores se han desplazado a la informalidad y las mujeres que no trabajaban han tenido que conseguir un empleo para compensar la pérdida de ingresos en el hogar. Según cálculos del BID (2020: 44), en América Latina los salarios han disminuido entre un 2% y un 10%, dependiendo de la severidad de la crisis, mientras que el desempleo ha aumentado (entre 1 y 3 puntos porcentuales), los empleos formales han disminuido y la pobreza ha aumentado (entre 1 y 3 puntos porcentuales). Es importante subrayar que la crisis nos ha revelado que no toda la población tiene acceso a tratamientos médicos gratuitos en los hospitales.

La pandemia de COVID-19 enfrentó a la población, de manera simultánea, a una emergencia sanitaria y a una crisis económica producto de las medidas de distanciamiento social, en donde los más vulnerables se han visto más afectados. Diversos estudios abordaron la vulnerabilidad identificando para sus análisis indicadores como la estructura de la población, el desempleo, la capacidad hospitalaria, la población en condición de marginación y pobreza; condiciones de la población que podrían afectar su capacidad para prepararse y responder a una pandemia (Sánchez *et al.*, 2020).

Para el caso del COVID-19 en la ciudad de Los Ángeles, en su análisis Ong, *et al.*, (2020) identificaron como población vulnerable a las minorías raciales, hogares de bajos ingresos y necesidades médicas insatisfechas; por su parte Barraza, *et al.*, (2020) identificaron a los hogares con jefaturas de mujeres, hogares con población dependiente mayor de 60 años y hogares dependientes de ingreso de remesas. Finalmente, Hernández (2020) señala que para el caso de México se ha detectado que la mortalidad por COVID-19, ha tenido el porcentaje más alto pues 71% de los hombres fallecidos se encontraban en el rango de edad entre 40 y 69 años. En cuanto a la escolaridad, el 71% de las muertes tenía una escolaridad de primaria o inferior y en cuanto a ocupaciones laborales, el 84% trabajaba en forma no remunerada: amas de casa, jubilados y pensionados, empleados de sector público, conductores de vehículos.

Otros estudios ya han reportado que la incidencia de factores de riesgo como la diabetes, la hipertensión y la obesidad suele ser mayor entre quienes tienen niveles educativos más bajos. Además, hay una mayor probabilidad de que las personas pobres tengan comorbilidades que incrementen el riesgo de casos graves de COVID-19 y también es más probable la incidencia en trabajadores informales que tienen un menor acceso a los servicios de salud y a la cobertura de un seguro de gastos médicos (BID, 2020: 157).

Los efectos de la pandemia se han distribuido de manera desigual tanto entre grupos sociales como entre territorios; destaca una alta vulnerabilidad en las zonas metropolitanas. La vulnerabilidad social ha estado vinculada, en especial, a la edad avanzada, a la existencia de patologías previas o comorbilidades,

pero también a las condiciones precarias y la pobreza en municipios periféricos metropolitanos y rurales. Los empleados informales, los desempleados o los que tienen que salir a trabajar se enfrentan a lo peor de la crisis y en consecuencia es muy probable que la desigualdad socio-territorial aumente.

6. Conclusiones

En la actualidad existen nuevas condiciones de fragilidad, desamparo e inseguridad social que se han agravado desde finales del siglo pasado, particularmente con el empeoramiento de las condiciones económicas y sociales en la mayoría de los países en América Latina. Los efectos de la pandemia del COVID-19 se suman a las circunstancias de desigualdad. Estas debilidades sociales transmiten la esencia de situaciones de vulnerabilidades socio-territoriales que tienen efectos negativos en el bienestar social. Las fuentes de la vulnerabilidad son diversas y, por ello, en mayor o menor medida, todas las personas y los grupos sociales son vulnerables. Con esta preocupación, en este estudio se ha propuesto la construcción de un Índice de Vulnerabilidad Socio-Territorial (IVST) para poder medir, de alguna manera, los grados de vulnerabilidad que la población enfrenta a través de varias dimensiones y, en especial, frente a la pandemia del COVID-19, haciendo énfasis en sus expresiones territoriales.

Los resultados de la aplicación del IVST reflejan el carácter multidimensional del bienestar social; el análisis incorpora nueve dimensiones que se consideraron relevantes para México, que representan las desventajas de mayor incidencia en un posible empeoramiento de las condiciones de vida. El análisis del IVST hace énfasis en tres aspectos cruciales: primero, la intensidad de la vulnerabilidad socio-territorial por condición metropolitana y no metropolitana, en la cual quedó claro que los municipios centrales de las ZMs reflejan los grados más bajos en la vulnerabilidad comparados con aquellos de la periferia; y la condición no metropolitana (ciudades chicas y zonas rurales) presenta las peores condiciones de vulnerabilidad socio-territorial. Segundo, la distinción de las mejores y peores condiciones en cada dimensión de la vulnerabilidad muestra la compleja situación de multidimensionalidad; en las zonas metropolitanas las dimensiones que presentan las peores condiciones se refieren a la violencia de género, protección social, salud y vivienda.

Mientras que en los territorios no metropolitanos las dimensiones de mayor fragilidad son las de arquitectura de la comunicación, protección social, población, y la económica; es decir, las carencias tienen una marcada variabilidad social según la dimensión y la localización territorial y requieren análisis locales detallados. Y tercero, la identificación de los territorios de la vulnerabilidad donde se evidencian los municipios de carácter metropolitano y no metropolitano, por dimensión, que presentan las peores condiciones en el IVST. Estos municipios están presentes al interior de zonas metropolitanas con carencias en varias dimensiones y también fuera de ellas demostrando que la condición de ruralidad y de centros urbanos pequeños está muy asociada a muy altas vulnerabilidades socio-territoriales.

Finalmente, los datos de incidencia del COVID-19 confirman la alta concentración de contagios en las zonas metropolitanas vinculados a la alta concentración de población y actividades productivas. Lo cual muestra la urgente necesidad de evaluar la multidimensionalidad de las vulnerabilidades actuales de la población para avanzar en una política integral de atención a diversas fragilidades sociales, pero también para atender las evidentes inequidades socio-territoriales.

Entre las acciones urgentes es necesario considerar políticas que atiendan a un número considerable de territorios que no salen del estancamiento con persistentes y altos niveles de pobreza; que las estrategias con sesgo urbano no invisibilicen las precarias situaciones en el ámbito rural; que garanticen el bienestar de la población en sus diferentes dimensiones aseguren el acceso equitativo para todos a la infraestructura física y social; específicamente en la dimensión salud que disminuyan la vulnerabilidad socio-territorial y aumenten la resiliencia y capacidad de respuesta de los diferentes territorios ante los riesgos de una pandemia como la del COVID-19.

Los grupos empobrecidos están siendo expuestos a dificultades económicas muy complejas, pues los hogares deben de tomar decisiones entre las necesidades básicas como la alimentación y los tratamientos médicos. En este contexto, las políticas deben de considerar la medicación gratis a los grupos empobrecidos, particularmente aquellos de mayores vulnerabilidades como las enfermedades crónico-degenerativas.

Bibliografía

Actis Di Pasquale, Eugenio (2008). La operacionalización del concepto de Bienestar Social: un análisis comparado de distintas mediciones. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 1(2), 17-42.

Barraza, R., Barrientos, R., Díaz, X., Pleitez, R., & Tablas, V. (2020). COVID-19 y vulnerabilidad: una mirada desde la pobreza multidimensional en El Salvador. *PNUD América Latina y el Caribe y COVID19*, Serie de Documentos de Política Pública.

BID (2020) *La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada*, Banco interamericano de Desarrollo, 372 págs.

Blaikie P., Cannon T., David I. y Wisner B, (1996) *Vulnerabilidad. El Entorno Social, Político y Económico de los Desastres*, La Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina, <http://www.desenredando.org>

Briguglio, L. (1995). Small island developing states and their economic vulnerabilities. *World Development*, 23(9), 1615-1632. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(95\)00065-K](https://doi.org/10.1016/0305-750X(95)00065-K)

Busso Gustavo (2001) Vulnerabilidad Social: Nociones e Implicancias de Políticas para Latinoamérica a Inicios del siglo XXI, “*Seminario Internacional “Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe”*”, Santiago de Chile, 20 y 21 Junio, CEPAL, CELADE, Chile.

CEPAL (1994) *Panorama Social de América Latina*, Comisión Económica para América Latina, Santiago de Chile, Chile, 206 págs.

CEPAL (2018) *Proyecto de Primer Informe Regional sobre la Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, (LC/CRPD.3/3), Santiago de Chile, 214 págs.

CEPAL (2013) *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Montevideo, Uruguay, 38 págs.

Con, M., S. Susini, S. Catalá y S. Quinteros. 2009. *Índice de vulnerabilidad social (IVS). Documento metodológico*. Buenos Aires, Dirección de Investigación y Estadística. Ministerio de Educación, GCBA

Cattapan, Silvia Elvira. (2009). *Elementos de Estadística Para Geografía*. 1ª Edición. Editorial de la Facultad de Filosofía, Humanidades y Artes. Universidad de San Juan. ISBN: 978-950-605-607-0. San Juan, Argentina. 2009. 305 p.

CONAPO. Consejo Nacional de Población (2018). *Delimitación de las zonas metropolitanas de México 2015*. ISBN: 978-607-530-073-3. México, febrero 2018. 284 p.

Durán G., Carlos (2017). Análisis espacial de las condiciones de vulnerabilidad social, económica, física y ambiental en el territorio colombiano. *Perspectiva Geográfica*, 22(1), 11-32.

Filgueira Carlos H. (2001) Estructura de Oportunidades y Vulnerabilidad Social. Aproximaciones Conceptuales Recientes, *Seminario internacional "Las Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe"*, Santiago de Chile, 20 y 21 de junio, CEPAL, CELADE, Santiago de Chile, 36 págs.

Flanagan, Barry E.; Gregory, Edward W.; Hallisey, Elaine J.; Heitgerd, Janet L.; and Lewis, Brian (2011) "A Social Vulnerability Index for Disaster Management," *Journal of Homeland Security and Emergency Management*: Vol. 8: Iss. 1, Article 3.

García Castro, N., & Villerías Salinas, S. (2017). Condiciones de vulnerabilidad social en Ixtapa y Zihuatanejo (Guerrero), México. *Revista Geográfica Venezolana*, 58 (2), 264-281.

García de León Loza, Armando (1989). La Metodología del Valor Índice Medio. *Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*. Número 19. ISSN: 0185-1977. México. pp. 69-87.

García de León, A. (2019) "Propuesta metodológica para evaluar diferencias de ingreso económico entre ciudades mexicanas del norte y sur-sureste". Libro electrónico: *Colección: Regiones, Desplazamientos y Geopolítica: Agenda Pública para el Desarrollo Regional*. José Gasca Zamora y Serena Serrano Oswald, coordinadores de la colección. Volumen I. pp. 85-102. Editor: Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional; UNAM. Primera edición, 5 de noviembre de 2019. ISBN: AMECIDER: 978-607-8632-07-7 en trámite.

García de León., Armando; Humacata, Luis. (2019). Clasificación espacial y regionalización con Sistemas de Información Geográfica. Libro: *Teoría y Métodos de la Geografía Cuantitativa. Libro 2: Por una Geografía Empírica*; pp. 39-58. Gustavo D. Buzai; Luis Humacata; Sonia Lanzelotti, Eloy Montes; Noelia Principi (Compiladores). Instituto de Investigaciones Geográficas (INIGEO). Buenos Aires, Argentina. Marzo 2019. ISBN: 978-987-1548-94-1

Gutiérrez, Emiliano y González, Fernando. (2017). Vulnerabilidad y Exclusión social. Un análisis de la situación en el aglomerado Posadas durante el período 2006-2016. *XII Jornadas de Sociología*.

Hernández Bringas H. (17 de junio de 2020). Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico. *Notas de coyuntura del CRIM No. 36*, México, CRIM-UNAM, 7pp. Disponible en: https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez_mortalidad-por-covid-19_0.pdf

- Hilhorst y Bankoff (2004) Introduction, en Bankoff G., Frerks G. y Hilhorst D. (Eds.) *Mapping Vulnerability. Disasters, Development and People*, Earthscan, Routledge, UK y USA, pp. 1-6.
- Hinkel, J. (2011). Indicators of vulnerability and adaptive capacity: Towards a clarification of the science–policy interface. *Global Environmental Change*, 21(1), 198-208. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2010.08.002>
- Holand, I. S., Lujala, P., & Rod, J. K. (2011). Social vulnerability assessment for Norway: A quantitative approach. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 65(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/00291951.2010.550167>
- Kirby, P. (2004). Is Globalisation Good for Us?: Introducing the Concept of Vulnerability, Institute for History, International and Social Studies, Aalborg University, *Working Paper No. 129*, Aalborg University, Denmark.
- Lazarsfeld, P. (1973) De los conceptos a los Índices Empíricos, en Boudon, R. & Lazarsfeld, P. *Metodología de las Ciencias Sociales*. Tomo I: Conceptos e Índices. Editorial Laia, Barcelona.
- Lee, Yung-Jaan. (2014). Social vulnerability indicators as a sustainable planning tool. *Environmental Impact Assessment Review*. 44. 31–42. [10.1016/j.eiar.2013.08.002](https://doi.org/10.1016/j.eiar.2013.08.002).
- Minujin Alberto (1998) Vulnerabilidad y Exclusión en América Latina, en Bustelo Eduardo y Minujin Alberto (eds.) *Todos Entren. Propuesta para Sociedades Incluyentes*, UNICEF Colección Cuadernos de Debate, Ediciones Santillana, Bogotá Colombia. pp. 161-205.
- Méndez Gutierrez del Valle R. (2017) De la Hipoteca al Deshaucio: Ejecuciones Hipotecarias y Vulnerabilidad Territorial en España, *Revista de Geografía Norte Grande*, No. 67, pp 9-31.
- Méndez R. (2020) *Sitiados por la Pandemia. Del Colapso a la Reconstrucción: Apuntes Geográficos*, Editorial Revives, Madrid, España, 182 págs.
- Mora-Nawrath, H. (27 de abril de 2017). La medición en Ciencias Sociales: representación empírica de conceptos abstractos. Recuperado de *ProEva*, Uruguay http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/8362/mod_folder/content/.../h_mora_medircss.pdf
- Ong, P. M., Pech, C., Gutierrez, N. R., & Mays, V. M. (2020). Los Angeles Neighborhoods and COVID-19 Medical Vulnerability Indicators: A Local Data Model for Equity in Public Health Decision-Making, *Working Paper*, The Center for Neighborhood Knowledge and BRITE Center of Science, Research, and Policy. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.11.02.20215657>
- Ortiz-Ruiz, N., y Díaz-Grajales, C. (2018). Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. *Revista Mexicana de Sociología*, 80(3), 611-638.
- Paul, S. K. (2013). Vulnerability Concepts and its Application in Various Fields: A Review on Geographical Perspective. *Journal of Life and Earth Science*, 8, 63-81. <https://doi.org/10.3329/jles.v8i0.20150>
- Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G. & Robin, S. (s.f). *Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares*.
- Philip, D & Rayhan, I,(2004). Vulnerability and poverty: What are the causes and how are they related? *Term paper for Interdisciplinary Course, International Doctoral Studies Programme at ZEF* (Zentrum fur Entwicklungsforschung), Bonn.
- Pizarro Roberto (2001) *La Vulnerabilidad Social y sus Desafíos: una mirada desde América Latina*, Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos No. 6, CEPAL, Santiago de Chile, Chile, 69 págs.
- PNUD (2014) *Marco de Referencia Conceptual sobre Vulnerabilidad Territorial*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Secretaría de Gestión de Riesgos, primera edición, Quito Ecuador, 55 págs.

Sánchez, R., Morales, E., & Lates, F. (2020). *Vulnerabilidad Social al COVID-19 en Tijuana, Baja California*. El Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de <https://www.colef.mx>.

Santana, Giovanna. (2020). Vulnerabilidad diferencial de los Estados mexicanos frente al COVID-19. Dossier: Análisis geográfico del COVID-19. *POSICIÓN 2020*, INIGEO; ISSN 2683-8915 [en línea].

St. Bernard, G. (2004a). Toward the construction of a social vulnerability index – Theoretical and methodological considerations. *Social and Economic Studies*, 53(2), 1-29.

St. Bernard, G. (2004b) Measuring vulnerability: Prospects for evaluating public expenditure. In Ramsaran (ed). *The fiscal experience in the Caribbean – Emerging Issues and Problems*. Trinidad: University of the West Indies. ISBN: 976-8188-05-7

United Nations (2003) *Report on The World Social Situation, 2003. Social Vulnerability: Sources and Challenges*, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, USA, 82 págs.

Wilches-Chaux, G. (1998) Auge, caída y levantada de Felipe Pinillo, mecánico y soldador o yo voy a correr el riesgo. *Guía de LA RED para la Gestión Local del Riesgo*. Red de Estudios Sociales para la Prevención de Desastres en América Latina. Perú.

Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T. & Davis, I. (2004). *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Routledge, London.

www.posicionrevista.wixsite.com/

Yañez R., Verónica y Muñoz P., Carlos. (2017) Construcción metodológica para determinar la vulnerabilidad socio-territorial frente a la pobreza. *Estudios Geográficos*, [S.l.], v. 78, n. 282, p. 339-372, aug. 2017. ISSN 1988-8546.

Sitios con información electrónica:

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (s/f). Encuesta Intercensal 2015. Tabulados básicos.

[Acceso: 29/Nov/2019]: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Tabulados>

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Anuarios Estadísticos y Geográficos por Entidad Federativa 2016.

[Acceso: 23/Abr/2019]

<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825094874>

El impacto de la pandemia de COVID-19 en los pueblos indígenas en México. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción

Germán Vázquez Sandrin¹

Felipe de Jesus Cenobio García²

Introducción

En México, la población hablante de alguna lengua indígena, con base en los datos de la Encuesta Intercensal de 2015, es de casi 7.4 millones de personas. El total de personas hablantes de alguna lengua indígena representa el 6.5% de la población nacional de tres años y más pero la población autoadscrita a una cultura indígena es de 24.4 millones de personas, que representan al 21.5% de la población de 3 años y más. Los hablantes son mayoritariamente rurales (60%) mientras que los autoadscritos son mayoritariamente urbanos (60%). Para los hablantes de alguna lengua indígena, la escolaridad acumulada promedio es de 5.1 años mientras que para los autoadscritos es de 6.4 años. Hasta ahora no existe una forma aceptada por todos para identificar estadísticamente, en México, a la población indígena, pero estamos bastante seguros de que se encuentra en algún punto entre estos dos extremos.

Los pueblos indígenas tienen una salud mucho más precaria que los no indígenas: mayor mortalidad (general, infantil y materna); una esperanza de vida 6 o 7 años menor; la diabetes es una de las principales, sino es que la primera causa de muerte en municipios indígenas; altas tasas de desnutrición crónica; predominio de enfermedades infecciosas y predominio de la “patología de la pobreza” (tuberculosis, cólera, paludismo, dengue, lepra, etcétera) (Zolla, 2007). Es un escenario preocupante respecto a las posibilidades de esta población de enfermar gravemente por el virus que causa la COVID-19.

El presente estudio tiene como objetivo estimar los impactos más significativos de la pandemia de la COVID-19 en los pueblos indígenas, en el marco del capítulo H. Pueblos indígenas con base en la información estadística y bibliográfica existente.

1 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

2 Subdirección General de Prestación de Servicios, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

En primer lugar, se presenta una breve descripción sobre la situación de la pandemia de COVID-19 en las regiones indígenas del país; en segundo lugar, se analizan posibles impactos de la crisis sanitaria sobre el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena; en tercer lugar, se enumeran riesgos anteriores al COVID-19, y finalmente, se plantean posibles escenarios futuros y propuestas de líneas de acción.

1. Características de la epidemia de COVID-19 en las regiones indígenas de México

En este apartado se analiza la incidencia y prevalencia de la COVID-19 y su impacto en la salud en las regiones indígenas de México. Para ello, se utilizaron las regiones indígenas oficialmente delimitadas en 2006 por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), y los datos abiertos de COVID-19 emitidos por el Gobierno de México y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, al corte del 4 de octubre de 2020 (Secretaría de Salud, 2020). Es necesario tener presente que la población residente en las regiones indígenas de México no equivale a la población indígena nacional. Esto se debe a que mucha de la población que reside en ellas no se autoidentifica como indígena, además, una proporción importante de la población indígena reside fuera de estas regiones.

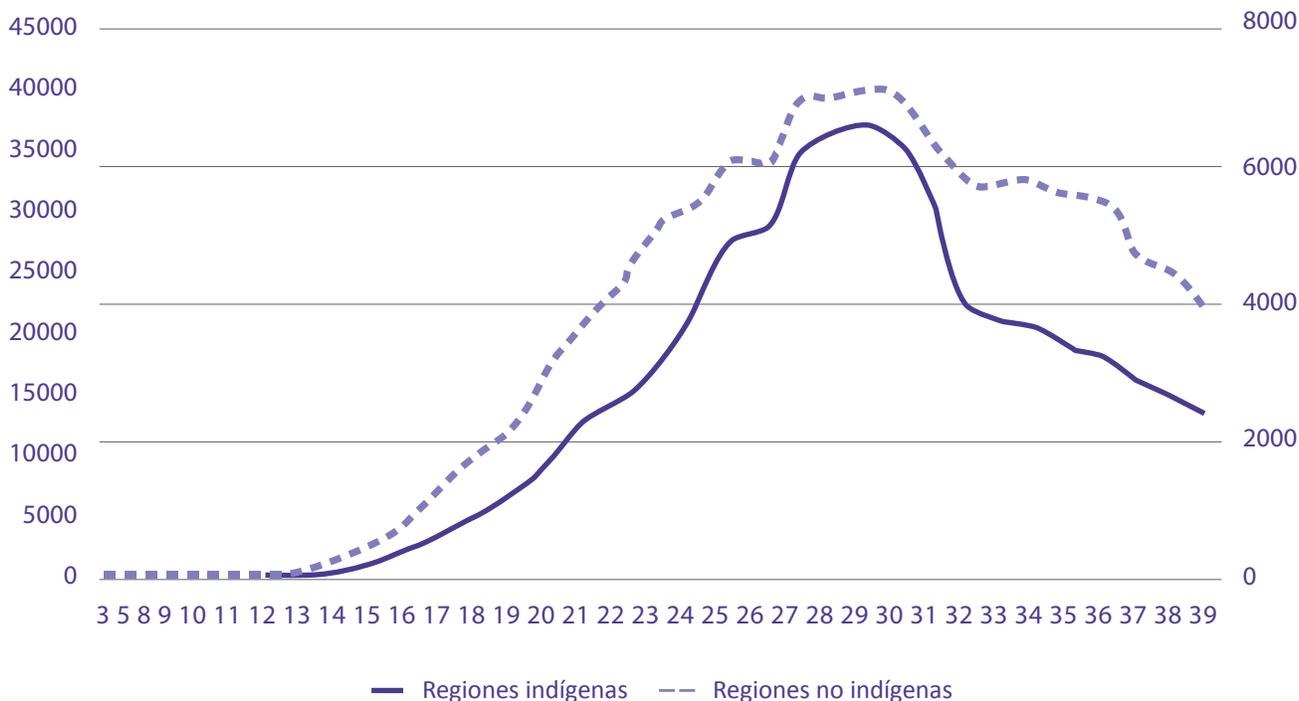
La encuesta intercensal del INEGI de 2015 revela que del total de la población residente en las regiones indígenas que tiene 5 años y más, el 67% no habla una lengua indígena y el 35% no se autoadscribió como indígena. Por otra parte, el 19% de la población hablante de lengua indígena reside fuera de las regiones indígenas, así como lo hace el 53% de la población que se autoadscribe como indígena (en ambas proporciones se considera únicamente a la población de 5 años y más) (Vázquez y Quezada, 2015).

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) se originó en Wuhan, China a fines de 2019, la enfermedad resultante, la COVID-19, por su rápida propagación mundial representa quizá la emergencia de salud pública más importante en un siglo (Santarpia *et al.*, 2020). En México, el primer caso se confirmó el 27 de febrero de 2020, por lo que se consideran los casos que iniciaron con síntomas en la semana 8, es decir, entre el 16 y el 22 de febrero del mismo año.

En la gráfica 1 se observan las curvas epidémicas de las regiones indígenas (escala a la derecha de la gráfica 1) y de las regiones no indígenas (escala a la izquierda de la gráfica 1). Para el caso de las regiones no indígenas, se observa un ascenso que alcanza su pico máximo entre la semana 27 y a la 30 (cerca de 39 000 casos semanales), después, desciende lentamente, presenta una estabilidad de crecimiento con mesetas de la semana 31 a la 35 y, hasta la semana 38, se observa un descenso paulatino. Con respecto a las regiones indígenas, se observa el inicio de síntomas durante la semana 10 en la que hay dos casos, pero para la semana 11 ya son 41 casos, es decir, la pandemia llega dos semanas después a las regiones indígenas del país. Se registra un punto máximo entre la semana 27 y a la 30 (donde se registraron entre 6000 y 6500 casos semanales) y, a partir de entonces, un descenso sostenido hasta la semana 38.

Las curvas epidemiológicas son distintas entre las regiones no indígenas e indígenas, primero en intensidad y, segundo, en comportamiento. Se observan 2 mesetas en las regiones no indígenas, mientras que en las regiones indígenas se tiene un acmé que se mantuvo durante 4 semanas, seguido de un descenso sostenido.

Gráfica 1. Casos de COVID-19 en las regiones indígenas y no indígenas de México, por fecha de inicio de síntomas y por semana epidemiológica



Fuente: Elaboración propia con datos abiertos COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Las regiones indígenas del país presentan una gran heterogeneidad en cuanto a tamaño poblacional se refiere y a número de municipios que las conforman. Solo para citar los dos casos extremos: la Región Indígena Maya es la más poblada del país con 4.3 millones de personas y la menos poblada, es la región de Los Chimalapas, en Oaxaca, con 16 mil personas (ver cuadro 1). El total poblacional de cada una de las regiones indígenas tiene un efecto directo sobre el número de personas enfermas por la COVID-19.

En la Región Indígena Maya, por ejemplo, existen más de 33 mil casos, mientras que en Los Chimalapas de Oaxaca únicamente hay ocho. Por esa razón, en el cuadro 1, se estimó la tasa de casos positivos por cada 100 mil habitantes para eliminar el efecto de la magnitud de la población y de esta manera hacer comparable la prevalencia de casos de COVID-19 entre regiones. De manera general, se tiene una tasa de casos que es 1.7 veces inferior en las regiones indígenas con respecto a las no indígenas, dicho de otra forma, en las primeras, hay 370 casos confirmados por cada 100 mil habitantes, en las

segundas, 647 casos por cada 100 mil habitantes. Habría que decir también que hay 23 regiones del país que presentan tasas de contagio inferiores a la nacional, por ejemplo, en el caso de la Región Frontera Sur, la tasa es de apenas 18 casos por cada 100 mil habitantes.

En el cuadro 1 se observan las tasas de contagio de COVID-19 en las regiones indígenas de México. A pesar de que la tasa de casos confirmados es promedialmente menor en las regiones indígenas que la media nacional, hay dos regiones indígenas que concentran un gran número de casos confirmados y que tienen tasas superiores al promedio: la Región Indígena Maya, donde la tasa es de 778 casos por cada 100 mil habitantes —haciendo que esta sea la región indígena más afectada a nivel nacional—, y los Valles Centrales en Oaxaca, con una tasa que es 1.9 veces superior a la nacional, con 1,166 casos por cada 100 mil habitantes.

Cuadro 1. Tasas del COVID-19 en las regiones indígenas de México

Regiones	Población	Casos	Tasa*
Mayo Yaqui	1,131,732	2038	180
Tarahumara	235,337	174	74
Huicot o Gran Nayar	223,290	174	78
Purépecha	782,498	1621	207
Huasteca	1,766,540	7035	398
Sierra Norte Puebla y Totonacapan	1,856,997	4148	223
Otomí	510,190	987	193
Mazahua-Otomí	1,639,576	4365	266
Montaña de Guerrero	852,484	1548	182
Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán, Zongolica	1,614,186	5567	345
Región Chinanteca	421,792	1757	417
Mixe Oaxaca	189,196	184	97
Mixteca	713,754	1232	173
Costa y Sierra del Sur Oaxaca	589,716	910	154
Valles Centrales Oaxaca	892,870	10412	1,166
Sierra Juárez Oaxaca	85,187	70	82
Istmo Oaxaca	531,345	1514	285
Chimalapas Oaxaca	16,497	8	48
Tuxtlas, Popoluca, Náhuatl Veracruz	880,798	1798	204
Chontal de Tabasco	1,235,921	5573	451
Norte de Chiapas	366,861	130	35
Altos de Chiapas	805,502	497	62
Selva Lacandona	1,109,017	1462	132

Regiones	Población	Casos	Tasa*
Frontera Sur	737,708	134	18
Maya	4,323,822	33623	778
Fuera de regiones indígenas	104,279,470	674704	647
Regiones indígenas	23,512,816	86961	370
Total	127,792,286	761665	596

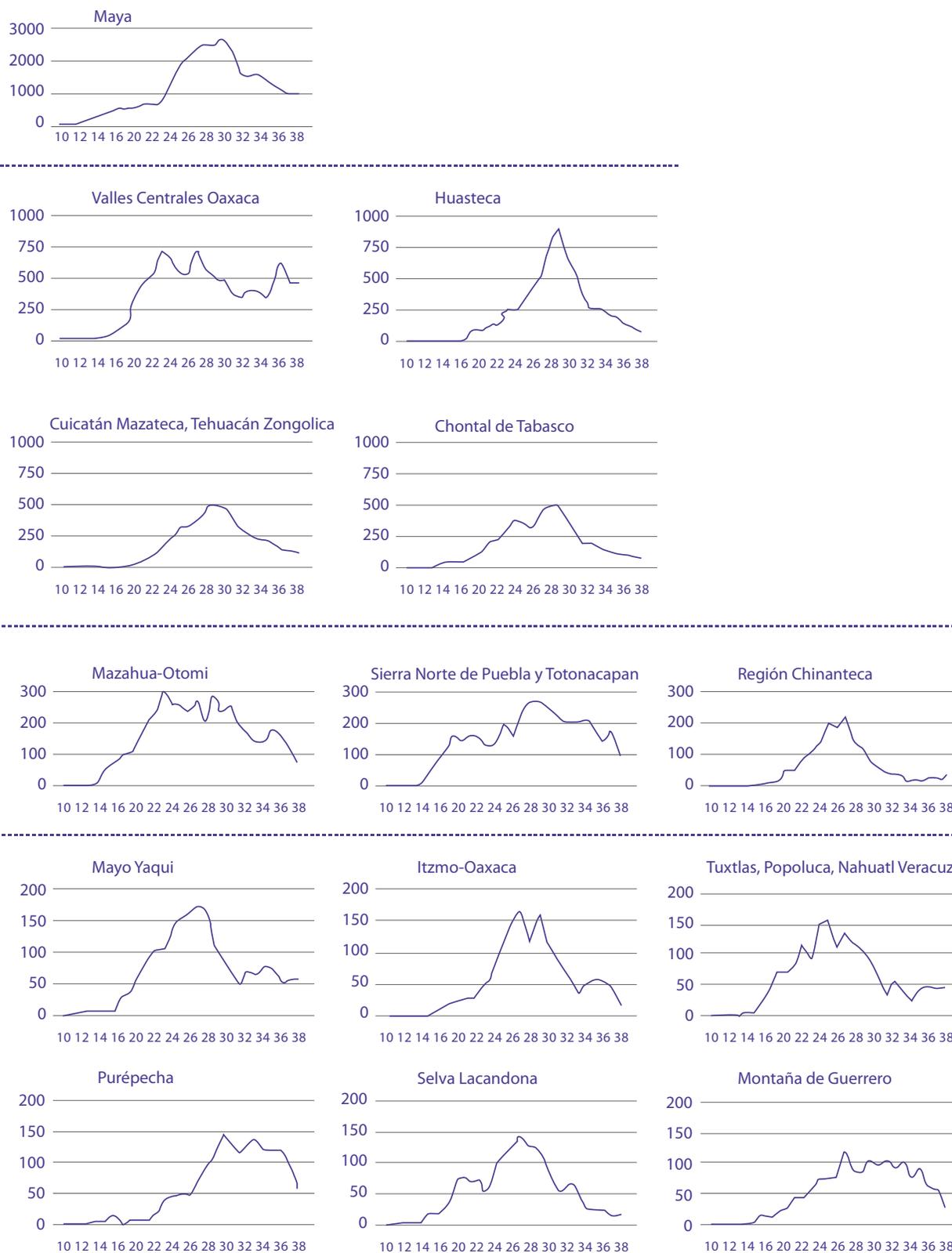
*Tasas por 100 mil habitantes

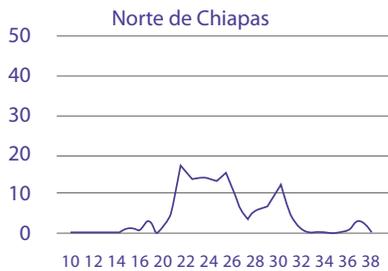
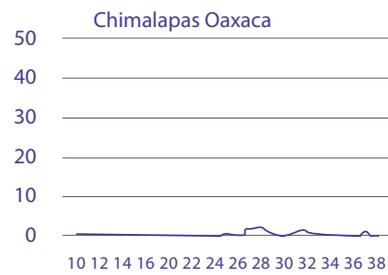
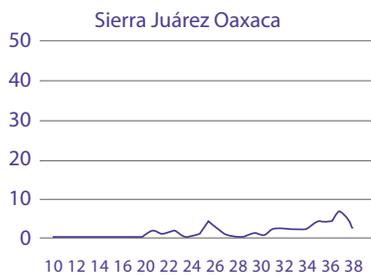
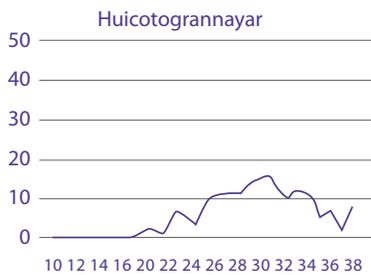
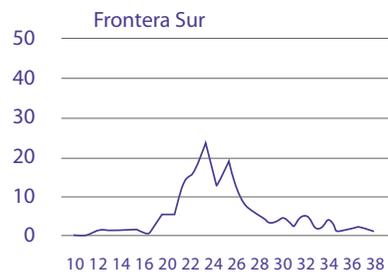
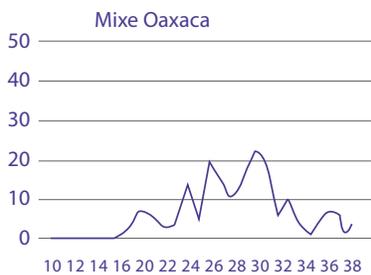
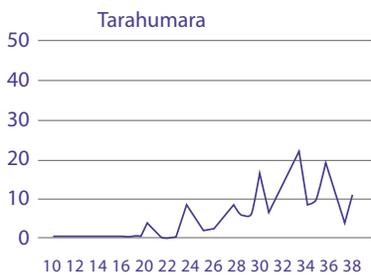
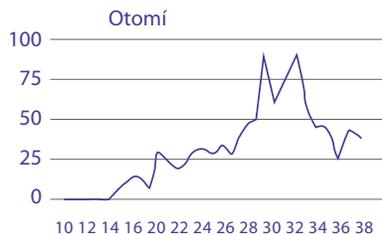
Fuente: Elaboración propia con datos abiertos COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la SSA y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 de CONAPO 2018.

La epidemia de COVID-19 en México ha tenido un fuerte impacto pero este ha sido notoriamente distinto según las entidades y regiones del país, en el caso de las regiones indígenas se tienen distintos contrastes. A nivel nacional el pico de casos confirmados ocurrió entre la semana 27 y 30. En este sentido, regiones como la Maya, Huasteca, Cuicatlán; Mazateca; Tehuacán, Sierra Norte Puebla y Totonacapan, Tuxtlas, Popoluca, Náhuatl Veracruz, Costa y Sierra de Oaxaca, siguieron este comportamiento, sin embargo, existen regiones cuyo ascenso fue más temprano, tal es el caso de los Valles Centrales donde el pico de contagios ocurrió en la semana 20 y se prolongó durante 8 semanas, para presentar un repunte en las semanas 36, 37 y 38.

En este momento, la epidemia, se encuentra en descenso en la mayor parte del territorio nacional, sin embargo, hay diferencias que se pueden observar en las curvas epidémicas, por semana epidemiológica y por fecha de inicio de síntomas, de la figura 1. En esta se puede apreciar que en la mayor parte de las regiones indígenas los casos positivos de SARS-CoV-2 se encuentra en descenso; sin embargo, existen regiones que tienen un repunte en los casos como: Valles Centrales, Maya, Mayo Yaqui y Mixteca. Se tienen siete regiones con una transmisión casi nula, por ejemplo: la Tarahumara, Mixe, Frontera Sur, Norte de Chiapas, Huicot o Gran Nayar, Chimalapas y Sierra Juárez en Oaxaca, donde sus picos máximos se encuentran por debajo de los 30 casos por semana, lo cual no las exenta de un posible repunte en los casos positivos, debido a las características de la COVID-19 y ante el arribo de la temporada invernal en nuestro país.

Figura 1. Curvas epidemiológicas de la COVID-19 por fecha de inicio de síntomas en las regiones indígenas de México





Fuente: Elaboración propia con datos abiertos COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por la COVID-19 es de 62 defunciones por cada 100 mil habitantes (ver cuadro 2); en las regiones indígenas la tasa es menor —40 defunciones por cada 100 mil habitantes— con respecto a las regiones no indígenas —67 defunciones por cada 100 mil habitantes—. A pesar de la precariedad en las condiciones de salud de la población indígena, en el cuadro 2 se observa que solo dos regiones indígenas presentan tasas superiores a la nacional: la Región Indígena Maya con 86 defunciones por cada 100 mil habitantes y los Valles Centrales con 70 defunciones por cada 100 mil habitantes. Estas regiones se caracterizan por tener un ascenso acelerado en su curva epidémica que empieza desde la semana 24 para la región Maya y desde la semana 20 para los Valles Centrales. A partir de la semana 32, en la Región Indígena Maya, se presenta un descenso en la curva epidemiológica aunque en la semana 38 aún se constatan cerca de 1000 casos semanales. Por su parte, en los Valles Centrales todavía no se observa un descenso sostenido y se confirman cerca de 500 casos semanales (ver figura 1). En contraste, las tres regiones indígenas con las tasas de mortalidad más bajas son: la región Tarahumara (3 defunciones por cada 100 mil habitantes), la región Frontera Sur y Norte de Chiapas (5 defunciones por cada 100 mil habitantes cada una) (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Tasas de mortalidad por COVID-19 en las regiones indígenas de México

Regiones	Población	Defunciones	Tasa 100 mil habitantes
Mayo Yaqui	1,131,732	309	27
Tarahumara	235,337	7	3
Huicot o Gran Nayar	223,290	28	13
Purépecha	782,498	154	20
Huasteca	1,766,540	555	31
Sierra Norte Puebla y Totonacapan	1,856,997	701	38
Otomí	510,190	192	38
Mazahua-Otomí	1,639,576	604	37
Montaña de Guerrero	852,484	154	18
Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán, Zongolica	1,614,186	599	37
Región Chinanteca	421,792	252	60
Mixe Oaxaca	189,196	22	12
Mixteca	713,754	112	16
Costa y Sierra del Sur Oaxaca	589,716	82	14
Valles Centrales Oaxaca	892,870	625	70
Sierra Juárez Oaxaca	85,187	9	11
Istmo Oaxaca	531,345	249	47
Chimalapas Oaxaca	16,497	2	12
Tuxtla, Popoluca, Náhuatl Veracruz	880,798	375	43

Regiones	Población	Defunciones	Tasa 100 mil habitantes
Chontal de Tabasco	1,235,921	458	37
Norte de Chiapas	366,861	19	5
Altos de Chiapas	805,502	73	9
Selva Lacandona	1,109,017	130	12
Frontera Sur	737,708	37	5
Maya	4,323,822	3728	86
Fuera de regiones indígenas	104,279,470	69612	67
Regiones indígenas	23,512,816	9476	40
Total	127,792,286	79088	62

*Tasas por 100 mil habitantes

Fuente: Elaboración propia con datos abiertos COVID-19 de la Dirección General de Epidemiología de la SSA y las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 de CONAPO.

En México, entre los principales factores de riesgo asociados a las complicaciones y la mortalidad por COVID-19 se encuentran la edad y las comorbilidades como diabetes, hipertensión y obesidad (Secretaría de Salud 2020b, Qiurong Ruan *et al.*, 2020, Simonnet *et al.*, 2020). Vázquez y Cenobio 2020 (en prensa) mostraron que las poblaciones que residen en regiones indígenas y las que no, presentan un comportamiento muy similar en la prevalencia de las comorbilidades donde, una de cada dos personas enfermas de la COVID-19 tiene por lo menos una comorbilidad y una de cada cinco personas tienen dos comorbilidades.

2. Posibles impactos en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población indígena

Durante la pandemia, las medidas para reducir la movilidad y el temor al contagio redujeron la afluencia de personas a los centros de salud, lo cual pudo haber impactado negativamente en las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres. El acceso a los servicios de salud es un derecho de los pueblos indígenas que coadyuva a lograr una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; a tener la cantidad deseada de hijos así como decidir el espaciamiento óptimo entre nacimientos; a elegir el método anticonceptivo más apropiado, y a tener un embarazo sano. Las personas indígenas tienen derecho a recibir un trato digno, una atención obstétrica humanizada y adaptada a sus especificidades culturales y a sus prácticas de salud. En este sentido, las medidas para reducir los abusos en los que se incurre en la atención al parto es un aspecto especialmente preocupante y que no deben de soslayarse en el contexto de la pandemia.

Las mujeres indígenas atienden cada vez más sus partos en hospitales. Estos servicios, si bien tienen el propósito de reducir la mortalidad materna, desembocan sin proponérselo en una prescripción

excesiva de cesáreas, sobrepasando indiscriminadamente la Norma Oficial Mexicana, en un uso abusivo de esterilización femenina (oclusión tubaria bilateral, OTB) y del dispositivo intrauterino (DIU). Se ha institucionalizado la medicalización de la maternidad entre las indígenas, transformando sus decisiones en lugar de que los servicios se adapten a ellas (Vázquez y Ortiz-Ávila, 2020).

Los servicios de salud sexual y reproductiva no solo se otorgan sin una perspectiva intercultural, sino que al ingresar al dominio médico son despojadas de su especificidad cultural y/o discriminadas, por ser mujeres y por ser indígenas. Esto se debe a un fenómeno estructural denominado el “habitus médico” que es autoritario, machista y discriminatorio contra las indígenas, quienes son percibidas frecuentemente como menores de edad o incapaces de tomar sus propias decisiones. El habitus médico: “...es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza.” (Castro, 2014: 173).

En este sentido, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha generado dos recomendaciones generales en las que se denuncia el trato autoritario de parte de los prestadores de servicios de salud, quienes obligan, por ejemplo, a las mujeres indígenas a usar el DIU (CNDH, 2002) y un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y en algunos casos discriminatorio (CNDH, 2018).

Dado que no existe información que dé seguimiento estadístico a estos casos de abuso o de violencia obstétrica en México, la evidencia se recoge de forma indirecta o a través de la investigación académica. Una información que permite poner la alerta al respecto, puntualmente sobre indígenas en México, corresponde a los cambios en los niveles de fecundidad. Gracias a la posibilidad de estimar la fecundidad a escala muy desagregada con base en los datos del cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda del año 2000 y de la Encuesta Intercensal de 2015, fue posible estimar las tasas globales de fecundidad a nivel de las 25 regiones indígenas según la lengua autóctona hablada y comparar los resultados (Vázquez, 2019). Con base en ello, identificar los casos en los que el descenso durante el periodo de 15 años fue muy acelerado o muy lento con elevados niveles de fecundidad. Detrás de un descenso muy acelerado pueden existir prácticas abusivas e impositivas para la adopción de métodos como el DIU y la OTB, en el caso de descenso muy lento con elevados niveles de fecundidad, puede acontecer la falta de acceso a los métodos anticonceptivos.

Los grupos étnicos con rápido descenso de la fecundidad son: amuzgos de la Montaña de Guerrero (de 6.6 a 2.5 hijos por mujer), choles de la región Chontal de Tabasco (de 5.5 a 2.5 hijos por mujer), cuicatlecos de la región Cuicatlán, Mazateca, Tehuacán y Zongolica (de 4.6 a 2.1 hijos por mujer), mayos de la región Mayo-Yaqui (de 4.1 a 2.1 hijos por mujer), otomíes de la región Mazahua-Otomí (de 5.2 a 2.8 hijos por mujer) y tlapanecos de la Montaña de Guerrero (de 6.5 a 3.5 hijos por mujer).

Este acelerado descenso de la fecundidad debe ser observado desde el enfoque de los derechos reproductivos en búsqueda de cualquier forma de coerción para inducir a la aceptación del uso de métodos anticonceptivos. Mientras que los grupos étnicos con elevada fecundidad y con lento descenso de la fecundidad son: huicholes de la Huicot o Gran Nayar (6.6 hijos a 4.8 hijos), tseltales de la Selva Lacandona (4.9 a 4.2 hijos) y tsotsiles del Norte de Chiapas, 5.4 a 4.2 hijos. Cabe mencionar que el enfoque de derechos también debe estudiar a estos últimos por una posible falta de acceso a los métodos de planificación familiar.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, la población indígena en México está expuesta a un doble riesgo: por una parte, la falta de acceso a la oferta de métodos anticonceptivos por la no afluencia de mujeres sanas a centros de salud, lo cual incrementa las necesidades insatisfechas y los embarazos no deseados. De acuerdo con la OMS (2020) las mujeres embarazadas que padecen COVID-19 y que han sido atendidas en hospitales “suelen ser menos susceptibles de experimentar fiebre o dolores musculares, pero si contraen una forma grave de la enfermedad tienen más probabilidades de necesitar cuidados intensivos que las no embarazadas con COVID-19”.

En el caso mexicano, esta enfermedad se ha posicionado como la principal causa de muerte materna, con el 20.8% de las defunciones registradas al 31 de octubre de 2020. Si bien no se cuenta con el identificador étnico, ni los datos sobre los municipios de residencia, cinco entidades concentran el 35.3% de los casos con concentraciones importantes de población indígena como Chiapas y Puebla, quienes de manera conjunta tienen 92 muertes maternas (Secretaría de Salud, 2020c). Por otra parte, tenemos el caso de la violencia obstétrica y uso abusivo de la esterilización femenina que probablemente no haya cambiado durante la pandemia, donde en 2014 se registraron 81 casos de OTB en adolescentes (15 a 19 años), HLI con cesárea, 9 OTB en partos y 2 en abortos, ya que el uso de este método está difícilmente justificado a esta edad (Cenobio, 2019).

Debido al confinamiento ante la COVID-19, CONAPO proyectó que entre 2020 y 2021 habrá, en promedio, un excedente de 1,172,152 mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción, lo cual llevará a agregar cerca de 145,719 embarazos adicionales respecto a los esperados sin la pandemia. Entre las menores de 19 años se espera un aumento del 20% de las necesidades insatisfechas, porcentaje que llevará a sumar 21,575 embarazos adolescentes (Secretaría de Salud, 2020d).

Con respecto al acceso a los servicios de salud, la base de datos de la COVID-19 nos permite aproximarnos a la dimensión de utilización de los servicios. La media entre el inicio de los síntomas en los pacientes positivos a SARS-CoV-2 es de 4.3 días —en las regiones indígenas es de 4.2, mientras que en las regiones no indígenas es de 4.3— y no se observan diferencias entre los días de inicio de síntomas y los días de atención. La similitud entre ambos tiempos puede derivarse de la estrategia oportuna del gobierno federal de poner a disposición de la población material preventivo, informativo y de atención en lenguas indígenas.

3. Otros riesgos anteriores al COVID-19

El cumplimiento de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo en la temática indígena ha encontrado grandes resistencias y con la pandemia algunos de estos logros se ven vulnerados y amenazados, como en referente a la consulta previa, libre e informada. Una evaluación de todo ello supera por mucho los alcances de un trabajo de este tipo. En su lugar, nos limitaremos a un recuento y breve análisis de los temas que desde nuestra perspectiva y por nuestra experiencia en el campo de la sociodemografía son los más destacados.

3.1 Efectivo reconocimiento de los pueblos indígenas en las estadísticas nacionales asegurando la autoidentificación (Acuerdo 90)

Antes de 1990, las únicas estadísticas nacionales que contaban con un identificador étnico eran los censos y a esta información solo se podía acceder a algunos tabulados muy agregados. En 1997, por primera vez, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) incorporó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) el marcador de la lengua indígena hablada. En el cuestionario ampliado del Censo de 2000 se incluyó el criterio de pertenencia indígena por autoadscripción. A partir de entonces, es cada vez más común que las encuestas mexicanas, independientemente de la temática, incluyan algún identificador étnico (Vázquez, 2013).

El criterio de autoadscripción indígena fue aplicado posteriormente en el cuestionario ampliado del Censo de Población de 2010 y 2020 (el levantamiento de este último, por cierto, fue suspendido por la pandemia) y la Encuesta Intercensal 2015. En *stricto sensu*, este criterio nunca se ha aplicado en un Censo de Población en México. Cabe mencionar que otra limitante en la aplicación del criterio de autoadscripción étnica ha consistido en un fraseo que ha inflado los resultados artificialmente, al referir la identidad étnica a la “cultura”, tal como ocurrió en el cuestionario ampliado del Censo de 2010 y en la Encuesta Intercensal de 2015, mientras que en el cuestionario ampliado del Censo de 2000 el fraseo fue más restrictivo, refiriendo en la pregunta la pertenencia a los grupos indígenas (náhuatl, maya, zapoteco, mixteco). Como resultado, el número de personas de 5 años y más que se autoadscribió como indígena pasó de 5.3 millones en el censo de 2000 a 15 millones en 2010 y a 23.4 millones en 2015, cuadruplicándose al cabo de 15 años.

Un incremento tan acelerado que no es factible de explicarse por causas demográficas (Vázquez, 2019b). Esto ha acarreado problemas al aplicar los datos estadísticos en la formulación de políticas generando falsos positivos. Un caso específico, visto en el terreno, ocurre ahora mismo en la política de acción afirmativa en el campo electoral en varias entidades federativas, donde se asignan cuotas de candidatos indígenas para cargos de elección popular, lugares que han llegado a ser asignados a gente que se hace pasar por indígena, al autoadscribirse como tal, y usurpan un derecho indígena.

Es necesario reconocer que la identificación indígena en las estadísticas de cubos de salud dan cuenta de una notable omisión, como lo demostró Cenobio (2018). Una situación similar podría estar ocurriendo en los datos abiertos de COVID-19 donde solo el 0.9% (7171 casos) son hablantes de lengua indígena. Como alternativa se puede consultar el mapa interactivo de casos de la COVID-19 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI, 2020); sin embargo, solo es un visualizador y no permite extraer los datos de los municipios indígenas.

Con respecto a las estadísticas de pobreza en la población indígena, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), muestra que en el periodo 2008-2018, el nivel de pobreza en que se encuentran las personas indígenas no presenta un cambio significativo, ya que pasó de 71.1% a 69.5%. La brecha económica entre población indígena y no indígena es amplia, el 69.5% de personas indígenas, en contraste con el 39% de la población no indígena, se encuentra en situación de pobreza económica. Una de cada cuatro personas indígenas se encuentra en situación de pobreza extrema³, en contraste con uno de cada veinte en la población no indígena (CONEVAL, 2019). Sin embargo, la proporción de las Erogaciones para el Desarrollo Integral de los Pueblos y Comunidades Indígenas respecto del gasto neto total ha tenido reducciones, ya que pasó de 4.07% en 2013 a 3.33% en 2018 (SEGOB et. al, 2018). En este sentido, uno de los impactos del confinamiento por la COVID-19 es el económico, donde, debido a las desigualdades históricas, la población indígena es más vulnerable a sus efectos.

3.2 Protección contra la violencia y la discriminación étnico-racial (Acuerdo 89)

De acuerdo con el Artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se debe promover la igualdad de oportunidades de las personas indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria (CDI, 2016). En este sentido, los datos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) (INEGI, 2017) —en la categoría étnica considera a personas de 12 años y más HLI, hijos de HLI o autoadscritos como indígenas—, revelan que el 49.3% percibe que sus derechos son poco o nada respetados.

De acuerdo con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) (2011), la discriminación racial en México es frecuentemente asociada con la ejercida en contra de personas indígenas, quienes refieren como principales problemáticas que enfrentan como grupo: la falta de empleo (20.9%), la falta de recursos económicos (16.1%), la falta de apoyo del gobierno en programas sociales (15.8%) y la discriminación por su apariencia o lengua, 14.6% (INEGI, 2017).

³ Población que no cuenta con los ingresos suficientes para consumir una canasta alimentaria y presenta tres o más carencias sociales

3.3 Desplazamientos forzados y garantizar la consulta previa, libre e informada (Acuerdo 88)

Por primera vez, en 2019 el Gobierno mexicano reconoció oficialmente la existencia del desplazamiento interno forzado en el país y se comprometió a atenderlo. La Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) construyó un micrositio para concentrar la información existente en materia de desplazamiento interno forzado en México y dar seguimiento a la respuesta gubernamental a nivel federal y estatal. Hasta la fecha no existen mediciones sobre el desplazamiento interno forzado en México que sean fiables y comprobables, sino que se basan en fuentes periodísticas. Esto se debe a que no existe un mecanismo institucional ni protocolos para su atención. Recientemente el Ejecutivo Federal ingresó a las cámaras, para su aprobación, una propuesta de Ley General para la prevención, atención y solución al desplazamiento forzado interno. En ella se incluye un enfoque de equidad de género, a las poblaciones indígenas y a los grupos vulnerables. Por lo anterior, no es posible medir, en México, el porcentaje de población indígena desplazada de sus territorios.

Por su parte, la consulta y el consentimiento libre, previo e informado a los pueblos indígenas presenta avances frente a retos enormes aún por vencer. Si bien es cierto que el Consejo Consultivo de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) aprobó el Protocolo para la implementación de consultas a pueblos y comunidades indígenas (CONAPO, s/f) también es cierto que aún está ausente de una legislación secundaria.

Es loable que la consulta a los pueblos indígenas sea libre, previa e informada; que sea exigida en la actualidad en varias sentencias de los tribunales electorales, producto en parte de impugnaciones provenientes de organizaciones indígenas, y que los sistemas normativos indígenas hayan sido incluidos por algunos tribunales. El caso más representativo es, tal vez, la consulta indígena para definir el Régimen Electoral del Municipio de Oxchuc en Chiapas.

Recientemente, también han sido realizadas consultas a pueblos indígenas por parte del Gobierno Federal ante megaproyectos, tal como en el emblemático “proyecto de desarrollo integral Tren Maya”, en el que se consultó a cerca de 1400 comunidades indígenas ubicadas en el trayecto del proyecto (Maya, Choles, Tzeltales, Tzotziles, entre otros). Sin embargo, desde el plano de la experiencia ha quedado claro que estas consultas, cuando se llevan a cabo, tienden a ser opacas, se realizan como un mero formalismo; son simulaciones y aunque se lleven a cabo de forma correcta, no se ha logrado evitar que dejen una estela de críticas detrás suyo respecto a que en su realización no se cumplieron todos los estándares internacionales de derechos humanos en la materia.

La pandemia y las medidas de mitigación comunitaria han tenido un efecto claro en esta materia, se han suspendido. Tal es el caso, por ejemplo, de la consulta prevista para ser realizada en 2020, en lo tocante a una propuesta de reforma electoral para los pueblos y comunidades indígenas del Estado de Hidalgo y mandatada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación al Congreso del Estado de Hidalgo,

quien había declarado inválida la consulta que en la misma materia realizó el citado Congreso en 2019; por no ser debidamente cumplido el “requisito”.

3.4 Atención a los pueblos indígenas amenazados de desaparición (Acuerdo 86)

En México, en el año 2010, se reportaron 68 lenguas indígenas y 364 variantes lingüísticas a lo largo de sus 32 entidades federativas. Pese a la gran riqueza cultural que representa esta información, casi la mitad de las variantes lingüísticas están en riesgo de desaparecer. Esta información fue publicada por el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) en 2012, incluyendo una descripción estadística detallada de cada variante lingüística según su nivel de riesgo de desaparición. Sería de gran ayuda que el INALI actualizara esta publicación con base en los datos del Censo de Población 2020. Cabe mencionar que un antecedente de gran valor fue la creación por parte del INALI, en 2008, del Catálogo de Lenguas Indígenas Nacionales y Variantes Lingüísticas de México, con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas, disponible en Internet en varias lenguas indígenas.

Asimismo, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) publicó el índice de reemplazo etnolingüístico, retomado a su vez de un estudio demográfico (Ordorica, et. al 2009), que permite apreciar la transmisión intergeneracional de los idiomas de los 62 grupos etnolingüísticos, y así entender la “fortaleza” o “debilidad” de una lengua. El grado de reemplazo etnolingüístico para el país se ubica en la categoría de extinción lenta, con un valor de 0.8667, a lo que se debe agregar que 34 grupos etnolingüísticos se ubican en situación de extinción.

Demográficamente, la pérdida de las lenguas indígenas es la principal explicación del descenso de la población hablante de una lengua indígena, pues esta última tiene en lo general mayores niveles de fecundidad que el resto de la población nacional, aún cuando sus montos de emigración internacional son poco conocidos.

Una de las causas directas de desaparición de las lenguas, no la única, es la pérdida de la transmisión intergeneracional de la lengua. Gracias a la inclusión de la pregunta sobre el origen étnico de los padres en la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 2011 y 2017, se puede estimar a escala nacional dicho fenómeno. El 54% de los entrevistados hijos de hablantes de lenguas indígenas declararon no hablar la lengua de sus padres. Este porcentaje es el que se asume como nivel de pérdida intergeneracional de la lengua indígena en México en 2017.

Por último, un tema de gran relevancia es el riesgo que padecen los jornaleros agrícolas del país. Se estima que, en 2015, había 2.2 millones de jornaleros agrícolas que junto con sus familias sumaban 5.9 millones de personas de los cuales 24% son indígenas. Además de la explotación laboral, principalmente en trabajadores infantiles y mujeres, reportadas constantemente ante la CNDH, es una población de alto riesgo ante la COVID-19 por el hacinamiento en que se producen las formas de traslado desde y hacia sus

lugares de residencia y las formas de vivienda en los campamentos de los campos de cultivo (Velazco, Coubès, Contreras, s/f).

4. Escenario futuro y propuestas de líneas de acción

En las regiones indígenas, tanto el número de casos positivos como la mortalidad por COVID-19 han sido menores en términos de tasas, que fuera de ellas, aunque existe una fuerte heterogeneidad entre las regiones indígenas. Esta situación puede deberse a la muy baja inmigración que, en términos generales, reciben estas regiones. La falta de una adecuada identificación étnica en las estadísticas de salud impiden conocer la situación de las poblaciones indígenas.

Para ello, es necesario mejorar la captación de la lengua indígena hablada que ya se incluye en dichas estadísticas y que se agregue en ellas al menos una buena pregunta de autoidentificación étnica.

Además del contagio en sí y del riesgo de morir por causa de la COVID-19, no solo la pandemia sino las políticas para mitigarla ponen en riesgo el cumplimiento de algunos de los acuerdos del Consenso de Montevideo. En materia de salud reproductiva, se incrementan las necesidades insatisfechas y los embarazos no deseados y se piensa que, por lo menos, se mantiene igual la violencia obstétrica y el abuso de la esterilización femenina, la cesárea y el DIU.

El logro del ODS 1 de poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo puede verse vulnerado por el efecto pernicioso en la economía de las medidas de confinamiento. Sin embargo, no existen estadísticas en México que permitan medir esto actualmente. Hay que reconocer que el Gobierno Federal ha transferido más apoyos que nunca a los pobres, a través de las pensiones a personas adultas mayores, becas a estudiantes, apoyo económico a personas con discapacidad, gratuidad en medicinas y atención médica, así como distintos tipos de créditos, todo lo cual cumple sin duda con el reforzamiento de las políticas que en México han existido para reducir la pobreza y elevar el consumo desde abajo. Es necesario contar con estadísticas que permitan valorar el éxito de estas medidas sobre los niveles de pobreza de poblaciones indígenas y no indígenas durante la pandemia.

El desplazamiento forzado en el país involucra volúmenes de población aún no cuantificados con rigor. El actual Gobierno Federal ha dado los primeros pasos para el reconocimiento y la atención debida a los desplazados. En una situación parecida se encuentran los migrantes jornaleros agrícolas. Ambas poblaciones cuentan con numerosos contingentes indígenas; con grandes riesgos de contagios y se sabe poco de ellos que sea útil para localizarlos y ofrecerles información y servicios.

Por lo que toca a las consultas indígenas, es imposible saber cuántas hay en curso, pero es sabido que algunas de ellas se encuentren suspendidas *de facto*. Además, en estos días ha habido rebrotes en algunas entidades federativas que han merecido elevar las restricciones en espacios públicos. Dependiendo del curso de la Pandemia las consultas indígenas serán realizadas o seguirán aplazadas.

Finalmente, se sugieren las siguientes líneas de acción para atender los puntos críticos antes descritos:

- Promover la salud intercultural en México en materia de atención a la salud sexual y reproductiva con normas de parto humanitario así como participar en las medidas de salud comunitaria con especial énfasis en los cuidados requeridos para evitar la propagación del SARS-CoV-2.
- Hacer realidad la participación de las organizaciones y líderes indígenas en la formulación e implementación de planes para el desarrollo, especialmente los de impacto ambiental, de salud, de educación; en la producción de las estadísticas nacionales, incluidos los censos de población; en el diseño y aplicación de medidas de apoyo para paliar los efectos económicos, de derechos y de salud de la pandemia.
- Implementar un programa de población para cada uno de los 68 pueblos indígenas, encabezado por el CONAPO y el INPI, con base en la aplicación de diversas metodologías de estudio, incluyendo el autodiagnóstico comunitario.
- Establecer un diálogo amplio con todos y cada uno de los pueblos y comunidades indígenas de forma sistemática de parte de la Secretaría de Gobernación.
- Promover mecanismos que evalúen y permitan la captación adecuada de la población indígena en los registros de salud.

Bibliografía

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 2, 167-197.

Cenobio, F. (2019). *La fecundidad adolescente en la población indígena y sus condiciones de acceso a los servicios de salud en México*. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI (2016). Indicadores Socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2015, en <https://www.gob.mx/inpi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128> [1 de noviembre de 2020].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH (2002) Recomendación general número 4 Sobre el derecho a la protección de la salud. En línea: <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-42002> [1 de noviembre 2020].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH (2018). Recomendación general número 15 Sobre el derecho a la protección de la salud. En línea: <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-numero-15-sobre-el-derecho-la-proteccion-de-la-salud> [1 de noviembre 2020].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2019). La pobreza en la población indígena de México 2008- 2018, en https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf [1 de noviembre de 2020]

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación CONAPRED (2011). Documento informativo sobre discriminación racial en México, en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Dossier%20DISCRACIAL.pdf [1 de noviembre 2020].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2017). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México ENADIS, en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/DISCRIMINACIONAL.pdf> [1 de noviembre de 2020].

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas INPI (2020). Mapeo de casos Covid-19 en las regiones indígenas, en <http://www.inpi.gob.mx/Covid19/> [1 de noviembre de 2020].

Instituto Nacional de Lenguas Indígenas INALI (2012). Lenguas indígenas nacionales en riesgo de desaparición: Variantes lingüísticas por grado de riesgo, en https://site.inali.gob.mx/pdf/libro_lenguas_indigenas_nacionales_en_riesgo_de_desaparicion.pdf [2 de noviembre de 2020].

Ordorica, M., Rodríguez, C., Velázquez, B., Maldonado, I. (2009). El Índice de Reemplazo Etnolingüístico entre la población indígena de México. *Desacatos, Revista de Antropología Social*, (29), 123-140.

Organización Mundial de la Salud OMS (2020). Gracias a nuevas investigaciones se conocen mejor los efectos de la COVID 19 en las embarazadas y sus bebés, en <https://www.who.int/es/news/item/01-09-2020-new-research-helps-to-increase-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies> [27 de noviembre de 2020].

Ruan, Q. Yang, K. Wang, W. Jiang, L. y Song, J. (2020). Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive care medicine*, <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x>

Secretaría de Gobernación SEGOB, Consejo Nacional de Población CONAPO, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2018). Informe nacional de avance en la implementación del consenso de Montevideo en <https://www.gob.mx/conapo/documentos/informe-nacional-de-avance-en-la-implementacion-del-consenso-de-montevideo> [1 de noviembre de 2020].

Santarpia, J. Rivera, D. Herrera, V. Morwitzer, M. Creager, H. Santarpia, G. Crown, K. Brett-Major, D. Schnaubelt, E. Broadhurst, M. Lawler, J. Reid, S. y Lowe, J. (2020). Aerosol and surface contamination of SARS-CoV-2 observed in quarantine and isolation care. *Scientific Reports*, en <https://www.nature.com/articles/s41598-020-69286-3> [19 de octubre 2020].

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (2020). Datos abiertos en línea, en <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127> [4 de octubre de 2020].

Secretaría de Salud (2020b). Informe técnico Covid-19/México 23 de julio 2020 [video online] en <https://www.youtube.com/watch?v=XlhzslFBrv8> [28 de julio de 2020].

Secretaría de Salud (2020c). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, semana epidemiológica 44.

Secretaría de Salud (2020d). Planificación Familiar COVID19 México 3 agosto de 2020 [video online] en <https://www.youtube.com/watch?v=Arvt4VkRiWE&feature=youtu.be> [1 de noviembre de 2020].

Simonnet, A., Chetboun, M., Poissy, J., Raverdy, V., Noulette, J., Duhamel, A., Labreuche, J., Mathieu, D., Pattou, F., Jourdain, M., & LICORN and the Lille Covid-19 and Obesity study group (2020). High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, <https://doi.org/10.1002/oby.22831>.

Vázquez, G. y Cenobio, F. (2020) Caracterización de los casos de SARS-CoV-2 en las regiones indígenas de México, 2020, en La universidad ante su compromiso educativo y social. Sus experiencias, retos y perspectivas frente a la pandemia generada por la COVID-19. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. <https://www.uaeh.edu.mx/convocatorias/ebook-2020/>.

Vázquez, G. (2013). Demografía étnica: un balance del periodo 1986-2011 en *Coyuntura Demográfica*, Núm 3, 97-101.

Vázquez, G. y Quezada, M. (2015). Los indígenas autoadscritos de México en el Censo 2010: ¿revitalización étnica o sobreestimación censal?, en *Papeles de Población*, 21.,(86), 171-218 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-74252015000400007&lng=es&nrm=iso

Vázquez, G. (2019). La fecundidad de los grupos étnicos en México” en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34., (3), 497-534, doi:<http://dx.doi.org/10.24201/edu.v34i3.1850>.

Vázquez, G. (2019b). Propuesta para la identificación de la población indígena en *Coyuntura Demográfica*, Núm 16, 59-63, en <http://coyunturademografica.somede.org/propuesta-parta-la-identificacion-de-la-poblacion-indigena/>

Vázquez, G. y Ortiz-Ávila, E. (2020) “Planificación familiar y fecundidad de la población indígena en el México urbano” en *Papeles de Población*, 26, 103 157-184, <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/11152>

Velazco L., Coubès, M. Contreras, O (s/f). Documentos de contingencia 1. Poblaciones vulnerables ante Covid-19. Los jornaleros agrícolas migrantes. El Colegio de la Frontera Norte en <https://www.colef.mx/estudiosdeelcolef/los-jornaleros-agricolas-migrantes/>

Zolla, C. (2007) *La salud de los pueblos indígenas de México*, en http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/pdf/proyectos_academicos/salud_pueblos_indigenas.pdf

Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial. Panorama actual y futuro y propuestas de líneas de acción

Germán Vázquez Sandrin¹

Introducción

Los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud, en lo económico, en lo laboral y en el bienestar, son distintos dependiendo de las vulnerabilidades estructurales que se padezcan. En esta coyuntura mundial, los afrodescendientes, como grupo históricamente excluido, tienen un riesgo potencial amplificado por ser omitidos de las ayudas socioeconómicas de emergencia, por ver agravada su pobreza, por falta de acceso a los servicios de salud, por ser discriminados y estigmatizados. Para valorar los impactos de la pandemia y tratar de visibilizar cómo dichos impactos afectan lo que se establece en los acuerdos del Consenso de Montevideo, nos parece crucial analizar dos aspectos de la planeación y las acciones de políticas pública en México: por una parte, aquellas inmediatas dirigidas a atender a todas las poblaciones vulnerables del país y, por otra parte, las expresamente dirigidas a los afromexicanos, enmarcadas en los programas de más largo plazo.

Primeramente, hay que decir que en nuestro país la temática afrodescendiente no ha sido reconocida por el Estado sino desde hace pocos años. El debate apenas inicia. En México, la categoría social que nombra a los hombres y las mujeres descendientes de africanos —que fueron traídos a México como esclavos durante la Colonia— aún está en construcción. La frase, “entramos negros y salimos afrodescendientes”, que le ha dado la vuelta a América Latina, condensa la situación de emergencia que estamos viviendo. El término más aceptado por la mayoría es afrodescendiente; los legisladores nacionales acuñaron el término afromexicano; ellos se reconocen negros.

La Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia de Durban, Sudáfrica ha tenido un gran alcance a nivel regional al mismo tiempo que constituye una base sólida para la implementación de políticas nacionales en contra del racismo y la discriminación. Alineado a este instrumento se encuentra el Consenso de Montevideo sobre Población y

¹ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Desarrollo, resultado de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe para la implementación y el seguimiento del Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Este incluye un capítulo dedicado a los afrodescendientes desde la perspectiva de derechos y en combate al racismo y la discriminación racial, con 7 medidas prioritarias, sobre la base del cual se articula el presente capítulo.

México, a partir del sexenio del presidente Andrés Manuel López Obrador, ha incorporado masivamente la categoría de afromexicano en los programas sectoriales del Gobierno federal. A partir de 2019, se incluyó el reconocimiento de la población afromexicana en el artículo 2 de la Constitución:

“C. Esta Constitución reconoce a los pueblos y comunidades afromexicanas, cualquiera que sea su autodenominación, como parte de la composición pluricultural de la Nación. Tendrán en lo conducente los derechos señalados en los apartados anteriores del presente artículo en los términos que establezcan las leyes, a fin de garantizar su libre determinación, autonomía, desarrollo e inclusión social.” (Secretaría de Gobernación, 2019).

La población que en 2015 se reconoció como afrodescendiente fue de 1 381 853 personas que representó el 1.2% de la población total del país. Esta población se encuentra distribuida a lo largo de todo el territorio mexicano, aunque de manera desigual. En 100 municipios específicos, donde residen 1.2 millones de personas, hay al menos 10% de población afrodescendiente lo que suma cerca de 227 mil personas. De entre estos municipios, hay 22 en donde la población afrodescendiente representa un porcentaje de más del 30%, sumando 88 mil personas (INEGI, 2017).

La población afrodescendiente, en gran porcentaje, también es indígena. Esto puede constatarse puesto que el 65% de la población que se autoadscribe como afrodescendiente también lo hace como indígena. La mitad de los 22 municipios con más del 30% de población afrodescendiente también son municipios localizados en regiones indígenas.

Los niveles de fecundidad de la población que se autoadscribe como afrodescendiente, así como su distribución por edad y sexo son similares a los de la población nacional. Contrariamente a lo que se hubiera anticipado en indicadores sociales tales como la escolaridad, analfabetismo, afiliación a servicios de salud, promedio de ocupantes por dormitorio, viviendas con piso de tierra, disposición de servicios básicos dentro de la vivienda (agua, energía eléctrica, drenaje, sanitario con taza de baño), disponibilidad de bienes (refrigerador, lavadora, horno de microondas y automóvil o camioneta), las condiciones de las personas afrodescendientes también son similares, o levemente más desfavorables, respecto al nivel nacional. Se hubiera esperado que sus niveles socioeconómicos fueran mucho más desfavorables por las desigualdades estructurales a las que están sujetas.

Esta baja representatividad de los afrodescendientes en situación de pobreza puede ser resultado de que el criterio de identificación por autoadscripción o la forma de aplicarlo en la encuesta de 2015, haya sido realizado con base en un fraseo que admitió muchos falsos positivos. Esta situación requiere

de un análisis exhaustivo de todos los factores intervinientes, pero, en todo caso, es sabido que el uso de la referencia a la “cultura” para adscribirse o no como afrodescendiente es muy permisiva, como quedó evidenciado ininidad de veces con la pregunta de autoadscripción indígena (Vázquez, Quezada, 2015).

También, de forma repetida, se ha expuesto en textos internacionales que las personas afrodescendientes son un grupo en situación de especial vulnerabilidad ante la pandemia de COVID-19 y los efectos perniciosos de las medidas para contrarrestarla (UNFPA, 2020; CIDH, OEA, 2020). En particular, las mujeres y las niñas ven incrementada su vulnerabilidad por violencia doméstica; por discriminación, en el caso de las trabajadoras de la salud, por ejemplo; por falta de atención a los derechos reproductivos, y por privación de la atención del embarazo y el parto dentro del sistema de salud (ONU, s/f).

Con base en la escasa y deficiente información existente, se sabe que la población afrodescendiente en México no presenta un perfil demográfico que la ponga especialmente en riesgo ante el COVID-19. Más aún, la distribución espacial de esta población pareciera ser un factor asociado a disminuir la probabilidad de contagio. Esto se debe a que factores como la cercanía física entre las personas, que es difícil de evitar en determinadas condiciones de movilidad espacial, y la alta densidad poblacional en ciertos espacios públicos, no corresponden al perfil demográfico de dichas poblaciones. Ello explicaría, previa comprobación científica rigurosa, por qué las poblaciones afrodescendientes que residen en zonas rurales tienen menos probabilidad de contagio que el promedio nacional.

Cabe enfatizar que es muy poco lo que se sabe con respecto al curso de la pandemia de COVID-19 en la población afrodescendiente en México. Los registros administrativos de los casos positivos de esta enfermedad, datos abiertos emitidos por el Gobierno de México y la Dirección General de Epidemiología, no incluyen ningún tipo de identificador sobre el origen africano de las personas. Sin embargo, con base en dicha fuente y a partir de la información recabada desde el inicio de la pandemia, el 16 de febrero, hasta el 4 de octubre de 2020 (fecha de corte), es posible estimar que en el conjunto de los 22 municipios con 30% y más de población afrodescendiente hay un total de 346 casos positivos de SARS-CoV-2. Esto representa una tasa de 156 casos positivos por 100 mil habitantes proyectados a mitad del año. Por su parte, a escala nacional esta tasa es de 596 casos positivos por 100 mil habitantes. De esta manera, se tiene que la tasa en los 22 municipios es 3.8 veces inferior que la tasa nacional, probablemente debido a la baja movilidad territorial y bajas densidades respecto a lo que vive la población que reside en grandes urbes y megalópolis.

Si bien son buenas noticias, debe aclararse que la población de estos 22 municipios no es representativa de la población total autoadsrita como afrodescendiente a nivel nacional. Son municipios con baja densidad demográfica y al mismo tiempo con poca inmigración, lo cual potencialmente atenúa la propagación de la enfermedad. A pesar de todo, este es el único acercamiento que pudimos realizar de los efectos que tiene la pandemia de COVID-19 sobre la población afrodescendiente de México. No se realizó un análisis de los 100 municipios con al menos 10% de población afrodescendiente pues arrojaría resultados aún menos representativos de dicha población dada su baja proporción en el total.

Debido a la no identificación de la población afrodescendiente en las estadísticas que siguen el curso de la pandemia; la falta de evidencia de bajos niveles socioeconómicos que arrojan las encuestas más confiables, y; un perfil demográfico poco asociado al riesgos de salud o vulnerabilidades sociales, no es posible presentar en esta publicación y al día de hoy un diagnóstico científico específico que permita estimar el impacto de la pandemia sobre la población afromexicana en la salud, en lo social o en lo económico.

Ante estas condiciones coyunturales y en respuesta a la urgencia de la pandemia y las crisis que conlleva, hay dos pasos a seguir, por parte del Gobierno mexicano, que se deben considerar imprescindibles para la población afromexicana: primero, atender a todas las poblaciones vulnerables del país, entre las que es de suponer están sobrerrepresentadas las afrodescendientes, y segundo, pero no menos importante, diseñar y aplicar, tal como lo establece el Consenso de Montevideo, una política pública que satisfaga los derechos de esta población en cuanto a desarrollo económico, salud (especialmente salud sexual y salud reproductiva), elevación de la calidad de vida de las mujeres y combate del racismo y la discriminación. El objetivo de este capítulo es identificar la inclusión de los afromexicanos en los planes y programas de gobierno en el marco de la pandemia de COVID-19 para sustentar la reflexión de los escenarios futuros y líneas de acción.

A continuación se expone una recopilación, sistematización y análisis de la inclusión de los afromexicanos en la planeación de las políticas públicas con base en los programas nacionales del Gobierno federal a partir del presente sexenio 2018-2024 en el cual se revisa su alineación con el capítulo I del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, así como una reflexión de cómo estas medidas gubernamentales pueden contribuir a proteger a la población afromexicana respecto a los impactos sociales, demográficos y económicos de la pandemia y, finalmente, se ofrece una reflexión respecto a el escenario futuro y propuestas de líneas de acción.

1. La inclusión de los afromexicanos en la planeación de las políticas

Para estudiar la inclusión de los afromexicanos en la planeación de las políticas públicas y su alineación con el capítulo I del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, se revisó un total de 18 programas: los 17 programas sectoriales publicados hasta la fecha y el Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) como cabeza de sector.

Estos 18 planes del Gobierno federal, en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, contienen 195 medidas diferentes dirigidas explícitamente a la población afromexicana (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Los programas sectoriales y el Programa Institucional del INPI según número de acciones, estrategias y objetivos dirigidos a los afroamericanos

Programas	Acciones	Estrategias	Objetivos
Programa Institucional 2020-2024 del instituto Nacional de los Pueblos Indígenas	93	24	5
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	21	1	0
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	17	4	1
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Nacionales 2020-2024	7	1	0
Programa Sectorial de Cultura 2020-2024	6	1	0
Programa Sectorial de Turismo 2020-2024	5	0	0
Programa Sectorial de de Seguridad y Protección Ciudadana 2020-2024	2	0	0
Programa Sectorial de Educación 2020-2024	2	0	0
Programa Sectorial de Gobierno 2020-2024	2	0	0
Programa Sectorial de Economía 2020-2024	1	0	0
Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2020-2024	1	0	0
Programa Sectorial de Salud 2020-2024	0	1	0
Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2020-2024	0	0	0
Programa Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural 2020-2024	0	0	0
Programa Sectorial de Función Pública 2020-2024	0	0	0
Programa Sectorial de Comunicaciones y trasportes 2020-2024	0	0	0
Programa Sectorial de Defensa Nacional 2020-2024	0	0	0
Programa Sectorial de Marina 2020-2024	0	0	0
Total	157	32	6

Fuente: Elaboración propia con base en los Programas referidos

El Programa Institucional del INPI representa el 63% de todas las medidas adoptadas por los programas sectoriales en atención a los afroamericanos. Le siguen los programas de Bienestar y de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano con 11% cada uno. En tercer orden se encuentran los programas de Medio Ambiente y Recursos Naturales y de Cultura, con 4% cada uno y el de Turismo con 3%. Los demás tienen 1% o 0%.

El resultado del análisis muestra que en 6 de los 17 programas sectoriales no se hace mención a la población afroamericana. Cabe destacar la ausencia de siquiera una acción dirigida a esta población en los tres siguientes programas:

1. Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2020-2024
2. Programa Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural 2020-2024
3. Programa Sectorial de Comunicaciones y Transportes 2020-2024

Si bien las 195 medidas referidas se dirigen a los afroamericanos en términos de sujetos de derechos, en algunos casos se les incluye en una categoría de grupos vulnerables o en situación de discriminación, agregados a un conjunto de subpoblaciones que en principio, por su edad o por tener ciertas discapacidades no pueden valerse por sí mismos, o requieren “tutela” para decidir. Esto ocurre en los programas de Salud; Seguridad; Seguridad y Protección Ciudadana; Gobernación, y; Relaciones Exteriores. Como ejemplo, léase el caso de la estrategia prioritaria 1.5 del Programa de Salud:

1.5 “Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas.”

Por más que la existencia de las 195 medidas dirigidas explícitamente a afroamericanos en términos de sus derechos sea en sí misma muy relevante, no significa que estas medidas se encuentren alineadas a lo establecido por el Capítulo I sobre Afrodescendientes del Consenso de Montevideo.

Solamente uno de los programas, el Programa Sectorial de Gobernación 2020-2024, hace mención explícita del Consenso de Montevideo: “Es prioritario atajar las desigualdades estructurales y garantizar el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, así como la inclusión en el desarrollo económico y bienestar de los grupos de población, menos favorecidos, por ello se ha trazado una ruta en cumplimiento a la Agenda 2030, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.” (Secretaría de Gobernación, (s/n).

Para detectar las medidas alineadas o coincidentes con el capítulo I del Consenso de Montevideo, se procesaron los textos de las 195 medidas antes mencionadas para encontrar coincidencias de palabras clave contenidas en las 7 medidas prioritarias —de la 92 a la 98— de dicho capítulo. Esto ayudó a encontrar el mayor número de coincidencias estrictas y reducir los argumentos meramente interpretativos. Por lo mismo, el resultado representa un listado mínimo de coincidencias.

Como resultado se detectaron 39 medidas diferentes que atienden las medidas prioritarias encontradas en el capítulo I, *Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial*, del Consenso de Montevideo (ver anexo). Las 39 medidas, de un total de 195, dirigidas a afrodescendientes implican que 20% de las medidas dirigidas a afroamericanos están alineadas a las medidas prioritarias del capítulo I del Consenso de Montevideo.

Para poder presentar el contenido de estas medidas en el presente estudio es necesario resumirlas, aun a costa de incurrir en algún grado de generalidad. Con el fin de ser breves y concisos, se seleccionaron los objetivos prioritarios de los que se derivan las 39 medidas alineadas al capítulo I del Consenso de Montevideo (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Programas Sectoriales y Programa Institucional del INPI según objetivos prioritarios de los que se derivan acciones y estrategias dirigidas a afroamericanos y medidas prioritarias del Consenso de Montevideo con las que coinciden

Programa	Objetivo prioritario	Acuerdo del Consenso
Programa Sectorial de Turismo 2020-2024	Objetivo prioritario 2: Impulsar el desarrollo equilibrado de los destinos turísticos de México.	96
	Objetivo prioritario 1: Garantizar un enfoque social y de respeto de los derechos humanos en la actividad turística del país.	96
Programa Sectorial de Salud 2020-2024	Objetivo prioritario 1: Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.	95,97
	Objetivo prioritario 5: Fortalecer la gobernanza ambiental, a través de la participación ciudadana libre, efectiva, significativa y corresponsable en las decisiones de política pública, asegurando el acceso a la justicia ambiental con enfoque territorial y de derechos humanos y promoviendo la educación y cultura ambiental.	97,98
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024	Objetivo prioritario 3: Promover el agua como pilar de bienestar, manejando por instituciones transparentes, confiables, eficientes y eficaces que velen por un medio ambiente sano y donde una sociedad participativa se involucre en su gestión.	96
	Objetivo prioritario 2: Fortalecer la acción climática a fin de transitar hacia una economía baja en carbono y una población, ecosistema, sistema productivos e infraestructura estratégica resilientes, con el apoyo de los conocimientos científicos, tradicionales y tecnológicos disponibles.	97
	Objetivo prioritario 1: Promover la conservación, protección, restauración y aprovechamiento sustentable de los ecosistemas y subbiodiversidad con enfoque territorial y de derechos humanos, considerando las regiones bioculturales, a fin de mantener ecosistemas funcionales que son la base del bienestar de la población.	97

Programa	Objetivo prioritario	Acuerdo del Consenso
Programa Sectorial de Gobierno 2020-2024	Objetivo prioritario 3: Garantizar, promover y proteger los derechos humanos de las personas mediante políticas públicas y mecanismos que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos.	97
Programa Sectorial de Educativo 2020-2024	Objetivo prioritario 1: Garantizar el derecho de la población en México a una educación equitativa, inclusiva, intercultural e integral, que tenga como eje principal el interés superior de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.	97
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	Objetivo prioritario 2: Reconocer el papel de los sujetos agrarios, población rural, pueblos indígenas y afroamericanos en el desarrollo territorial incluyente y sostenible para garantizar el pleno ejercicio con el sector energético mediante el diálogo y los procedimientos de mediación para el adecuado uso y aprovechamiento del suelo.	93, 96, 97
Programa Sectorial de Cultura 2020-2024	Objetivo prioritario 4: Proteger y conservar la diversidad, la memoria y los patrimonios culturales de México mediante acciones de preservación, investigación, protección, promoción de su conocimiento y apropiación.	98
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	Objetivo prioritario 4: Reducir las brechas de desigualdad socioeconómica que enfrentan los grupos poblacionales históricamente excluidos.	93, 96, 97, 98
	Objetivo prioritario 1: Contribuir a garantizar un conjunto básico de derechos humanos de manera efectiva y progresiva comenzando por quienes más lo necesitan.	97
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas	Objetivo prioritario 5: Promover la coordinación transversal de la Administración Pública Federal, los gobiernos estatales y municipales y las autoridades indígenas y afroamericanas, para el diseño, ejercicio y evaluación de las políticas públicas con pertinencia económica, social y cultural.	96
	Objetivo prioritario 4: Fortalecer el patrimonio cultural tangible e intangible de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, en particular la educación, la medicina tradicional, las lenguas indígenas, los medios de comunicación y sus expresiones artísticas y artesanales.	98
	Objetivo prioritario 3: Contribuir al desarrollo integral y bienestar común de los pueblos indígenas y afroamericano, fortaleciendo su economía, mejorando y ampliando su infraestructura y aprovechando sustentablemente sus tierras, territorios y recursos, en un marco de respeto a su economía y formas de organización.	96
	Objetivo prioritario 1: Promover la implementación de los derechos de los pueblos indígenas y afroamericanos, en particular el derecho a la libre determinación: tierras, territorio y recursos; y participación y consulta, desde una perspectiva integral, intercultural y de género.	96, 98

Fuente: elaboración propia con base en Programas Sectoriales y Programa Institucional del INPI

Los dos objetivos asociados a las acciones y estrategias que más aportan al cumplimiento del Consenso de Montevideo en su capítulo I son:

- El Objetivo prioritario 4 del Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024: “Reducir las brechas de desigualdad socioeconómica que enfrentan los grupos poblacionales históricamente excluidos”. Contiene acciones puntuales que atienden cuatro de las medidas prioritarias—93, 96, 97, 98— del capítulo I del Consenso de Montevideo.
- El Objetivo prioritario 2 del Programa Sectorial de Desarrollo Agraria, Territorial y Urbano 2020-2024: “Reconocer el papel de los sujetos agrarios, población rural, pueblos indígenas y afromexicanos en el desarrollo territorial incluyente y sostenible para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, así como para impulsar acciones que coadyuven con el sector energético mediante el diálogo y los procedimientos de mediación para el adecuado uso y aprovechamiento del suelo”. A través de sus acciones puntuales atiende las medidas prioritarias 93, 96 y 97 del capítulo I del Consenso de Montevideo.

Por sector, cada uno atiende las siguientes medidas prioritarias del Consenso de Montevideo en su capítulo I:

1. Bienestar: 93, 96, 97 y 98
2. Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano: 93, 96 y 97
3. Medio Ambiente y Recursos Naturales: 96, 97 y 98
4. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas: 96 y 98
5. Salud: 95 y 97
6. Cultura: 98
7. Educación: 97
8. Gobernación: 97
9. Turismo: 96

Los sectores que atienden un mayor número de medidas prioritarias de este capítulo del Consenso son: Bienestar, Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Medio Ambiente y Recursos Naturales e Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (ver Cuadro 3).

Según las medidas prioritarias del capítulo I del Consenso de Montevideo, a continuación, se presenta el número de objetivos prioritarios, el número de acciones, estrategias y objetivos que lo atienden, así como el número de objetivos prioritarios de los que se desprenden las distintas acciones y estrategias.

Cuadro 3. Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo según acciones, estrategias y objetivos de los programas y los objetivos que derivan de las mismas

Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo	Acciones, Estrategias y Objetivos	Objetivos de los que derivan
92	0	0
93	2	2
94	0	0
95	1	1
96	23	8
97	12	8
98	5	5
Total	43	24

Fuente: Elaboración propia con base en los Programas referidos.

Del cuadro anterior se deriva que las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo más atendidos por los programas sectoriales son:

96. Promover el desarrollo de las poblaciones afrodescendientes, a través de la implementación de políticas públicas, la elaboración de normas y la creación de una institucionalidad rectora que lleve adelante sectorialmente políticas, planes y programas de acción afirmativa que integren los principios de igualdad y no discriminación en todos los niveles de gobierno, con la participación de la sociedad civil organizada en todo el proceso de diseño, implementación y evaluación de dichos instrumentos;

97. Garantizar las políticas y programas para la elevación de las condiciones de vida de las mujeres afrodescendientes asegurando plenamente sus derechos, en particular los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Por otra parte, existen dos medidas prioritarias que no son atendidas de forma explícita hasta ahora por ningún programa sectorial, estas son:

92. Respetar y aplicar las disposiciones de la Declaración y el Programa de Acción de Durban aprobados por la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, adaptando los marcos jurídicos y formulando las políticas necesarias para su implementación, con la plena participación de las personas afrodescendientes;

94. Considerar las dinámicas demográficas y socioculturales particulares de las poblaciones afrodescendientes en el diseño y la aplicación de las políticas públicas, garantizando su plena participación, y el desarrollo de estadísticas desagregadas.

La ausencia en la atención explícita a las medidas prioritarias 92 y 94 probablemente se debe a que los programas tanto del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) como del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que son las instituciones que se especializan en atenderlos, no han salido a la luz hasta la fecha en que se escribe este artículo.

¿Cuáles de todas las medidas gubernamentales pueden contribuir a proteger a la población afromexicana respecto a los impactos sociales, demográficos y económicos de la pandemia? Tal como se mencionó en la introducción, la respuesta a esta pregunta puede dividirse en dos: en primer lugar, las medidas dirigidas a atender a todas las poblaciones vulnerables del país, entre las que es de suponer están sobrerrepresentados los afrodescendientes, aunque no lo presenten de esa forma los datos estadísticos nacionales. Estas acciones van dirigidas a apoyar a los más necesitados y reactivar la economía nacional desde abajo y para todos, bajo el principio: “Por el bien de todos, primero los pobres”. Entre ellas cabe destacar los siguientes programas del Gobierno: el Programa de Apoyo para el Bienestar de Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras; la Beca Bienestar Educación Básica; Beca Bienestar Educación Media Superior; Beca Bienestar Educación Superior; Producción para el Bienestar; Canasta Básica de Alimentos; Crédito Ganadero a la Palabra; Fertilizantes para el Bienestar; Internet para Tod@s; Jóvenes Construyendo el Futuro; Atención Médica y Medicamentos Gratuitos; Mejoramiento Urbano; Pensión para Personas con Discapacidad; Pensión Universal para Personas Adultas Mayores; Precios de Garantía a Productores del Campo; Reconstruyendo Esperanza; Sembrando vida, y Tandas para el Bienestar.

En segundo lugar, se encuentran las políticas públicas expresamente dirigidas a los afromexicanos enmarcadas en los programas sectoriales e institucional revisados anteriormente que nos parecen pertinentes durante la pandemia. Si bien este tipo de programas son diseñados con propósitos de mediano y largo plazo para combatir problemas estructurales como la desigualdad social, y fueron diseñados antes de la experiencia de la crisis que desató el COVID-19, tienen relevancia en la atención a los graves problemas derivados de la pandemia:

- Combatir la discriminación y violencia contra los afromexicanos, y en particular las mujeres, es urgente en la coyuntura de la pandemia, en este sentido, el Programa Sectorial de Gobernación 2020-2024 establece la promoción de mecanismos intersectoriales de prevención de la violencia en poblaciones de mujeres en situación de discriminación para los afrodescendientes (3.3.2. Programa Sectorial de Gobernación 2020-2024).
- El mejoramiento de la economía de poblaciones y comunidades afromexicanas es otro aspecto clave para enfrentar la crisis laboral y económica que padecen los sectores más vulnerables. Desde distintos programas sectoriales e institucionales se apuesta

al impulso del turismo, vinculando a las comunidades con empresas especializadas y promoviendo el turismo ecológico entre otras acciones. Sin embargo, durante la pandemia el turismo es una de las actividades restringidas de la economía. Así lo establecen en distintas estrategias el Programa Sectorial de Turismo 2020-2024; Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024 y; el Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.

- Impulsar la economía a través de promover el desarrollo de proyectos comunitarios y productivos con un enfoque de economía social y solidaria, intercultural en municipios con presencia afroamericana, permitiéndoles mejorar sus ingresos, así como proyectos productivos para impulsar su desarrollo, a cargo del Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024 y del Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024. Asimismo, el Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024 contempla proveer apoyos a las y los artesanos para desarrollar su capacidad productiva.
- Mejorar la infraestructura social básica, comunitaria y de la vivienda, particularmente en lo pertinente al acceso al agua potable, por un lado, como a la prevención de inundaciones y sequías, por el otro. Cabe mencionar que el Programa Nacional Hídrico 2020-2024 de CONAGUA, si bien no es cabecera del sector, incorpora relevantes medidas expresamente dirigidas a la población afroamericana tales como promover la acuicultura en cuerpos de agua propiedad de la nación para fortalecer la autosuficiencia alimentaria y bajo criterios de protección de la biodiversidad; otorgar concesiones de agua para pequeños productores agrícolas; regularizar concesiones y asignaciones otorgadas a comunidades marginadas, en particular pueblos indígenas y afroamericanos, para proteger sus derechos, entre otros.

El estudio sistemático de las acciones realizadas hasta hoy por el Gobierno federal derivadas de las 39 medidas alineadas al capítulo I del Consenso de Montevideo rebasa los alcances del presente estudio. Incluso más si se consideran los niveles estatal y municipal del gobierno, sin contar con todas las organizaciones no derivadas del gobierno (las ONG).

Sin embargo, no es posible terminar este capítulo sin mencionar, así sea de forma incompleta, algunos aspectos claves en los resultados del Gobierno federal, así como asuntos pendientes, siempre en el cumplimiento del capítulo I del Consenso de Montevideo.

Con base en el Padrón Único de Beneficiarios (PUB), que se conforma a partir de la base de datos oficial que contiene la relación de los Beneficiarios de cada Programa para el Desarrollo del Gobierno federal, actualizada a octubre de 2020, se tiene que en los 22 municipios con 30% y más de población afrodescendiente, el número de beneficios entregados es de 142,115, mientras que la población total estimada para este año es de 202,034. Esto implica que el número de beneficiarios representa el 70% de la población total.

Asimismo, y de acuerdo con datos oficiales, del “total de 22 millones 64 mil 715 beneficiarios de todos los programas, distribuidos en los estado (*sic*) [...] las zonas de muy alta y alta marginación” concentran a “20 millones 378 mil, (lo) que significa que el 92% de todos los programas de desarrollo, de todos los programas sociales, de todas las transferencias directas de la tesorería a la gente, están en las zonas de muy alta y alta marginación” (STPS, 2020). Esta información refuerza lo visto hasta ahora respecto a la existencia de la atención a través de transferencias económicas y otros apoyos dirigidos a fortalecer la economía en los sectores más marginados, lo cual ayuda a sobrellevar los percances económicos en las familias afroamericanas en situación de pobreza, pero al no identificarse a estos sujetos entre los beneficiarios los programas no se puede garantizar que les lleguen a todos los afroamericanos ni se puede evaluar su eficacia con respecto a ese propósito.

Estos apoyos son ahora transexenales al quedar establecido en el artículo 4º de la Constitución que el Estado garantizará un apoyo económico a las personas que tengan discapacidad permanente —en menores de 18 años prioritariamente—, las y los indígenas y las y los afroamericanos hasta la edad de sesenta y cuatro años y las personas en condición de pobreza, así como una pensión para las personas adultas mayores a 68 años y mayores a 65 en el caso de los indígenas (Secretaría de Bienestar, 2020b).

Existe insuficiencia de datos estadísticos referentes a la población afroamericana. Está ausente de todos los registros administrativos, estadísticas vitales, censos y solo se le ha considerado en tres encuestas. Dada la complicada situación que estamos viviendo, es muy notable su ausencia en los registros que capturan la información referente al COVID-19. Es menester, tal como lo establece el capítulo J del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: “asegurar los recursos financieros y humanos suficientes para desarrollar sistemas integrados de información confiables, oportunos y de calidad, con perspectiva de género y desagregados territorialmente y por sexo, edad, raza, pertenencia étnica y condición socioeconómica, para la toma de decisiones y la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas de desarrollo (ONU, CEPAL, p. 32)”.

La población afrodescendiente ha sido identificada en tres encuestas nacionales hasta ahora:

- Encuesta Intercensal 2015.
- Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017 (ENADIS) realizada por INEGI/CONAPRED.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID).

Las preguntas para la identificación afromexicana en las tres encuestas han sido las siguientes:

- EIC 2015: “De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿usted se considera negra(o), es decir, afromexicana(o) o afrodescendiente?”.
- ENADIS 2017 y ENADID 2018: “Por sus antepasados y de acuerdo a sus costumbres, ¿(NOMBRE) se considera negro(a) afromexicano(a) (afrodescendiente)?”

El propio Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) eliminó el tabulado de afrodescendiente de la ENADID 2018 argumentando que existen posibles incongruencias en los resultados obtenidos con estimaciones anteriores. Lo peor del caso es que el Programa Nacional de Estadística y Geografía 2019-2024 no menciona ni una sola vez a los afromexicanos ni a los indígenas.

En materia electoral la población afromexicana aún no ha sido incluida. Una búsqueda simple en la página del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TEPJF, 2020) despliega 2,936 sentencias con la palabra “indígena” y solo 8 con el prefijo “afro”.

Por lo que toca a las acciones de salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, aún no existen estudios o registros de acciones en salud de los afromexicanos, menos sobre la salud sexual y reproductiva de sus niñas, adolescentes y mujeres. El informe de labores de salud 2018-2019 no presenta una sola vez a los afromexicanos o afrodescendientes. Es importante recordar que la pandemia y el confinamiento impactan en una cantidad estimada por el CONAPO de 145,719 embarazos adicionales producto de necesidades insatisfechas de anticoncepción.

2. Escenario futuro y propuestas de líneas de acción

Es innegable la inclusión política de forma explícita y transversal de los afromexicanos en la agenda política nacional y en la planeación del desarrollo de parte del gobierno que encabeza Andrés Manuel López Obrador. También es casi seguro que este gobierno va arrojar resultados como nunca antes en la historia del país se habían logrado en beneficio de estos pueblos y comunidades.

La generación de conocimiento e información confiable y oportuna respecto al pueblo afromexicano es un aspecto crucial para encauzar las acciones de gobierno dirigidas a su atención. Afortunadamente, los resultados del Censo de Población de 2020 saldrán a la luz, estima el INEGI, el 25 de enero de 2021, para apoyar la elaboración de estudios a mayor profundidad.

Un aspecto estratégico, aunque no el único, para la correcta asignación de los beneficios de las políticas de bienestar dirigidas a los afromexicanos es la correcta identificación de dicha población

en censos, encuestas sociodemográficas, estadísticas vitales y registros administrativos. El criterio de identificación afromexicana que produce imprecisiones (falsos positivos o falsos negativos), no es un problema menor ya que incurre en el incumplimiento de los derechos consagrados en el artículo 1 de la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios Raciales, que establece: “todos los individuos y los grupos tienen derecho a ser diferentes, a considerarse y a ser considerados como tales”. Pero, además, las imprecisiones en la identificación generan crisis en la aplicación de políticas de acción afirmativa dirigida al pueblo afromexicano: darle al que no tiene derecho o excluir al que sí lo tiene.

Por lo anterior, es recomendable conformar y financiar una comisión nacional integrada por representantes de las organizaciones afromexicanas, académicos especializados, el INEGI y el Gobierno federal (posiblemente CONAPO), con el propósito de definir y mejorar la forma de identificación afromexicana e indígena en las estadísticas nacionales. Me parece evidente que es necesario mejorar la pregunta de autoadscripción como afromexicano y realizar las pruebas necesarias, así como incluir una pregunta, al menos, de heteroadscripción. Existen experiencias en el tema indígena pero aplicables a los afromexicanos respecto a que, si la pregunta de autoadscripción hace referencia al “pueblo” en lugar de la “cultura”, entonces se tienen al menos dos ventajas: se acerca al concepto de sujeto de derecho (el pueblo afromexicano), y se capta a una población con un perfil socioeconómico más necesitado y con mayores carencias que atender. Es decir, ofrece menos falsos positivos. Además, la autoadscripción debe de ir junto con la heteroadscripción, puesto que ambos procesos definen la identidad y son tan importantes uno como el otro. Para decirlo de forma sintética, la autoadscripción es un componente introspectivo mientras que la heteroadscripción es el interactivo. El sujeto debe autoadscribirse y al mismo tiempo ser reconocido como afromexicano, afrodescendiente o negro por “el otro”. Si falta una de las dos dimensiones no puede verificarse la identidad de persona afromexicana, o persona indígena, en un individuo (Galicia, Vázquez, 2019; Vázquez, 2019).

Me parece también claro que debe darse una institucionalidad consecuente con las políticas que se han implantado a favor de los afromexicanos. Debe de constatar que en México la cuestión afromexicana recae en la institución creada para la atención de los pueblos indígenas, como es el INPI. Si bien ambos pueblos y comunidades forman parte de la composición pluricultural de la Nación, cada una tiene especificidades. ¿No debería el INPI reformularse como el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y Afromexicano? ¿Acaso como Instituto Nacional de la Pluriculturalidad?

Finalmente, cabe mencionar, que, en el ideario nacionalista mexicano, el indígena precolombino protagoniza el pasado glorioso del país y los indígenas contemporáneos son identificados por conocidas, aunque no siempre valoradas, luchas reivindicativas. En cambio, el ideario no reconoce suficientemente a los afromexicanos en la historia del país y su visibilidad política contemporánea está a la zaga.

Para concluir, de manera puntual, se proponen las siguientes líneas de acción:

- Financiar, desde el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la investigación sobre la población afrodescendiente desde enfoques sociológicos, demográficos, antropológicos e históricos con la finalidad de aportar insumos dirigidos a la creación de contenidos educativos, censos y encuestas sociodemográficas nacionales, y en la aplicación de políticas públicas.
- Financiar y convocar, desde el Gobierno federal, la conformación de una comisión nacional para el diseño de las formas de identificación afromexicana e indígena para su aplicación en las estadísticas nacionales y en aplicación de políticas públicas, y que esta comisión tenga la obligación de convocar la participación a los pueblos afromexicanos y la consulta libre, previa e informada para solicitar la aceptación o rechazo a la propuesta de categoría de identificación.
- Reformar el estatuto orgánico del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) para que incluya al pueblo afromexicano en su nombre, por ejemplo, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos (INPIA).
- Incluir la identificación afrodescendiente y la indígena en los registros administrativos, estadísticas vitales, censos y encuestas, de forma inmediata en los registros de los casos de COVID-19 por parte de la Secretaría de Salud.
- Conformar una plataforma de base de datos que articule las acciones, estrategias y objetivos prioritarios del Gobiernos federal, estatal y municipal alineados al Consenso de Montevideo, Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, así como los indicadores de avances de las metas de los programas para efectos de diseño, evaluación, monitoreo y rendición de cuentas.

Bibliografía

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos (2020). *Resolución No. 1/2020 Pandemia y derechos humanos en las Américas*, en <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

Galicia, M. A, Vázquez, G. (2019). *Identidad cultural y sus componentes. Hacia la identificación de categorías empíricas con fines estadísticos*, México: UNAM.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (s/f). *Políticas públicas para garantizar los derechos de las personas afrodescendientes en México. Desafíos nacionales y subnacionales*, en prensa.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020). *Implicaciones del COVID-19 en la población afrodescendiente de América Latina y el Caribe*, en <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2-Covid-Afrodescendientes%20%281%29.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017). Perfil sociodemográfico de la población afrodescendiente, en https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/OtrosDocumentos/Doc_2017_030.pdf

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2019). *Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas*, en <https://www.gob.mx/inpi/documentos/programa-institucional-2020-2024-inpi>

Naciones Unidas (s/f). *Igualdad de género en tiempos del COVID-19*, en <https://ww.un.org/es/coronavirus/articulos/igualdad-genero-covid-19>

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Secretaría de Bienestar (2020a, 26 de junio). “Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Bienestar (2020b). *2 Informe de labores Bienestar*, México: Secretaría de Bienestar, en <https://www.gob.mx/bienestar/documentos/segundo-informe-de-labores>

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (2020, 26 de junio). “Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024” *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Gobernación (2019, 9 de agosto) DECRETO por el que se adiciona un apartado C al artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” *Diario Oficial de la Federación*, en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5567623&fecha=09/08/2019&print=true

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2020, 7 de julio). “Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024 2024”. *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Cultura (2020). “Programa Sectorial de Cultura 2020-2024” *Diario Oficial de la Federación*, martes 3 de julio 2020, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Turismo (2020, 3 de julio). “Programa Sectorial de Turismo 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (2020, 2 de julio). “Programa Sectorial de Seguridad y Protección Ciudadana 2020-2024”. *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Educación Pública (2020, 6 de julio). “Programa Sectorial de Educación 2019-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596202&fecha=06/07/2020.

Secretaría de Gobernación (2020, 6 de junio) “Programa Sectorial de Gobernación 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Economía (2020, 24 de junio). “Programa Sectorial de Economía 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Relaciones Exteriores (2020, 24 de junio). “Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Salud (2020, 17 de agosto). “Programa Sectorial de Salud 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Trabajo y Previsión Social (2020, 24 de agosto) “Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2020b, 12 de junio) *Padrón Único de Beneficiarios. Conferencias sobre Programas del Bienestar. Versión Estenográfica*, en <https://www.gob.mx/stps/es/articulos/padron-unico-de-beneficiarios-conferencias-sobre-programas-del-bienestar?idiom=es> [19 de noviembre 2020]

Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (2020, 24 de junio). “Programa Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de la Función Pública (2020, 26 de junio). “Programa Sectorial de Función Pública 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Comunicaciones y Transportes (2020, 2 de julio). “Programa Sectorial de Comunicaciones y Transportes 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de la Defensa Nacional (2020, 25 de junio). “Programa Sectorial de Defensa Nacional 2020-2024”, en *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Secretaría de Marina (2020, 3 de julio). “Programa Sectorial de Marina 2020-2024”, *Diario Oficial de la Federación*, en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/sectoriales.php#gsc.tab=0>

Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (2020). BuscaTE, en <https://www.te.gob.mx/metabuscador/busquedas?palabra=afro&type=inconstitucionalidades> [13 de noviembre]

Vázquez, G. (2019). Propuesta para la identificación de la población indígena en *Coyuntura Demográfica*, Núm. 16, pp: 59-63, en <http://coyunturademografica.somede.org/propuesta-parta-la-identificacion-de-la-poblacion-indigena/>

Vázquez, G. y Quezada, M. (2015). Los indígenas autoadscritos de México en el Censo 2010: ¿revitalización étnica o sobreestimación censal? en *Papeles de Población*, 21, (86), 171-218, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S140

Anexo. Desglose de medidas alineadas al capítulo I del Consenso de Montevideo por Programa.

Programa	Medida
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	Objetivo prioritario 4.- Reducir las brechas de desigualdad socioeconómica que enfrentan los grupos poblacionales históricamente excluidos.
Programa Sectorial de Turismo 2020-2024	1.1.5.- Propiciar la vinculación entre las comunidades, pueblos indígenas y afroamericanos, con empresas turísticas especializadas a fin de promover se desarrollo sostenible y la preservación cultural.
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	Objetivo prioritario 2.- Reconocer el papel de los sujetos agrarios, población rural, pueblos indígenas y afroamericanos en el desarrollo territorial incluyente y sostenible para garantizar el pleno ejercicio de sus derechos, así como para impulsar acciones que coadyuven con el sector energético mediante el diálogo y los procedimientos de medición para el adecuado uso y aprovechamiento del suelo.
Programa Sectorial de Turismo 2020-2024	1.1.2 Crear mecanismos de participación social para que las comunidades del país incidan en el desarrollo turístico de su localidad, incluyendo los pueblos indígenas y afroamericanos.
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024	3.2.3.- Apoyar y promover proyectos productivos en zonas marginadas, en particular pueblos indígenas y afroamericanos, para impulsar su desarrollo.
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	Estrategia prioritaria 2.4.- Garantizar la gobernanza y la cohesión social participativa dentro de los núcleos agrarios, pueblos indígenas y afroamericanos para reducir las brechas de desigualdad de género y generacional, y contribuir a la paz social.
Programa Sectorial de Economía 2020-2024	4.1.1.- Impulsar acciones de coordinación y concertación con los gobiernos estatales y municipales y , en su caso, alcaldías, las comunidades indígenas y afroamericanas, el sector privado y académico, según corresponda, para fomentar el desarrollo regional por medio de la promoción de exportaciones, atracción de inversiones y la protección de los derechos de propiedad industrial, entre otras.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	Estrategia prioritaria 1.2.- Fomentar la investigación, difusión y promoción de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas y de las personas indígenas y afroamericanas en situación de vulnerabilidad para favorecer el conocimiento y ejercicio de sus derechos.
	5.3.4.- Impulsar el sistema de Monitoreo de los programas prioritarios y del Anexo Transversal Erogaciones para el Desarrollo Integral de los pueblos y comunidades indígenas.
	5.3.2.- Promover la participación equitativa de las mujeres, jóvenes y pueblos indígenas y afroamericanos en mecanismos de diálogo, consulta y toma de decisiones ambientales a nivel nacional, regional y local, cumpliendo los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos, incluyendo el Convenio 169 de la OIT.
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024	5.1.4.- Fomentar y fortalecer la investigación científica y los sistemas de información ambiental para la toma de decisiones, diseño, implementación, evaluación y rendición de cuentas de la política ambiental, facilitando a la ciudadanía su accesibilidad de manera sistemática, proactiva, oportuna, regular y culturalmente pertinente para las mujeres, jóvenes y población indígena y afroamericana.

Programa	Medida
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	Estrategia prioritaria 2.1.- Generar oportunidades de desarrollo sostenible de la población que habita de manera permanente o temporal en los núcleos agrarios, pueblos indígenas y afromexicanos para fortalecer su papel en el desarrollo económico y contribuir a su bienestar.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	4.5.8.- Potencializar el diálogo intercultural para construir procesos de economía plural en las comunidades indígenas y afromexicanas de acuerdo a sus derechos, culturales y sistemas de conocimientos. 4.5.7.- Propiciar procesos autogestivos dentro de comunidades indígenas y afromexicanas, de manera preferente a mujeres indígenas y afromexicanas.
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	2.1.6.- Impulsar con otras dependencias del gobierno federal, gobiernos estatales y municipales, los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas, y la sociedad civil, agendas ciudadanas y comunidades de desarrollo productivo y de turismo ecológico.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	Estrategia prioritaria 4.5.- impulsar actividades productivas con pertinencia cultural en las comunidades indígenas y afromexicanas, para incrementar sus ingresos y detonar su bienestar.
Programa Sectorial de Cultura 2020-2024	4.5.2.- Promover la desigualdad cultural en el espacio público para contribuir al mayor conocimiento y aprecio de las manifestaciones culturales de grupos indígenas, afrodescendientes y populares.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	4.5.2.- Garantizar que se consideren las condiciones y necesidades de las mujeres indígenas y afromexicanas en la atención de los programas sociales. 4.5.5.- Incidir en municipios y alcaldías con presencia indígena y afromexicana para que desarrollen sus proyectos comunitarios y productivos, con un enfoque de economía social y solidaria, intercultural y en su lengua, permitiéndoles mejorar sus ingresos.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	4.3.3.- Construir un Sistema Nacional de Información y Estadística sobre los pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	4.5.3.- Proveer apoyos a las y los artesanos pertenecientes a comunidades indígenas y afromexicanas para desarrollar su capacidad productiva.
Programa Sectorial de Gobierno 2020-2024	3.3.2.- Promover mecanismos intersectoriales de prevención de la violencia en poblaciones de mujeres en situación de discriminación: mujeres, niñas, adolescentes, jóvenes migrantes, indígenas, afrodescendientes, con discapacidad, mujeres mayores, lesbianas, mujeres trans, bisexuales y intersexuales.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	4.5.1.- Contribuir al bienestar social de las personas que habitan en municipios con presencia indígena y afromexicana mediante el desarrollo de proyectos comunitarios, productivos y programas sociales adecuados culturalmente y en su lengua.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	Objetivo prioritario 3.- Contribuir al desarrollo integral y bienestar común de los pueblos indígenas y afromexicanos, fortaleciendo su economía, mejoramiento y ampliando su infraestructura y aprovechando sustentablemente sus tierras, terrenos y recursos, en un marco de respeto a su autonomía y formas de organización.
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024	2.5.4.- Fomentar la participación social informada, organizada y culturalmente pertinente en el ciclo de la política pública en materia de cambio climático y ordenamiento territorial, promoviendo la intervención de mujeres, jóvenes y pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas.

Programa	Medida
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	2.5.2.- Reconocer a los núcleos agrarios, pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas con unidades territoriales y jurídicas de gran relevancia para el desarrollo.
	2.4.8.- Incentivar la creación y continuidad de formas asociativas para la producción y desarrollo rural entre los diversos sujetos agrarios, población rural y pueblos indígenas y afroamericanos.
	2.4.6.- Sensibilizar a los sujetos agrarios sobre la importancia de la participación de las mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes en los núcleos agrarios y pueblos indígenas y afroamericanos, con pertinencia cultural.
	2.4.5. Promover la cesión de derechos sobre la propiedad hacia mujeres de los núcleos agrarios y pueblos indígenas y afroamericanos.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	Estrategia prioritaria 3.1.- Fomentar actividades económicas sostenibles dirigidas a las poblaciones indígenas y afroamericanas, con perspectiva de género, para contribuir al desarrollo de capacidades y mejorar sus condiciones de vida.
Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2020-2024	2.1.5.- Impulsar la participación efectiva de los núcleos agrarios y pueblos indígenas y afroamericanos en el diagnóstico, diseño e implementación de programas y proyectos de desarrollo territorial, con una perspectiva de género, intergeneracional y multicultural.
Programa Sectorial de Turismo 2020-2024	2.1.2.- Promover la participación de comunidades, pueblos indígenas y afroamericanos para contribuir al desarrollo del Proyecto Integral Tren Maya.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	1.6.4.- Generar información estratégica con base en los Planes Integrales de Desarrollo Regional.
	1.6.3.- Realizar Planes Integrales de Desarrollo Regional de manera coordinada con las comunidades indígenas y afroamericanas.
Programa Sectorial de Educación 2020-2024	1.5.2.- Impulsar medidas eficaces de promoción y difusión de la oferta educativa en las zonas prioritarias de atención, con especial énfasis en mujeres indígenas y afrodescendientes en rezago educativo.
Programa Sectorial de Salud 2020-2024	1.5.- Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afroamericanas.
Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024	1.2.1.- Incorporar de manera prioritaria, en las pensiones solidarias no contributivas, a las mujeres adultas mayores de zonas marginadas, con altos índices de violencia e integrantes de comunidades indígenas y afroamericanas, en coordinación presupuestarios que incidan sobre su desarrollo.
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	5.1.4.- Impulsar la planeación con enfoque regional para los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, en los programas presupuestarios que incidan sobre su desarrollo.
Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2020-2024	1.1.2.- Impulsar mediante la participación equitativa de mujeres, jóvenes y pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas, el manejo efectivo de las áreas naturales protegidas federales y otros esquemas de conservación con la participación de los sectores involucrados y las comunidades locales a fin de garantizar la provisión y calidad de sus servicios ambientales.

Programa	Medida
Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de los Pueblos indígenas	3.1.3.- Impulsar proyectos de turismo indígena y afroamericano que coadyuven al desarrollo regional.

Fuente: Elaboración propia con base en los programas referidos.

Las agendas internacionales de población y la recuperación de las condiciones de vida frente a la pandemia de COVID-19

Rosario Cárdenas¹

Introducción

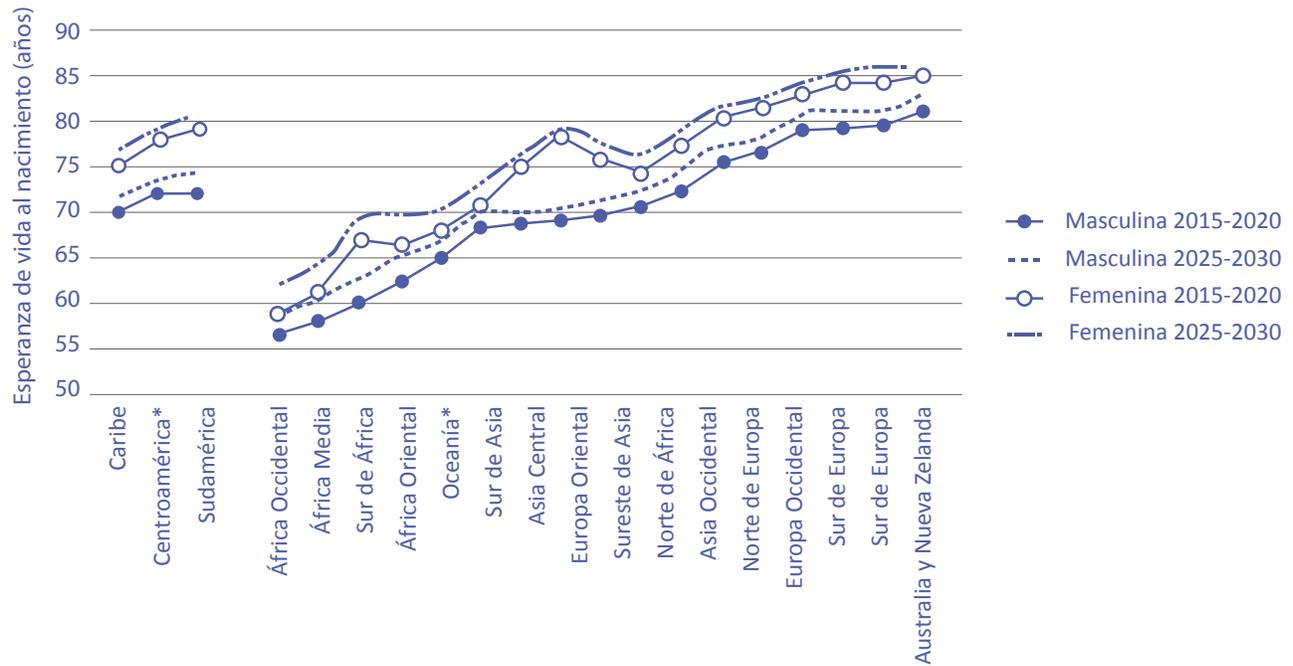
En 1974, la comunidad internacional reconoció, de manera explícita, la interrelación entre las características de la población y el desarrollo de la sociedad (UNFPA, 2020a). Sin embargo, una amplia variedad de las acciones propuestas, en distintos instrumentos internacionales para acelerar el desarrollo y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, no ha sido implementada. Simultáneamente, el alcance de los esfuerzos dedicados a los indicadores que concitaron la adopción más amplia, los de salud reproductiva emanados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en 1994 en Cairo (UNFPA, 2020b), aún es limitado.

Tanto los contenidos del Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013), como los Objetivos de Desarrollo Sostenible que conforman la Agenda 2030 (*United Nations*, 2015) y más recientemente los compromisos surgidos de la Cumbre de Nairobi (*United Nations*, 2020c) reconocen los rezagos en: i) los niveles de desarrollo, ii) la reducción de las desigualdades socioeconómicas y demográficas y iii) la satisfacción de los derechos de la población.

Para Latinoamérica y el Caribe, los contenidos del Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013) son especialmente relevantes pues recuperan las prioridades identificadas por el conjunto de países de la región que lo suscribieron. La revisión de los capítulos que lo conforman da cuenta tanto de las demoras en la satisfacción de los compromisos contenidos en el Programa de Acción de El Cairo (UNFPA, 2020d) como de las exigencias por incorporar, en las acciones de política pública, las especificidades de la región. En términos de umbrales de desarrollo, esta región se encuentra lejos de las áreas con los mayores atrasos en el planeta, pero también de los países con los avances más integrales y sostenidos. Las gráficas de las figuras 1 a 4 que ilustran la esperanza de vida al nacimiento por sexo, la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la fecundidad durante la adolescencia dan cuenta de esta situación. La magnitud de la distancia entre países pone de manifiesto la necesidad de implementar acciones eficientes que eliminen las diferencias tanto entre las subregiones de Latinoamérica y el Caribe como para la región en conjunto, acercándolas a lo registrado, por ejemplo, en Europa.

¹ Posgrado en Población y Salud, Universidad Autónoma Metropolitana

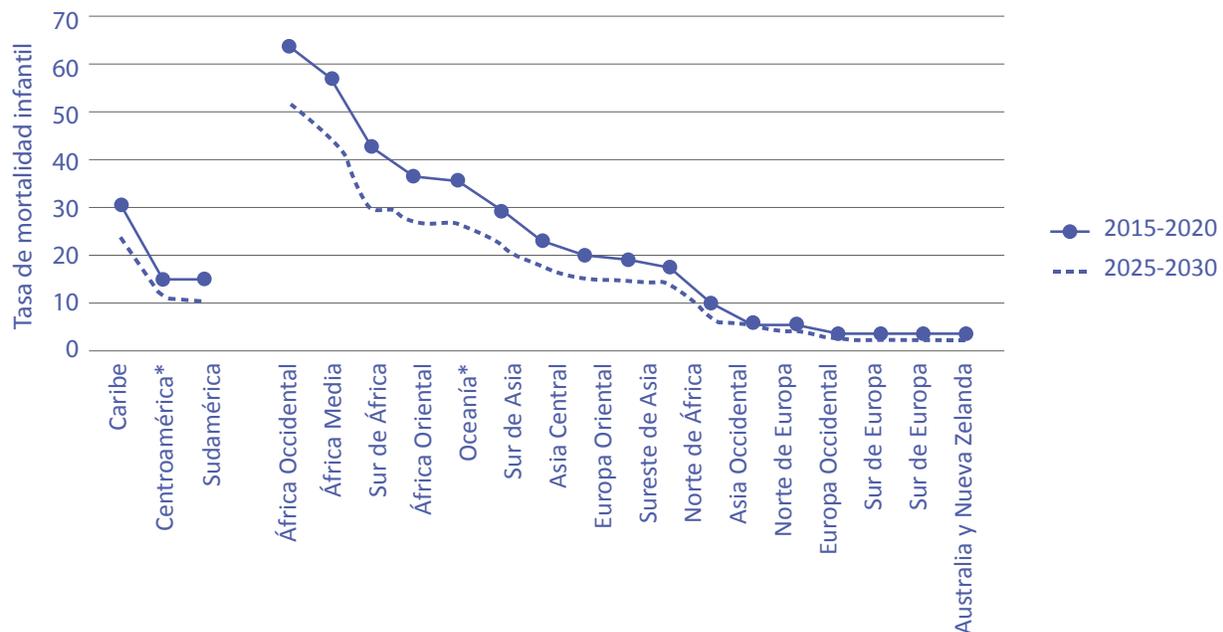
Figura 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo según subregiones del mundo, 2015-2020 y 2025-2030



*Centroamérica incluye a México; Oceanía excluye a Australia y Nueva Zelanda y Norteamérica únicamente incluye a Canadá y Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), World Population Prospects: The 2019 Revision.

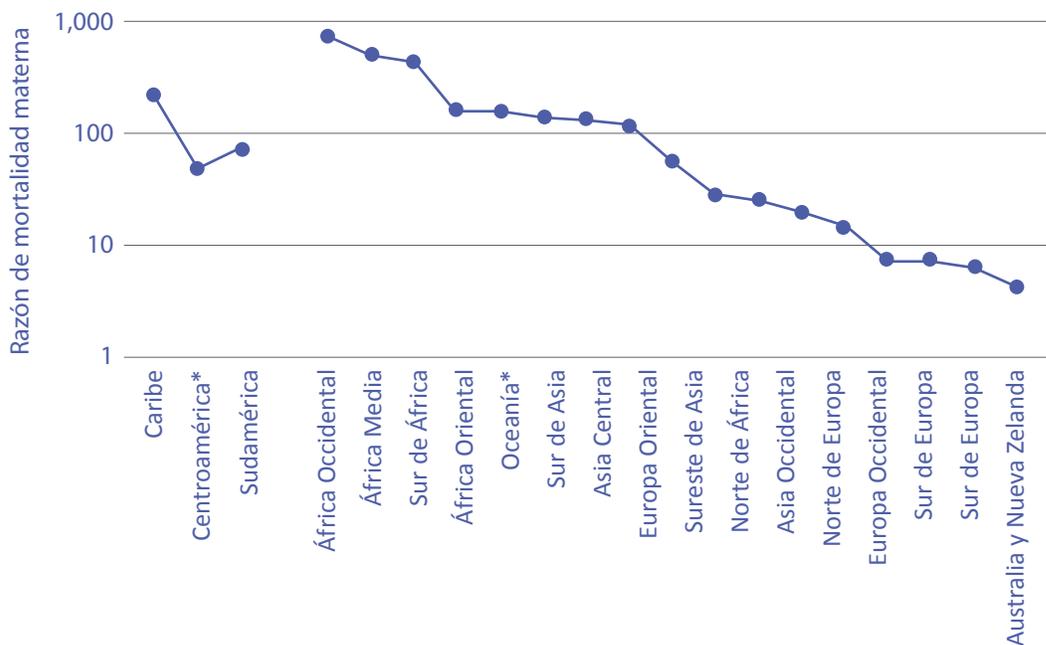
Figura 2. Tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por mil nacidos vivos) según subregiones del mundo, 2015-2020 y 2025-2030



*Centroamérica incluye a México; Oceanía excluye a Australia y Nueva Zelanda y Norteamérica únicamente incluye a Canadá y Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), World Population Prospects: The 2019 Revision.

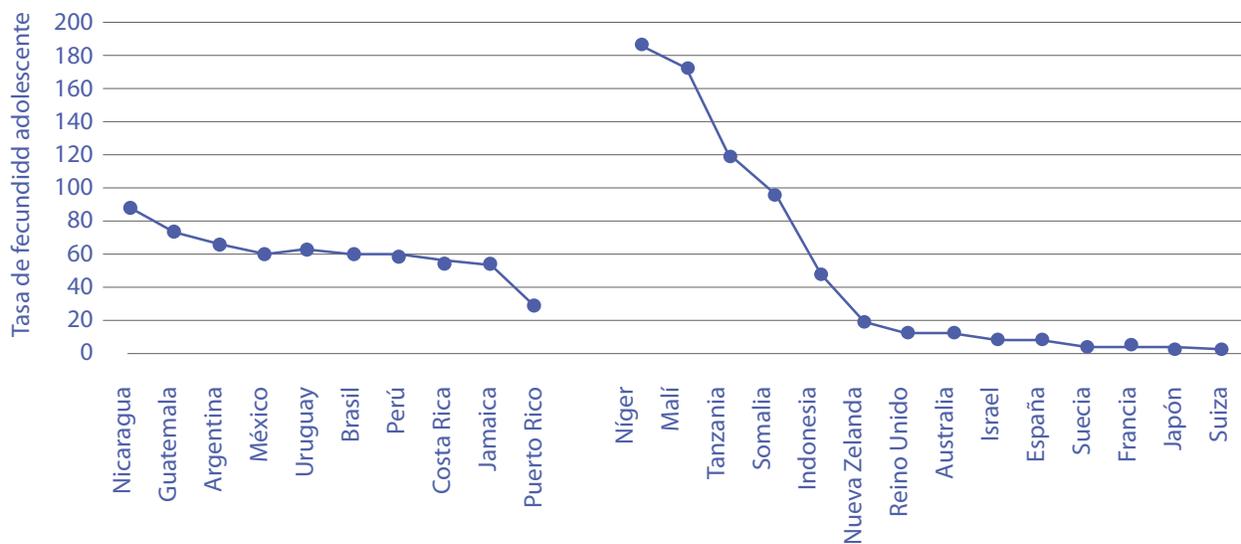
Figura 3. Razón de mortalidad materna (defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos) según subregiones del mundo, 2017



*Centroamérica incluye a México; Oceanía excluye a Australia y Nueva Zelanda y Norteamérica únicamente incluye a Canadá y Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019), World Population Prospects: The 2019 Revision.

Figura 4. Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años), varios países, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de World Bank Data. Adolescent Fertility Rate. Indicador SPADO.TFRT.

La pandemia de COVID-19 es un evento únicamente comparable, en el pasado reciente, con la pandemia de influenza que tuvo lugar entre 1918 y 1920, la cual se estima provocó el contagio de la tercera parte de la población mundial (500 millones) y el fallecimiento de 50 millones de personas (Johnson y Mueller, 2002). Por su parte, la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, ha suscitado una disrupción de las cadenas productivas a nivel mundial; se han interrumpido numerosas actividades presenciales (cabe destacar las relativas a la educación); se han paralizado, o por lo menos ralentizado, cientos de industrias y servicios relativos a las exportaciones, el turismo y la hostelería lo cual ha tenido consecuencias que van desde la disminución del ingreso personal hasta la pérdida de numerosos puestos de trabajo.

Al tratarse de una enfermedad nueva para la especie humana, no hay tratamientos específicos ni vacunas, por lo tanto, las medidas de salud pública son la única manera de aminorar la propagación del virus. Estas medidas incluyen aislamiento físico y confinamiento los que a su vez generan transformaciones en las dinámicas de los hogares: hay mayor tensión entre sus integrantes propiciando un aumento de la violencia intrafamiliar y de género (Hamadani *et al.*, 2020; Kaukinen, 2020; Morerira y Pinto da Costa, 2020); se incrementa el abuso en el consumo de alcohol o el surgimiento o incremento de adicciones (Håkansson, 2020; Sun *et al.*, 2020), y los problemas de salud mental pueden verse agudizados (Zhong, Huang y Liu, 2021).

Por un lado, no toda la población tiene acceso a la información suficiente u oportuna acerca de la pandemia, además de que no todas las personas la interpretan de la misma manera. Por otro, el otorgamiento de los servicios de salud se ha modificado para procurar la atención requerida a los enfermos de COVID-19. Como resultado podría haberse propiciado una subutilización de servicios de salud, con el consecuente retraso y afectación a la atención de algunas enfermedades que requieren monitoreo habitual como la diabetes o para situaciones como la atención prenatal que sigue un patrón recomendado de consultas u otros de salud reproductiva tales como la anticoncepción.

Este panorama describe no solo obstáculos para cumplir los propósitos acordados en los instrumentos internacionales señalados, sino también la posibilidad de retroceder en lo alcanzado en las últimas décadas como el mejoramiento económico, la reducción de la pobreza, la satisfacción de derechos o la disminución de las desigualdades en la región (CEPAL, 2020).

A partir de reconocer la importancia del Programa de Acción de El Cairo y la agenda poblacional ahí contenida, el capítulo J, *Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo* del Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013), enfatiza cuatro componentes para la implementación, el seguimiento y la consecución de éste: i) el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas, ii) el mejoramiento de las fuentes de información estadística, iii) la capacitación de recursos humanos en población, iv) la armonización de indicadores de salud, especialmente los de salud reproductiva.

En virtud de la importancia de los componentes antes señalados y a la luz de los estragos demográficos, sociales y económicos que la pandemia de COVID-19 está causando en México, el presente documento tiene tres objetivos: i) apuntar las necesidades que en materia de producción o disponibilidad de información estadística es indispensable considerar para diagnosticar el impacto de la misma; ii) monitorear

el resarcimiento de los retrocesos que haya provocado en los ámbitos sustanciales del Programa de Acción de El Cairo, el Consenso de Montevideo, la Agenda 2030, los compromisos de Nairobi y el plan estratégico de los Tres Ceros del Fondo de Población de las Naciones Unidas (cero necesidades de anticonceptivos no cubiertas; cero muertes maternas evitables; y cero violencia por razón de género, incluyendo prácticas nocivas como los matrimonios antes de los 18 años) (UNFPA, 2019), iii) evaluar la efectividad de las políticas públicas establecidas para encarar esta crisis.

El documento está conformado por siete apartados. El primero refiere al papel de la información estadística como un bien estratégico de la sociedad. El segundo concentra su atención en la información estadística sobre población, mientras el tercero se centra en la información estadística sobre salud, el cuarto, sobre el área de salud reproductiva y el quinto apartado, sobre información estadística relacionada con otros ámbitos de interés. La sexta sección revisa el papel de los recursos humanos en temas de población y, finalmente, en la séptima, se delimitan los temas de la agenda de población para México.

1. El papel de la información estadística

Una política pública susceptible de responder a las necesidades de la población exige haber incorporado información estadística pertinente en su planteamiento. La utilización de datos estadísticos es el mecanismo que permite integrar una aproximación objetiva a la valoración de los problemas que atañen a la sociedad y, en su caso, jerarquizarlos. De igual forma, posibilita el monitoreo de los cambios potencialmente asociados a las acciones gubernamentales implementadas, la evaluación de los resultados obtenidos y la magnitud de estos. La información estadística constituye, también, la piedra angular de la rendición de cuentas toda vez que es esta la que hace plausible la verificación de los actos realizados.

El acceso a datos estadísticos conforma, asimismo, un elemento esencial para el cumplimiento del derecho a la información, del cual forma parte la rendición de cuentas. La recolección de datos estadísticos permite satisfacer el principio de representación. Este es un aspecto crucial en el caso de grupos minoritarios o con necesidades particulares como las personas en situación de calle, con discapacidad, en condición de reclusión, etc. Sin información estadística apropiadamente recabada (metodológicamente hablando), no es factible caracterizar los patrones de desigualdad y su distribución. La categorización de las variables contenidas en los diversos instrumentos de recolección de información estadística debe permitir el desglose y la combinación de estas conforme a elementos primordiales para las políticas públicas — edad, sexo, lugar de residencia, características socioeconómicas— de forma tal que posibiliten distinguir y medir las diferencias entre grupos y, por yuxtaposición, en su caso, la mejora o cambio de estas derivado de intervenciones públicas concretas.

A la recolección directa de la información mediante las respuestas de los entrevistados se añaden las obtenidas como parte de procesos administrativos y la que puede derivarse de la organización de sistemas con identificadores únicos como son los registros de población. Todas las modalidades de generación de

información estadística son igualmente valiosas para dar cuenta de la situación de la población en un momento específico o de los cambios que ocurren en el tiempo. La organización de estos procedimientos requiere satisfacer criterios de confidencialidad, calidad, cobertura y apertura para su consulta. Así, se cumple cabalmente con el propósito de revelar las condiciones y características de la sociedad y sus diferencias y variaciones.

La valoración del impacto de la pandemia de COVID-19 requerirá que se amplíen los temas comprendidos en algunos de los ejercicios de recuperación de información estadística y que se incluyan variables adicionales, expresamente definidas para dar cuenta de esta crisis y sus efectos en las personas, familias y comunidades. Los datos que se añadan a los que se capturan regularmente contribuirán a monitorear las intervenciones implementadas para mitigar los efectos de la pandemia y evaluarlas. Tal como ha sido señalado, esta pandemia está provocando transformaciones demográficas, sociales y económicas profundas cuya única forma de justipreciar será mediante la recuperación sistemática de información estadística en todas sus variantes.

2. Información estadística sobre población

La información del censo de población es el eje articulador que permite incorporar perspectiva al análisis de datos estadísticos, en tanto que las referencias sobre volúmenes, distribuciones por sexo y edad y ubicación en el territorio son cruciales para la relativización requerida para interpretar los indicadores de interés. En México, el Censo de Población y Vivienda 2020 fue realizado dentro del periodo comprendido entre el 2 y el 27 de marzo de 2020 (INEGI, 2019). Los primeros casos confirmados de COVID-19 en México fueron identificados el 28 de febrero de 2020 y la primera defunción ocurrió el 19 de marzo de 2020 (WHO, 2020) con lo cual, el periodo de recolección de información censal coincidió con el inicio de la pandemia en el país. De manera expresa, la Secretaría de Salud (SSa) en su comunicación del 31 de marzo de 2020 instruyó la interrupción de los trabajos de censos y encuestas que implicaran el desplazamiento por el territorio o interacción entre personas (DOF, 2020: Art. primero, inciso VII). Lo anterior provocó que la publicación de los resultados del censo de población y vivienda se recalendarizara —del 4 de noviembre al 2 de diciembre de 2020 (INEGI, 2020)— y se ajustaran las labores posteriores al operativo censal que requirieran trabajo de campo.

La temporalidad del censo es relevante para discernir el impacto de la pandemia de COVID-19 en México en tanto que esta información estadística proporcionará una imagen previa a las condiciones de mayor algidez de la crisis debida al SARS-CoV-2. Como siempre, será recomendable evaluar la consistencia de los datos censales, tanto en los elementos de reciente inclusión como de manera comparada con los niveles y tendencias mostradas por fuentes diversas posteriores al censo poblacional de 2010. Esta evaluación no solamente es importante en sí misma, sino que funge como insumo para el ejercicio de actualización de las proyecciones de población que deberá elaborar, en respuesta a su mandato, el Consejo Nacional de Población (RLGP, 2012: Art. 37, fracción III).

La suspensión de la recolección de información estadística en campo reiteró lo imperativo de fortalecer los registros administrativos que de manera cotidiana se generan como una fuente complementaria a los ejercicios estadísticos que requieren el diseño de operativos muestrales o, como en el caso del censo de población, universales.

Entre los registros administrativos de gran trascendencia para los estudios de población están los asociados a la emisión de los certificados y las actas de defunción y de nacimiento. Pese a que el registro de defunciones se considera, conforme a los criterios internacionales, de buena calidad con coberturas de entre 90% y 99% para la captación de ambos tipos de eventos (*United Nations, 2020*), este sistema continúa teniendo áreas que es indispensable mejorar o modernizar. Uno de los aspectos centrales a considerar es que se garantice que el llenado del certificado de defunción sea llevado a cabo por el personal médico tratante de la última condición de salud que afectó a la persona fallecida.

La información sobre certificados de defunción indica una reducción sistemática de la participación del médico tratante como la persona que llena el certificado. En 2003, el 30 por ciento del total de certificados de defunción habían sido llenados por el médico tratante, cifra que se redujo a 20 por ciento para 2015. Frente a la pandemia de COVID-19, la calidad de la certificación de la causa de muerte es un elemento crítico para establecer la magnitud real del impacto, en términos de defunciones secundarias a SARS-CoV-2, en el país. Si la calidad de la certificación de la causa tuviera un patrón diferenciado territorialmente por edad, sexo u otra característica, ello impediría la valoración de las desigualdades asociadas a COVID-19 que posiblemente se reporten para las variables mencionadas, así como la magnitud de estas, lo que subraya la relevancia de su análisis.

México participa en los esfuerzos internacionales por homologar los criterios para indicar la causa médica que provoca los fallecimientos desde el inicio de la colaboración, a finales del siglo XIX, que ha derivado en la Clasificación Internacional de Enfermedades y sus revisiones periódicas. El Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE) dependiente de la Secretaría de Salud procura la correcta certificación de la causa de muerte, pero frente a una patología nueva que ha mostrado ser un síndrome, las pruebas confirmatorias de contagio por SARS-CoV-2 aunadas a los elementos clínicos vertidos en el certificado serán fundamentales para procurar un registro universal de los casos y fallecimientos debidos a COVID-19 en el país y con ello conocer de manera fidedigna la magnitud del embate de la pandemia en su expresión más negativa en salud como es la mortalidad.

La emisión del acta de nacimiento constituye un acto primordial en la vida de las personas. Este documento señala su identidad, filiación familiar y su presencia legal ante la sociedad. A este aspecto de cumplimiento de un derecho que reconoce a la persona, se adiciona el papel del registro de los nacimientos para distinguir la intensidad de uno de los fenómenos mediante los cuales se identifica el aumento del volumen poblacional, así como la generación de indicadores para discernir las intensidades de las mortalidades infantil, neonatal, perinatal, fetal y materna, la mortinatalidad y la fecundidad.

Pese a que se considera que la información mexicana sobre los nacimientos nacionales tiene una cobertura aceptable de acuerdo con los estándares internacionales (*United Nations, 2020*), no todos los nacimientos ocurridos en un año se asientan durante el transcurso del mismo. Como resultado, hay un traslado de información entre años, que en ocasiones puede no coincidir a lo largo de varios periodos. El reconocimiento de la subcobertura del registro de nacimientos ha llevado, por ejemplo, a utilizar de manera rutinaria los métodos basados en la intensidad de la fecundidad y el número de hijos sobrevivientes para generar estimaciones indirectas de la mortalidad infantil (Hill, 1991). Es posible que la pandemia de COVID-19 tenga como consecuencia que se posponga el registro de los niños nacidos durante el año en curso, por lo que será aún mayor la subcobertura anual de nacimientos. El contraste entre los certificados y las actas de nacimiento, entre otros mecanismos que podrían implementarse, permitirá evaluar la dimensión de la crisis en el registro estadístico de este hecho vital.

Perfeccionar la obtención de información fidedigna sobre los nacimientos en el país es una labor impostergable que se asocia al mejoramiento general de los registros administrativos. En este caso, reviste especial urgencia dadas las implicaciones de dichos datos para generar estimaciones de indicadores básicos y poder cumplir con las agendas propuestas en los ODS, el Consenso de Montevideo y el Plan de los Tres Ceros. La cobertura de la información sobre nacimientos afecta la valoración acerca de la eliminación de las muertes maternas evitables, así como respecto al cumplimiento de lo comprometido para 2015 en relación a la reducción de la razón de mortalidad materna y la tasa de fecundidad durante la adolescencia. De igual forma, una reducción de la cobertura de la información estadística sobre nacimientos incrementaría artificialmente la razón de mortalidad materna, impidiendo reconocer los cambios ocurridos respecto a este problema de salud en el país y provocaría un falso descenso del resto de las estimaciones que utilizan como denominador el número de nacimientos.

Asimismo, el subregistro de nacimientos diferenciado por edad de la madre modificaría las estimaciones del nivel de fecundidad para el grupo etario involucrado lo que sería especialmente preocupante en el caso de mujeres adolescentes. Cabe notar que el monitoreo de la fecundidad durante la adolescencia es una de las principales preocupaciones nacionales en el marco de la salud reproductiva, al igual que el cumplimiento del derecho a la planeación de la reproducción según lo estipulado en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA, 2015).

Los registros únicos de población, es decir, la conformación de un sistema de datos con base en la asignación de un código individual a cada persona incluida en este, permite contar con una imagen continua de los movimientos poblacionales, tanto sociales como territoriales, así como incorporar una perspectiva longitudinal al estudio de cambios poblacionales y los factores asociados a estos. En México, los esfuerzos por implementar un registro universal de este tipo con base en la Clave Única de Registro de Población (CURP) han sido infructuosos. A la fecha, si bien las generaciones más jóvenes tienen asignada esta clave desde el nacimiento, tanto el hecho de que la cobertura no sea universal como el no haber acordado la inclusión de este dato de manera sistemática en todos los registros administrativos, limita su utilidad. La pandemia y su magnitud permiten justipreciar la oportunidad perdida que representa la

no implementación de un registro único de población en el país. Si se contara con dicho registro sería posible caracterizar, de manera más completa, el perfil socioeconómico de las personas que han padecido o fallecido por COVID-19 pues habría más elementos que podrían orientar tanto las acciones de salud pública como las políticas públicas del país. Incluso, permitiría modificar las acciones para responder a las diversas dinámicas tanto temporales como de intensidad que ha mostrado la pandemia en el territorio nacional.

3. Información estadística sobre salud

En México, el sistema de salud funciona de manera fragmentada. Mientras los trabajadores que desempeñan sus labores en la iniciativa privada o gobierno acceden a los servicios de salud a cargo de la seguridad social, aquellos que lo hacen en la economía informal únicamente pueden hacer uso de los servicios de salud públicos. Lo anterior ha provocado, además de la diferenciación entre subgrupos, que el país no tenga un sistema homologado de estadísticas sobre salud. La seguridad social está integrada, a nivel nacional, por cinco instancias: el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios de salud de las secretarías de la Defensa y Marina y de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Los trabajos de coordinación por conformar un sistema de información sobre salud en México que lleva a cabo la Secretaría de Salud, han derivado en que existan algunos elementos que caracterizan las demandas de los problemas de salud de la población mexicana. Los dos componentes más importantes de este sistema en términos de morbilidad son el reporte de los problemas de salud incluidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la relativa a los egresos hospitalarios. Si bien esta información incluye los servicios otorgados por unidades médicas privadas, no necesariamente registra la ocurrencia de todos los casos atendidos.

A las limitaciones impuestas por un sistema de registro no universal de la morbilidad para el análisis detallado de las condiciones de salud, se agrega que el impacto de la COVID-19 requerirá la implementación de un sistema de monitoreo de las secuelas que los pacientes que hayan padecido esta patología presenten en fases siguientes a las del cuadro agudo. La información clínica recabada a diez meses de la identificación del SARS-CoV-2 en seres humanos y el conocimiento sobre los mecanismos patológicos que despliega este microorganismo llevan a considerar que entre las secuelas de mediano plazo se registrarán afecciones cognitivas y neurofisiológicas (O'Brien *et al.*, 2020; Serrano-Castro *et al.*, 2020), por lo cual será necesario incorporar una perspectiva longitudinal en el sistema de registro de morbilidad que posibilite reconocer estos problemas de salud como asociados al antecedente de haber padecido COVID-19.

Otro aspecto para el cual no hay suficiente información estadística en el país y que será relevante para valorar el impacto en las condiciones de salud a causa la pandemia de SARS-CoV-2 son los datos sobre disponibilidad y utilización de servicios de rehabilitación, así como aquellos que se organicen para responder a las demandas específicas de éstos (Lew *et al.*, 2020). La COVID-19 ha mostrado manifestaciones clínicas que no se preveían como, por ejemplo, insuficiencia renal aguda (Adapa *et al.*, 2020), coagulopatías (Connors y Levy, 2020), afecciones cardíacas (Kochi *et al.*, 2020); hepáticas (Wu *et al.*, 2020), neurológicas y

neuropsiquiátricas (Paterson *et al.*, 2020). La atención de las posibles secuelas asociadas a estas condiciones provocará una intensificación de la demanda de la valoración de la ocurrencia de éstas, de los servicios requeridos para limitar el daño que ocasionan, del tratamiento para revertir su impacto en la salud y del apoyo a la sobrevivencia de las personas que lo requieran como en el caso de trasplantes renales.

Un aspecto que se añade a las necesidades de datos estadísticos asociadas a los servicios de rehabilitación es aquel relativo a discapacidad. De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID), en dicho año, 7.8 millones de personas en México reportaron encontrarse en una condición de discapacidad, la mitad de los cuales tienen menos de 60 años de edad (ENADID, 2018), en alguna de las áreas que este ejercicio estadístico indagó. Lo anterior, corresponde al 6.3% de la población total.

En años recientes, la discapacidad ha pasado de ser una afección a la salud asociada al desgaste que conlleva la edad y las limitaciones que esta impone sobre las funciones básicas (Bouscaren *et al.*, 2019; Mueller-Schotte *et al.*, 2019) o la derivada de accidentes laborales (Buitrago *et al.*, 2017; Seabury *et al.*, 2017) a una condición que puede presentarse desde el nacimiento (Higachi *et al.*, 2015; Sitkin *et al.*, 2015) y que cada vez es más frecuente en virtud de los avances tecnológicos y del conocimiento médico que, por ejemplo, han podido modificar la viabilidad de los neonatos prematuros de las 28 semanas a las 25 semanas de gestación o inclusive menos (Kiver *et al.*, 2018; Lorthe *et al.*, 2018), han incrementado la sobrevivencia de condiciones que en el pasado reciente eran incompatibles con la vida como algunas cardiopatías congénitas (Butler *et al.*, 2019) o y la posibilidad de sobrevivir a accidentes que implican politraumatismos (Probst *et al.*, 2010).

La medición de la discapacidad enfrenta desafíos varios, entre ellos, la diversidad de las formas que asume esta condición, la gama de severidades y que puede ser permanente o transitoria. El aumento en la proporción de personas que vive con alguna discapacidad, la escasez de información estadística sobre estas condiciones y el reconocimiento de la exclusión social que con frecuencia encaran, propició que Naciones Unidas conformara un grupo-ciudad (*City Group*) encargado de proponer una medición de esta problemática susceptible de incorporarse en ejercicios censales o encuestas. El Grupo Washington ha desarrollado un módulo de preguntas orientadas a distinguir la discapacidad mediante la identificación de limitaciones para desarrollar actividades en seis dominios de funciones básicas, ver, oír, caminar, cognición, autocuidado y comunicación, atendiendo lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los criterios de la Organización Mundial de la Salud vertidos en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (WG, 2018).

La aproximación empleada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para medir discapacidad si bien en el ejercicio censal más reciente se acercó a la propuesta del Grupo Washington, aún tiene áreas de diferencia con ésta como es el indagar acerca de lo que denomina problemas emocionales o mentales. La disponibilidad de información estadística que permita conocer la intensidad de la discapacidad, con todas sus variantes, en el país es una prioridad que requiere una acción gubernamental específica para este propósito.

Los hallazgos que demuestran las diversas formas de exclusión y de incumplimiento de derechos que enfrentan las personas con discapacidad (Belzunegui-Eraso *et al.*, 2018; Pinilla-Roncancio *et al.*, 2020; Trani *et al.*, 2018) hace urgente la estructuración de un registro nacional de discapacidad (Cárdenas, 2018). El seguimiento a las manifestaciones clínicas del SARS-CoV-2 y lo que se conoce sobre el comportamiento de otros coronavirus hacen prever que algunas personas que hayan padecido COVID-19 tendrán secuelas que podrán ser de tipo neurológico (Berger, 2020), cerebrovascular (Divani *et al.*, 2020; Kaushik *et al.*, 2020), cardiovascular (Bansal, 2020), hepáticas (Lee, Huo y Huang, 2020) o, desde luego, pulmonares (George, Wells y Jenkins, 2020). Estos posibles problemas de salud secundarios a haber padecido COVID-19 y que el país registra, hasta la fecha en que se escribe este artículo, más de 1 millón 180 mil casos confirmados hacen prever un aumento de las discapacidades temporales, pero también posiblemente de algunas de tipo permanente, lo que hace que conocer la magnitud y diversidad de esta problemática sea aún más imperativo para el país.

Es impostergable el cumplimiento del marco normativo que desde 2011 establece la obligación del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad y del INEGI de estructurar el Sistema Nacional de Información en Discapacidad, así como el mandato a la Secretaría de Salud de certificar la discapacidad (Cárdenas, 2019:384). Tanto contar con un registro nacional de discapacidad, como la concreción de los criterios que médicamente indiquen la ocurrencia de esta mediante su certificación, así como la conformación del Sistema Nacional de Información en Discapacidad ya mandatado, permitirán conocer la magnitud de esta problemática en el país, las características socioeconómicas de quienes enfrentan esta condición, los obstáculos que encaran para el cumplimiento de sus derechos y concientizar sobre la adecuación de la infraestructura. Todo lo anterior, contribuirá a lograr la eliminación de las barreras que obstaculizan la participación plena en sociedad de las personas con discapacidad.

La pandemia de COVID-19 ha subrayado varias de las problemáticas que enfrenta la atención a la salud en México. A la fragmentación del sistema de salud señalada previamente, que provoca niveles de cumplimiento diferenciado del derecho a la salud según la inserción laboral o la relación familiar directa con una persona que desempeña una actividad económica formal, se añade la insuficiencia de la infraestructura general de los servicios de salud, las fallas en el equipamiento existente y la escasez de insumos y conformación de los equipos de salud para el tratamiento de las diversas enfermedades.

Las estimaciones sobre carencia de acceso a servicios de salud generadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) indican que en 2018 el 16.2% de la población mexicana experimentó carencia de acceso a servicios de salud, situación que se ve agravada al considerar la información por entidad federativa puesto que la Ciudad de México, Michoacán y Puebla registraron niveles superiores al 20% (CONEVAL, 2019). La medición de la carencia a servicios de salud iniciada por el CONEVAL en 2008 considera como elemento primario para resolver una necesidad de atención de salud el saber que se puede acceder a una unidad médica. La persistencia de niveles que manifiestan que 1 de cada 6 mexicanos no identifican tener acceso a servicios de salud es una indicación de las limitaciones del sistema para el cumplimiento de los derechos constitucional y social relativos a salud comprometidos por el Estado mexicano.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha provocado que se posponga el uso de numerosos servicios de salud ya sea por la preocupación a contagiarse o por las medidas implementadas por la SSA para acotar la afluencia a centros de salud con la intención de disminuir la posibilidad de transmisión de COVID-19. La figura 5 muestra el número de casos registrados por la Dirección General de Epidemiología mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) para ciertas causas específicas durante periodos semanales comparables entre 2019 y 2020. Los datos presentados hacen patente que el cambio en el comportamiento de la población en torno a la demanda de servicios coincide con la fase más intensa, hasta ahora, de la pandemia. Además, podemos observar un incremento en la demanda de servicios médicos en el mes de octubre con respecto a mayo. Si tomamos el número de casos atendidos en la semana epidemiológica 20 de 2020 (mayo) respecto al mismo periodo de 2019, podemos constatar que la diabetes mellitus presenta una reducción del 53.2%; la enfermedad isquémica del corazón, del 64.8%; la hiperplasia de próstata, 72.7%; el cáncer de seno, 40.6%, y el cáncer de cuello uterino, 56%. La información mostrada en la figura 5 pone de manifiesto que en el mes de octubre la utilización de servicios de salud registrados en el SUIVE fue menor que la reportada para el periodo equivalente del año anterior. En la semana epidemiológica 42 de 2020 (octubre) la reducción en la demanda de servicios para, por ejemplo, la diabetes mellitus fue del 30.2% y para hipertensión arterial del 34.1%.

La información del SUIVE para 2019 servirá como referencia para reconocer los patrones de reducción de la utilización de los servicios para las patologías que monitorea y como dato basal para distinguir los cambios en la demanda de servicios de salud. Sin embargo, será necesario ampliar la perspectiva con la cual se recaban estos datos en función de las implicaciones que tiene la suspensión del seguimiento de una patología crónica determinada.

Cabe señalar que además de rendir cuentas en materia sanitaria, las autoridades de salud deberán informar acerca de los servicios que, como parte de la respuesta a la pandemia, fueron interrumpidos o restringidos pues así se explicaría una fracción de los cambios detallados en la figura 5. Simultáneamente, será importante distinguir a quienes decidieron, quizá, aplazar las revisiones médicas periódicas para padecimientos crónicos, reconocer su situación de salud y, en caso de que esa persona haya fallecido por complicaciones asociadas a la enfermedad, entender, cuando la pandemia haya sido controlada, las razones por las cuales ocurrió dicha defunción. Un tercer elemento al cual deberá abocarse la ampliación de la información estadística que se recabe para este componente de subutilización de servicios de salud coincidente con la pandemia es distinguir las características sociodemográficas y económicas de quienes dejaron de demandar estos servicios de salud a fin de reconocer las desigualdades sociales que, en su caso, subyacen a la pandemia y las modificaciones estructurales que ha podido provocar o ampliar.

La autopsia verbal o autopsia social es una aproximación que no ha sido utilizada en México a gran escala pero que sería de gran relevancia como parte de la evaluación del impacto de la pandemia, para medir la utilización de los servicios de salud e identificar las barreras contra las que se enfrenta la población para satisfacer las necesidades de salud durante esta crisis sanitaria. Originalmente propuesta para identificar la causa de muerte en ausencia de un certificado de defunción (Bang y Bang, 1992; Beck *et al.*, 1993; Chandramohan *et al.*, 1994; Kane *et al.*, 1992; Snow *et al.*, 1993), la autopsia verbal es una

herramienta de recolección de información acerca de las causas, los signos, los síntomas y otros datos de relevancia médica sobre la persona fallecida. Actualmente, se ha ampliado el cuestionario para tomar en cuenta decisiones relativas al uso de servicios de salud, la respuesta de estos o la identificación de obstáculos de diversa índole como económicos, disponibilidad de tiempo, barreras culturales o problemas de transporte, traslado y vialidad (Biswas *et al.*, 2018; Cárdenas, 2000; Freyermuth-Enciso y Cárdenas-Elizalde, 2009; Gutiérrez *et al.*, 1994; Mahato *et al.*, 2018; Moyer *et al.*, 2017; Rai *et al.*, 2017; Thomas *et al.*, 2018).

Figura 5. Número de casos por causas específicas de enfermedad para las semanas de vigilancia epidemiológica 10, 20 y 42, México, 2019 y 2020

Causa de enfermedad	Número de casos					
	Semana epidemiológica 10 Marzo		Semana epidemiológica 20 Mayo		Semana epidemiológica 42 Octubre	
	3 al 9 2019	1 al 7 2019	12 al 18 2019	10 al 16 2019	13 al 19 2019	11 al 17 2019
Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II) CIE-10 [®] REV. I10-I15	9,083	8,803	8,007	3,747	9,021	6,291
Hipertensión arterial CIE-10 [®] REV. I10-I15	11,553	11,371	9,074	4,964	12,321	8,119
Enfermedad esquémica del corazón CIE-10 [®] REV. I20-I25	1,365	1,021	1,248	439	1,521	660
Enfermedad cerebrovascular CIE-10 [®] REV. I60-I67. I69	982	911	918	454	967	653
Hiperplasia de próstata CIE-10 [®] REV. N40	2,291	2,167	1,963	535	2,327	1,155
Tumor maligno de mama CIE-10 [®] REV. C50	282	336	246	146	362	291
Tumor maligno del cuello del útero CIE-10 [®] REV. C53	61	48	75	33	55	40
Depresión CIE-10 [®] REV. F32	2,431	2,493	2,145	1,090	2,440	1,666
Violencia intrafamiliar CIE-10 [®] REV. Y07.0-Y07.2	1,909	1,560	1,639	509	1,656	1,059

Fuente: Elaboración propia con base en información de Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. sistema Único de Información, Secretaría de salud Dirección General de Epidemiología. Número 10, Volumen 36, Semana 10, 3 y 9 de marzo del 2019; Número 20, Volumen 36, Semana 20, 12 al 18 de mayo del 2019; Número 42, Volumen 36, Semana 42, 13 y 9 de octubre del 2019; Número 10, Volumen 10, Volumen 37, Semana 10, 1 al 7 de marzo del 2020; Número 20, Volumen 37, Semana 20, 10 al 16 de mayo del 2020; Número 42, Volumen 37, Semana 42, 11 al 17 de octubre del 2020. cuadros 13,13.2,13.5,15,17 y 18.2.

A partir de las adaptaciones para la recolección de datos estadísticos que el INEGI ha tenido que efectuar secundarias a la pandemia de COVID-19 y la urgencia de concretar el mandato de coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (LSNIEG, 2008) sería deseable iniciar los trabajos que condujeran al diseño de un módulo que, tomando como marco la aproximación de las autopsias verbal y social, contribuya a satisfacer el conocimiento de los aspectos antes señaladas enfatizando, además, en el fortalecimiento de los sistemas de información sobre salud.

Una de las consecuencias más conspicuas de las crisis sanitaria y económica que aquejan actualmente a las sociedades es la afectación a la salud mental de la población (Houle, 2014; Kane *et al.*, 2018; Noel *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Simou y Koutsogeorgou, 2014; Thordardottir *et al.*, 2019). En el caso de México, no existe un programa que, de manera amplia, dé seguimiento a las necesidades en materia de salud mental de la población o que haya establecido intervenciones específicas para la detección de ideaciones suicidas, por ejemplo. Lo anterior es especialmente preocupante dado que en el país la mortalidad debida a suicidios ha aumentado de manera continua en los últimos 25 años, de forma más sostenida para los hombres, pero también para las mujeres provocando, para ambos sexos, un freno a la mejora de la esperanza de vida al nacimiento (Cárdenas, 2014:123-124), registrándose, inclusive, un incremento en el número de suicidios en población adolescente (Cárdenas, 2017).

La información del SUIVE muestra que en 2019 se diagnosticaron en México 100,540 casos de depresión (SUIVE, 2020:60). Aunque la información estadística pueda estar incompleta por los problemas que provoca la fragmentación del sistema de salud, el volumen de casos de depresión apunta a la importancia de los problemas de salud mental en el país. Adicionalmente, es de esperarse que el impacto económico de la pandemia de COVID-19, con la consecuente pérdida de empleos y el deterioro de los niveles de ingreso, aunado a las medidas de distanciamiento social indispensables para aminorar el riesgo de contagio y propagación del SARS-CoV-2, las restricciones de acceso a sitios de esparcimiento, la solicitada interrupción de las actividades de socialización ajenas al círculo de convivientes, tengan, como uno de sus efectos secundarios, el incremento de problemas de salud mental en la población, incluyendo los suicidios (Halford *et al.*, 2020).

La reducción o interrupción de las acciones de apoyo en el caso de las adicciones y el inicio o el incremento del uso de sustancias tóxicas, incluyendo el abuso en el consumo de alcohol, pueden resultar, también, en un aumento en las necesidades asociadas a la salud mental (Dubey *et al.*, 2020; Håkansson, 2020; Sun *et al.*, 2020). Otra arista igualmente significativa es el impacto que la atención a personas enfermas de COVID-19 está teniendo y tendrá sobre las condiciones de salud mental del personal de salud. La atención a enfermos de cáncer, quienes llegan a presentar altas tasas de suicidio, se ha asociado con un incremento en los cuadros depresivos del personal de salud (Granek *et al.*, 2019). De igual forma, la atención en situaciones de crisis como las que sobrevienen después de un terremoto, tiende a provocar con mayor frecuencia cambios adversos en la condición de salud mental del personal de salud (Arata *et al.*, 2015).

Aunque la evidencia es aún incompleta, se ha observado que las personas que están a cargo de manera directa de atender las necesidades de salud de los pacientes de COVID-19 muestran niveles

más altos de estrés, ansiedad y depresión que quienes tienen otras funciones en los servicios de salud (Antonijevic *et al.*, 2020; Cai *et al.*, 2020; Kang *et al.*, 2020). Una valoración apropiada de la dimensión del efecto de la pandemia de SARS-CoV-2 en las condiciones de salud de la población debe incluir la recolección estandarizada de información sobre la ocurrencia y tipo de problemas de salud mental incluyendo, de manera especial, los que atañan al personal de salud. Ello implica, además del diseño de los instrumentos de captación o la incorporación de los rubros correspondientes en los formatos que se utilizan, la capacitación del personal de salud para identificar la amplia gama de manifestaciones clínicas que acompañan a los problemas de salud mental y garantizar el funcionamiento de los canales de referencia para la atención especializada que se requiera.

La disponibilidad de una o varios tipos de inmunizaciones se perfila como una solución a la pandemia de SARS-CoV-2. Sin embargo, que ello acontezca depende, en primer lugar, de que al menos una de las plataformas que están siendo utilizadas para el desarrollo de vacunas específicas para la COVID-19 (Kaur y Gupta, 2020) sea exitosa y pueda ofrecer un compuesto eficaz para generar inmunidad y seguro para no ocasionar efectos secundarios severos en las personas que la reciban. Solo si la ministración de una vacuna o varias vacunas aprobadas alcanza los niveles requeridos para la inmunidad de grupo podría considerarse una acción de salud pública exitosa. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos de América muestra que el 69% de los entrevistados estaría dispuesto a aceptar la ministración de una vacuna contra el virus SARS-CoV-2, lo que posiblemente represente la intensidad de cobertura indispensable para lograr la inmunidad de grupo (Reiter *et al.*, 2020).

El monitoreo de estas preferencias es fundamental para valorar el alcance de esta acción en el control de la pandemia de COVID-19, máxime cuando se ha observado que la disposición a ser vacunado se ha reducido en el tiempo (Palamenghi *et al.*, 2020). La evidencia muestra que la disposición a ser vacunado es menor entre quienes, aun formando parte del personal de salud, no han estado cercanos a la atención de este padecimiento (Dror *et al.*, 2020). Lo anterior pone en cuestión la plausibilidad de que se obtenga inmunidad de grupo por esta vía. El deterioro de la confianza en la vacunación que algunos segmentos de la población han mostrado y la desinformación que en ocasiones sustenta estas decisiones (Hussain *et al.*, 2020), incluyendo la falsificación de datos en el contexto de una investigación, constituye un peligro para lograr que la cobertura de vacunación contra COVID-19 sea suficiente para frenar la pandemia en el menor tiempo posible.

Diseñar un esquema de monitoreo de los operativos de otorgamiento de la vacuna, incluyendo transparentar los hallazgos que sustentan la elección de una o varias de estas, priorizar la cobertura de subgrupos específicos de la población, señalar los criterios que sustentan dicha jerarquización, los costos asociados, el seguimiento a la respuesta inmunológica y a los posibles efectos secundarios, forman parte, también, de la información estadística que es indispensable recabar. La existencia de este esquema y el acceso al mismo forman parte del derecho a la información y se añaden a las acciones de rendición de cuentas que el Consenso de Montevideo expresamente establece (CEPAL, 2013).

4. Información estadística sobre salud reproductiva

Como se mencionó al inicio de este documento, pese a que el componente sobre salud reproductiva contenido en el Programa de Acción de El Cairo (UNFPA, 2020d) ha sido el que ha recibido más atención y esfuerzos para lograr su consecución, aún se está lejos del cumplimiento de los elementos esenciales. La propuesta de los Tres Ceros promovida por UNFPA (UNFPA, 2019) ilustra los rezagos y desafíos que se desprenden de no haber alcanzado algunos de los objetivos centrales expresados en este programa de acción.

La pandemia de COVID-19 ha dispuesto condiciones proclives para una ampliación de las desigualdades de género en detrimento de las circunstancias de vida de las mujeres tanto en lo laboral, como en el tiempo dedicado a actividades domésticas, de cuidado y crianza (Batthyány y Sanchez, 2020). La información mostrada en la figura 5 da cuenta de la subutilización de servicios de salud para la atención de problemas que forman parte del ámbito de la salud reproductiva como son los concernientes a los cánceres de seno o de cuello del útero. Es de esperarse que la demanda de otros servicios de salud reproductiva como los de anticoncepción también se haya visto afectada en menoscabo del derecho a la planeación de la reproducción.

Adicional a la exigencia de elaborar un diagnóstico amplio sobre la satisfacción de los elementos comprendidos en salud reproductiva que idealmente incluya la información para 2019 y sirva como punto de partida para evaluar los cambios asociados a la pandemia de SARS-CoV-2, se añade la importancia de incorporar algunos indicadores más útiles para reconocer desigualdades estructurales. Un ejercicio previo, que analizó más de 20 indicadores de salud reproductiva en México para años alrededor de 2014, identificó amplias desigualdades territoriales y un panorama mixto de satisfacción de necesidades a nivel país y en las distintas entidades federativas (Cárdenas, 2017a).

A la inclusión de elementos que no suelen considerarse como pertenecientes al estudio de la salud reproductiva, incorporados en el trabajo antes mencionado (como los indicadores de bajo peso al nacer o cáncer de próstata), se añade la necesidad de considerar otros igualmente importantes frente a la pandemia de COVID-19 como, por ejemplo, tasas de mortalidad fetal y de mortinatalidad. Asimismo, la información sobre la demanda de servicios de aborto, en virtud del señalamiento del incremento de la violencia por razones de género, incluyendo la de tipo sexual, ejercida contra las mujeres durante esta pandemia. Una mirada más amplia sobre los efectos del SARS-CoV-2 en la salud reproductiva requiere incorporar el análisis de su impacto como potencial factor de subfecundidad o infertilidad considerando lo que se sabe acerca de la fisiopatología de otros virus en la cuenta y desempeño espermáticos (Batiha *et al.*, 2020; Bezold *et al.*, 2007). Además, debe hacerse un seguimiento prologando sobre las modificaciones que puedan registrarse en el mediano plazo en la demanda de servicios de reproducción asistida.

En el mismo sentido, la agenda sobre información estadística de salud reproductiva específicamente diseñada para distinguir el efecto de la pandemia de COVID-19 deberá incluir un seguimiento más estrecho de las incidencias registradas durante el embarazo, parto, puerperio y el periodo postpuerperio hasta el año postparto, incluyendo la valoración del incremento del riesgo de muerte materna y la búsqueda de

evidencias de transmisión vertical del SARS-CoV-2, es decir, de la madre a su hijo durante la gestación, el parto o el posparto (Chen et al., 2020).

5. Información estadística adicional

La magnitud de la pandemia de COVID-19 y su profunda disrupción social obligarán a considerar muchos otros elementos indispensables en la construcción de la agenda de recolección de información estadística prioritaria que conduzca a justipreciar el impacto de esta crisis. A los señalados en apartados previos deberán añadirse los relativos a: i) el ámbito laboral, ii) el ámbito económico, iii) el ámbito cultural, iv) el ámbito político, v) la conformación de los hogares frente al posible incremento de los divorcios, vi) los cambios en las jefaturas de hogar, vii) las transformaciones en las dinámicas de los hogares en respuesta al fallecimiento de uno o más de sus integrantes por COVID-19 u otra causa de muerte exacerbada por esta pandemia, viii) el incremento de la viudez y orfandad, ix) la caracterización y la medición de los flujos migratorios y sus cambios, x) el desempeño escolar, la desigualdad en el acceso a la educación digital y la posible profundización de las desigualdades educativas y su efecto en el mediano plazo en la incorporación a niveles de estudios superiores y sobre la movilidad social, xi) el impacto en la socialización de adolescentes y jóvenes y la ausencia de esta experiencia por un periodo prolongado en la población infantil, xii) la organización y el tamaño de las ciudades; xiii) la sostenibilidad; xiv) las desigualdades de género y la posible profundización de éstas; xv) las enfermedades emergentes, el riesgo de otras epidemias y el papel que desempeña la destrucción o la restauración de ecosistemas en estas; xvi) la construcción de resiliencia social; xvii) el alfabetismo en salud; xviii) el fortalecimiento de la ciudadanización; xix) el cumplimiento de derechos, incluyendo a un ambiente sano y a la no discriminación, por señalar algunos.

6. Recursos humanos en temas de población

Los estudiosos de la población y, en particular, quienes se han entrenado en demografía, pueden examinar el efecto de la pandemia de SARS-CoV-2 de manera integral pues la aproximación analítica que utilizan se desprende de la comprensión de la inercia demográfica y la interrelación de los fenómenos que modifican la composición etaria y por sexo de la población, incluyendo los de índole social, económica y cultural. Mediante esta aproximación de edad-cohorte-periodo y siendo la mortalidad el corolario extremo negativo de la pandemia de COVID-19, es posible identificar y medir las consecuencias de la ausencia de un grupo de personas en la población total con características sociodemográficas concretas y lo que la interrupción de sus trayectorias vitales significará para sus familias y el país.

En la actualidad, el número de estudiosos de la población y de demógrafos a nivel nacional resulta insuficiente para las necesidades sociales. Esta situación ha empeorado con el surgimiento de la pandemia de SARS-CoV-2. Los procesos de entrenamiento de las nuevas generaciones de demógrafos y estudiosos de

la población deben perfeccionarse para evaluar el impacto de la pandemia en el mediano plazo a partir del desarrollo de los estudios longitudinales y de curso de vida requeridos. El trabajo multidisciplinario e interdisciplinario a través de la organización de grupos de trabajo es una manera de ampliar las bondades que, para el análisis de la sociedad y sus cambios, representa el examen desde la perspectiva que los demógrafos y estudiosos de la población están en condiciones de incorporar.

Mejorar las habilidades del personal de salud para contender con esta pandemia y otros problemas de salud global o de tipo epidémico requiere la implementación de un programa de auditorías clínicas cuyo propósito sea, exclusivamente, perfeccionar el entrenamiento de los proveedores de servicios de salud sin elemento punitivo alguno. Una aproximación de auditorías clínicas como la propuesta podría beneficiar, también, el desempeño del personal de salud en otras áreas adicionales al manejo de COVID-19 y sus secuelas y convertirse en una buena práctica generalizable y susceptible de institucionalizarse para la corrección de debilidades en los procesos de atención que subyacen, por ejemplo, a algunos de los casos de defunciones maternas evitables, uno de los temas que no solo forma parte de las prioridades del Programa de Acción de El Cairo (UNFPA, 2020d), la Agenda 2030 (*United Nations*, 2015) y el Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013), sino es uno de los indicadores del Plan de Tres Ceros definido por el UNFPA (UNFPA, 2019).

7. Una agenda de población para México

La agenda de población propuesta para México debe estar estructurada alrededor de dos elementos: la inclusión expresa de los derechos comprometidos por el Estado mexicano y la voluntad de reducir la pobreza y las desigualdades sociales. Ambos aspectos están presentes de manera preponderante en el Programa de Acción de El Cairo (UNFPA, 2020d), en la Agenda 2030 de la ONU (*United Nations*, 2015), en el Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013) y los compromisos con los que el país participó en la Cumbre de Nairobi (UNFPA, 2020c).

Las estimaciones de pobreza generadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social dan cuenta de la magnitud de las desigualdades que prevalecen en el país para seis derechos sociales y el bienestar económico. El 41.9% de la población total del país se encuentra en situación de pobreza, Sin embargo, las implicaciones de esta condición se ven magnificadas al considerar la información por entidad federativa y observar que en Nuevo León esta cifra es 14.5% y en Chiapas de 76.4% (CONEVAL, 2018). De igual forma para la carencia de calidad y espacios en la vivienda y la carencia de servicios básicos en la vivienda. Nuevo León y Guerrero son las entidades federativas que muestran las condiciones más dispares con relación a estos dos indicadores de pobreza.

En Nuevo León el 3.1% de la población carece de calidad y espacios en la vivienda y el 2.4% presenta carencia de servicios básicos en la vivienda. En contraste, en Guerrero las cifras son 28.8% y 58.6%, respectivamente (CONEVAL, 2018). En el contexto de la pandemia de COVID-19 estos datos adquieren mayor relevancia pues reflejan los obstáculos que afronta la población para incorporar en su

cotidianeidad algunas de las acciones señaladas como necesarias para contribuir a reducir la propagación del SARS-CoV-2, como el autoaislamiento en caso de sintomatología leve o durante 14 días después de haber estado en contacto con alguien con un resultado de contagio positivo o con síntomas de COVID-19, el lavado frecuente de manos o la interrupción o disminución de las actividades laborales. Las estimaciones de pobreza en México para el periodo 2008-2018 a nivel nacional y estatal, y para el total de municipios del país para 2010 y 2015, constituyen instrumentos esenciales para valorar el cumplimiento de derechos sociales y las condiciones económicas de la población (CONEVAL, 2018).

En el seno de la articulación de una agenda de población nacional, estos datos estadísticos proporcionan, además, el mosaico de desigualdades en todos los niveles territoriales señalados y para algunos grupos como los niños, adolescentes y jóvenes, la población con discapacidad, las personas mayores o los pueblos originarios de México. De los dos ejes articuladores de la agenda de población para México ya mencionados, se desprenden quince temas centrales cuya atención se torna crítica para disminuir las brechas entre subgrupos de la población, atendiendo con ello lo estipulado especialmente por el Consenso de Montevideo (CEPAL, 2013), la Agenda 2030 de la ONU (*United Nations*, 2015) y el Plan de Tres Ceros (UNFPA, 2019):

1. El embarazo en la adolescencia, su reducción y cumplimiento de los objetivos propuestos en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
2. El envejecimiento acelerado de la población y sus implicaciones sociales.
3. Los diferenciales en la fecundidad, particularmente los rezagos respecto a los niveles de remplazo y la situación de despoblamiento o casi despoblamiento que encaran algunas entidades federativas.
4. La inclusión social de las personas con discapacidad.
5. El cumplimiento de los aspectos relativos a los derechos reproductivos, incluyendo la atención a la infertilidad, la reducción de la mortalidad materna, la satisfacción sin prejuicios de la demanda anticonceptiva, el aumento de la participación masculina en la anticoncepción.
6. La eliminación de la desigualdad de género y la discriminación que la acompaña.
7. La eliminación de la violencia en todas sus formas y la desarticulación de los posibles aspectos culturales con los que se vincula.
8. La eliminación del matrimonio antes de los 18 años.
9. El diagnóstico para un sistema de protección social.
10. El diagnóstico para un sistema nacional de cuidados.
11. La movilidad de la población en el territorio nacional.
12. La migración interna e internacional y su papel en el desarrollo.

13. La reducción de las brechas económicas, políticas y sociales entre poblaciones indígenas y no indígenas.
14. La reducción de los niveles de mortalidad y sus disimilitudes entre grupos y la mejora de los indicadores para todos los grupos etarios.
15. Las transformaciones en la conformación de los hogares.

La pandemia de COVID-19 y su evolución en el país ha enfatizado lo imperativo de un trabajo gubernamental coordinado entre los tres órdenes de gobierno. De igual forma, ha subrayado la importancia de una aproximación integral que considere los dos aspectos centrales de la crisis (sanitario y económico) y también a aquellos que son consecuencia de dichos aspectos como los cambios en la composición de las familias, las adaptaciones culturales requeridas y las condiciones de desigualdad que provocan impactos diferenciados en subgrupos de la población.

La coordinación gubernamental y la voluntad política junto con el aprovechamiento de las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en otros países, aunadas al fortalecimiento de los espacios que garanticen el cumplimiento de los derechos comprometidos por el Estado y la generación de la información requerida para diagnosticar, monitorear y evaluar los efectos de la pandemia de COVID-19 son elementos indispensables para una recuperación lo más pronta posible de las condiciones de vida de la población previas a esta crisis teniendo como propósito también, la mejora de éstas.

Entre las acciones de política pública que sería imprescindible contemplar para paliar las consecuencias de la pandemia en el país están:

- mejorar la capacitación docente y fortalecer los medios para la impartición de la educación a distancia, incluyendo el acceso igualitario a internet y el reparto de equipos de cómputo;
- reestructurar el sistema de salud privilegiando la portabilidad entre instancias, conformar un sistema eficiente de referencia y planear los servicios de salud con base en un diagnóstico situacional que además de los perfiles epidemiológicos considere las características y las múltiples dinámicas demográficas registradas a lo largo del territorio nacional y los indicadores comprometidos por el país en los foros internacionales;
- fortalecer las acciones dirigidas a población adolescente como los servicios amigables de salud reproductiva para reducir el embarazo durante esta etapa de la vida;
- conformar un sistema de protección social universal;
- instituir un seguro de desempleo;
- profundizar la resiliencia de la población frente a embates como la pandemia teniendo como puntos centrales la información, la comunicación y la educación para fortalecer el tejido social;
- dinamizar las acciones para la igualdad de género, considerando que las mujeres conforman uno de los grupos más afectados por la pandemia tanto en términos de su permanencia en la actividad

económica remunerada, como en su empleabilidad, la profundización de las diferencias en el reparto de las actividades domésticas, de crianza, cuidado y apoyo a la educación escolar.

La implementación de políticas públicas con las perspectivas señaladas anteriormente contribuiría a resarcir con mayor celeridad el efecto de la pandemia y con ello la factibilidad de retomar las trayectorias que propicien dar cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos por México en el Programa de Acción de El Cairo, el Consenso de Montevideo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU y la Cumbre de Nairobi.

Bibliografía

Adapa, S., Aeddula, N. R., Konala, V. M., Chenna, A., Naramala, S., Madhira, B. R., Gayam, V., Balla, M., Muppidi, V., & Bose, S. (2020). COVID-19 and Renal Failure: Challenges in the Delivery of Renal Replacement Therapy. *Journal of clinical medicine research*, 12(5), 276–285. <https://doi.org/10.14740/jocmr4160>

Antonijevic, J., Binic, I., Zikic, O., Manojlovic, S., Tosic-Golubovic, S., & Popovic, N. (2020). Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Brain and behavior*, e01881. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/brb3.1881>

Arata, Y., Horii, A., Saito, H., Miyamoto, M., Matsuoka, H., & Kanatsuka, H. (2015). Life and mental health of medical students after the Great East Japan Earthquake. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 235(4), 311–325. <https://doi.org/10.1620/tjem.235.311>

Bang, A. T., & Bang, R. A. (1992). Diagnosis of causes of childhood deaths in developing countries by verbal autopsy: suggested criteria. The SEARCH Team. *Bulletin of the World Health Organization*, 70(4), 499–507.

Bansal M. (2020). Cardiovascular disease and COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(3), 247–250. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.013>

Batiha, O., Al-Deeb, T., Al-Zoubi, E., & Alsharu, E. (2020). Impact of COVID-19 and other viruses on reproductive health. *Andrologia*, 52(9), e13791. <https://doi.org/10.1111/and.13791>

Batthyány, K., & Sanchez, A. (2020). Profundización de las brechas de desigualdad por razones de género: el impacto de la pandemia en los cuidados, el mercado de trabajo y la violencia en América Latina y el Caribe. *Astrolabio*, (25), 1-21.

Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/29284>

Becker, S. R., Diop, F., & Thornton, J. N. (1993). Infant and child mortality in two counties of Liberia: results of a survey in 1988 and trends since 1984. *International journal of epidemiology*, 22 Suppl 1, S56–S63. https://doi.org/10.1093/ije/22.supplement_1.s56

Belzunegui-Eraso, A., Pastor-Gosálbez, I., Puig-Andreu, X., & Valls-Fonayet, F. (2018). Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty. *International journal of environmental research and public health*, 15(10), 2129. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102129>

Berger J. R. (2020). COVID-19 and the nervous system. *Journal of neurovirology*, 26(2), 143–148. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00840-5>

Bezold, G., Politch, J. A., Kiviat, N. B., Kuypers, J. M., Wolff, H., & Anderson, D. J. (2007). Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. *Fertility and sterility*, *87*(5), 1087–1097. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.08.109>

Biswas, A., Ferdoush, J., Abdullah, A., & Halim, A. (2018). Social autopsy for maternal and perinatal deaths in Bangladesh: a tool for community dialog and decision making. *Public health reviews*, *39*, 16. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0098-3>

Bouscaren, N., Yildiz, H., Dartois, L., Vercambre, M. N., & Boutron-Ruault, M. C. (2019). Decline in Instrumental Activities of Daily Living over 4-Year: The Association with Hearing, Visual and Dual Sensory Impairments among Non-Institutionalized Women. *The journal of nutrition, health & aging*, *23*(8), 687–693. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1231-9>

Buitrago Echeverri, M. T., Abadía-Barrero, C. E., & Granja Palacios, C. (2017). Work-related illness, work-related accidents, and lack of social security in Colombia. *Social science & medicine (1982)*, *187*, 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.030>

Butler, S. C., Sadhwani, A., Stopp, C., Singer, J., Wypij, D., Dunbar-Masterson, C., Ware, J., & Newburger, J. W. (2019). Neurodevelopmental assessment of infants with congenital heart disease in the early postoperative period. *Congenital heart disease*, *14*(2), 236–245. <https://doi.org/10.1111/chd.12686>

Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., Xie, Y., Wang, X., Liu, Z., Hou, B., Ouyang, K., Pan, J., Li, Q., Fu, B., Deng, Y., & Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of affective disorders*, *275*, 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.031>

Cárdenas, R. (2000). El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol 15, núm 3, págs. 665-683.

Cárdenas, R. (2014). Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública, en: *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*, Cecilia Rabell Romero (coordinadora), Fondo de Cultura Económica, pp. 115-132.

Cárdenas, R. (2017). El naufragio de la civilización: infanticidios, homicidios de niños y adolescentes y suicidios en edades tempranas, *Coyuntura Demográfica*, núm. 11, pp. 15-25. http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/plugins/coyuntura_demografica/DEMOGRAFICA/ARTICULOS/PUB-2017-11-123.pdf

Cárdenas, R. (2017a). Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México. En: *La situación demográfica de México 2016*. Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación, pp. 33-56.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232087/02_Cardenas.pdf

Cárdenas, R. (2018). La medición de la discapacidad y las necesidades en materia de política pública. *Coyuntura Demográfica*, número 14, julio, pp. 39-45.

http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/plugins/coyuntura_demografica/DEMOGRAFICA/ARTICULOS/PUB-2018-14-160.pdf

Cárdenas, R. (2019). Sobre el estudio de la discapacidad: medición, prevalencia, derechos y política pública. En: *Justicia electoral y derechos humanos. Incidencia del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación en la protección de los derechos humanos*, Felipe de la Mata Pizaña, Mara Gómez Pérez, Nicolás Loza Otero (coordinadores). Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, págs. 370-388.

CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

CEPAL (2020). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. Informe Especial COVID-19, No. 5, 15 de julio, 26 páginas <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45782-enfrentar-efectos-cada-vez-mayores-covid-19-reactivacion-igualdad-nuevas>

Chandramohan, D., Maude, G. H., Rodrigues, L. C., & Hayes, R. J. (1994). Verbal autopsies for adult deaths: issues in their development and validation. *International journal of epidemiology*, 23(2), 213–222. <https://doi.org/10.1093/ije/23.2.213>

Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet (London, England)*, 395(10226), 809–815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)

CONEVAL. (2019). *Medición de la pobreza*. Anexo estadístico 2008-2018. Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social.

https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx

Connors, J. M., & Levy, J. H. (2020). COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood*, 135(23), 2033–2040. <https://doi.org/10.1182/blood.2020006000>

Divani, A. A., Andalib, S., Di Napoli, M., Lattanzi, S., Hussain, M. S., Biller, J., McCullough, L. D., Azarpazhooh, M. R., Seletskaya, A., Mayer, S. A., & Torbey, M. (2020). Coronavirus Disease 2019 and Stroke: Clinical Manifestations and Pathophysiological Insights. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 29(8), 104941. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104941>

DOF. (2020). Diario Oficial de la Federación, 31/03/2020. ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2.

Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigrion, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European journal of epidemiology*, 35(8), 775–779. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>

Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 817–823. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.008>

ENAPEA. (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México. Gobierno de la República.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

ENADID. (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. ENADID 2018. Principales Resultados. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Freyermuth-Enciso G., & Cárdenas-Elizalde, R. (2009). Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias Ramos y Ramos modificada. *Salud Pública de México*, vol. 51, núm 6, pp 450-457.

George, P. M., Wells, A. U., & Jenkins, R. G. (2020). Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antifibrotic therapy. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(8), 807–815. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30225-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30225-3)

Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. (2019). Cancer Patients' Mental Health Distress and Suicidality. *Crisis*, 40(6), 429–436. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000591>

Gutiérrez, G., Reyes, H., Martínez, H., Tomé, P., & Guiscafré, H. (1994). Study of the disease-health seeking-death process: another use of the verbal autopsy. *International journal of epidemiology*, 23(2), 427–428. <https://doi.org/10.1093/ije/23.2.427>

Håkansson A. (2020). Changes in Gambling Behavior during the COVID-19 Pandemic-A Web Survey Study in Sweden. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4013. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114013>

Halford, E. A., Lake, A. M., & Gould, M. S. (2020). Google searches for suicide and suicide risk factors in the early stages of the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 15(7), e0236777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236777>

Hamadani JD, Hasan MI, Baldi AJ, et al. Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series [published online ahead of print, 2020 Aug 25]. *Lancet Glob Health*. 2020;S2214-109X(20)30366-1. doi:10.1016/S2214-109X(20)30366-1

Higashi, H., Barendregt, J. J., Kassebaum, N. J., Weiser, T. G., Bickler, S. W., & Vos, T. (2015). The burden of selected congenital anomalies amenable to surgery in low and middle-income regions: cleft lip and palate, congenital heart anomalies and neural tube defects. *Archives of disease in childhood*, 100(3), 233–238. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306175>

Hill, K. (1991). Approaches to the Measurement of Childhood Mortality: A Comparative Review *Population Index*, Autumn, Vol. 57, No. 3, pp. 368-382.

Houle J. N. (2014). Mental health in the foreclosure crisis. *Social science & medicine (1982)*, 118, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.054>

Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus*, 10(7), e2919. <https://doi.org/10.7759/cureus.2919>

INEGI. (2019). Censo de Población y Vivienda (2020). Resumen ejecutivo / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- 2ª. Ed. -- México: INEGI.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/resumen_ejecutivo_2020.pdf

INEGI. (2020). Perspectiva en cifras. COVID-19. Afectación en los programas de información. En: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/covid/> (Octubre 21 de 2020).

Johnson, N. P., & Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bulletin of the history of medicine*, 76(1), 105–115. <https://doi.org/10.1353/bhm.2002.0022>

- Kane, T. T., el-Kady, A. A., Saleh, S., Hage, M., Stanback, J., & Potter, L. (1992). Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes, and prevention. *Studies in family planning*, 23(1), 45–57.
- Kane, J. C., Luitel, N. P., Jordans, M., Kohrt, B. A., Weissbecker, I., & Tol, W. A. (2018). Mental health and psychosocial problems in the aftermath of the Nepal earthquakes: findings from a representative cluster sample survey. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(3), 301–310. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001104>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kaushik, P., Kaushik, M., Parveen, S., Tabassum, H., & Parvez, S. (2020). Cross-Talk Between Key Players in Patients with COVID-19 and Ischemic Stroke: A Review on Neurobiological Insight of the Pandemic. *Molecular neurobiology*, 57(12), 4921–4928. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02072-4>
- Kaukinen C. When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2020 Jun 6]. *Am J Crim Justice*. 2020;1-12. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09533-5>
- Kaur, S. P., & Gupta, V. (2020). COVID-19 Vaccine: A comprehensive status report. *Virus research*, 288, 198114. <https://doi.org/10.1016/j.virusres.2020.198114>
- Kiver, V., Boos, V., Thomas, A., Henrich, W., & Weichert, A. (2018). Perinatal outcomes after previable preterm premature rupture of membranes before 24 weeks of gestation. *Journal of perinatal medicine*, 46(5), 555–565. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0341>
- Kochi, A. N., Tagliari, A. P., Forleo, G. B., Fassini, G. M., & Tondo, C. (2020). Cardiac and arrhythmic complications in patients with COVID-19. *Journal of cardiovascular electrophysiology*, 31(5), 1003–1008. <https://doi.org/10.1111/jce.14479>
- Lee R. (1990). The demographic response to economic crisis in historical and contemporary populations. *Population bulletin of the United Nations*, (29), 1–15.
- Lee, I. C., Huo, T. I., & Huang, Y. H. (2020). Gastrointestinal and liver manifestations in patients with COVID-19. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA*, 83(6), 521–523. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000319>
- Lew, H. L., Oh-Park, M., & Cifu, D. X. (2020). The War on COVID-19 Pandemic: Role of Rehabilitation Professionals and Hospitals. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 99(7), 571–572. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001460>
- Lorthe, E., Torchin, H., Delorme, P., Ancel, P. Y., Marchand-Martin, L., Foix-L'Hélias, L., Benhammou, V., Gire, C., d'Ercole, C., Winer, N., Sentilhes, L., Subtil, D., Goffinet, F., & Kayem, G. (2018). Preterm premature rupture of membranes at 22-25 weeks' gestation: perinatal and 2-year outcomes within a national population-based study (EPIPAGE-2). *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(3), 298.e1–298.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.05.029>
- LSNIEG. (2008). Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. 84 páginas.

- Mahato, P. K., Waithaka, E., van Teijlingen, E., Pant, P. R., & Biswas, A. (2018). Social autopsy: a potential health-promotion tool for preventing maternal mortality in low-income countries. *WHO South-East Asia journal of public health*, 7(1), 24–28. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.228424>
- Moreira DN, Pinto da Costa M. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *Int J Law Psychiatry*. 2020;71:101606. doi:10.1016/j.ijlp.2020.101606
- Moyer, C. A., Johnson, C., Kaselitz, E., & Aborigo, R. (2017). Using social autopsy to understand maternal, newborn, and child mortality in low-resource settings: a systematic review of the literature. *Global health action*, 10(1), 1413917. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1413917>
- Mueller-Schotte, S., Zuithoff, N., van der Schouw, Y. T., Schuurmans, M. J., & Bleijenbergh, N. (2019). Trajectories of Limitations in Instrumental Activities of Daily Living in Frail Older Adults With Vision, Hearing, or Dual Sensory Loss. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 74(6), 936–942. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly155>
- Noel, P., Cork, C., & White, R. G. (2018). Social Capital and Mental Health in Post-Disaster/Conflict Contexts: A Systematic Review. *Disaster medicine and public health preparedness*, 12(6), 791–802. <https://doi.org/10.1017/dmp.2017.147>
- O'Brien, H., Tracey, M. J., Ottewill, C., O'Brien, M. E., Morgan, R. K., Costello, R. W., Gunaratnam, C., Ryan, D., McElvaney, N. G., McConkey, S. J., McNally, C., Curley, G. F., MacHale, S., Gillan, D., Pender, N., Barry, H., de Barra, E., Kiernan, F. M., Sulaiman, I., & Hurley, K. (2020). An integrated multidisciplinary model of COVID-19 recovery care. *Irish journal of medical science*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02354-9>
- Palamenghi, L., Barello, S., Boccia, S., & Graffigna, G. (2020). Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID-19 in Italy. *European journal of epidemiology*, 35(8), 785–788. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00675-8>
- Paterson, R. W., Brown, R. L., Benjamin, L., Nortley, R., Wiethoff, S., Bharucha, T., Jayaseelan, D. L., Kumar, G., Raftopoulos, R. E., Zambreanu, L., Vivekanandam, V., Khoo, A., Geraldine, R., Chinthapalli, K., Boyd, E., Tuzlali, H., Price, G., Christofi, G., Morrow, J., McNamara, P., Zandi, M. S. (2020). The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain: a journal of neurology*, 143(10), 3104–3120. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa240>
- Pinilla-Roncancio, M., Mactaggart, I., Kuper, H., Dionicio, C., Naber, J., Murthy, G., & Polack, S. (2020). Multidimensional poverty and disability: A case control study in India, Cameroon, and Guatemala. *SSM - population health*, 11, 100591. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100591>
- Probst, C., Richter, M., Lefering, R., Frink, M., Gaulke, R., Krettek, C., & Hildebrand, F. (2010). Incidence and significance of injuries to the foot and ankle in polytrauma patients--an analysis of the Trauma Registry of DGU. *Injury*, 41(2), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2009.10.009>
- Rai, S. K., Kant, S., Srivastava, R., Gupta, P., Misra, P., Pandav, C. S., & Singh, A. K. (2017). Causes of and contributors to infant mortality in a rural community of North India: evidence from verbal and social autopsy. *BMJ open*, 7(8), e012856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012856>
- Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated?. *Vaccine*, 38(42), 6500–6507. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.043>

RLGP. 2012. Reglamento de la Ley General de Población. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de abril de 2000. TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 28-09-2012. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf

Seabury, S. A., Terp, S., & Boden, L. I. (2017). Racial And Ethnic Differences In The Frequency Of Workplace Injuries And Prevalence Of Work-Related Disability. *Health affairs (Project Hope)*, 36(2), 266–273. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1185>

Serrano-Castro, P. J., Estivill-Torrús, G., Cabezudo-García, P., Reyes-Bueno, J. A., Ciano Petersen, N., Aguilar-Castillo, M. J., Suárez-Pérez, J., Jiménez-Hernández, M. D., Moya-Molina, M. Á., Oliver-Martos, B., Arrabal-Gómez, C., & Rodríguez de Fonseca, F. (2020). Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada? *Neurología (Barcelona, España)*, 35(4), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.002>

Silva, M., Resurrección, D. M., Antunes, A., Frásquilho, D., & Cardoso, G. (2018). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e7. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000641>

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(2-3), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

Sitkin, N. A., Ozgediz, D., Donkor, P., & Farmer, D. L. (2015). Congenital anomalies in low- and middle-income countries: the unborn child of global surgery. *World journal of surgery*, 39(1), 36–40. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2714-9>

Snow, R. W., Basto de Azevedo, I., Forster, D., Mwankuyse, S., Bomu, G., Kassiga, G., Nyamawi, C., Teuscher, T., & Marsh, K. (1993). Maternal recall of symptoms associated with childhood deaths in rural east Africa. *International journal of epidemiology*, 22(4), 677–683. <https://doi.org/10.1093/ije/22.4.677>

SUIVE. (2020). Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Número 42, Volumen 37, Semana 42, 11 al 17 de octubre del 2020. Cuadro 17, página 60.

Sun, Y., Li, Y., Bao, Y., Meng, S., Sun, Y., Schumann, G., Kosten, T., Strang, J., Lu, L., & Shi, J. (2020). Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *The American journal on addictions*, 29(4), 268–270. <https://doi.org/10.1111/ajad.13066>

Thomas, L. M., D'Ambruso, L., & Balabanova, D. (2018). Use of verbal autopsy and social autopsy in humanitarian crises. *BMJ global health*, 3(3), e000640. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000640>

Thordardottir, E. B., Gudmundsdottir, H., Gudmundsdottir, B., Hrólfssdóttir, A. M., Aspelund, T., & Hauksdottir, A. (2019). Development and predictors of psychological outcomes following the 2008 earthquake in Iceland: a longitudinal cohort study. *Scandinavian journal of public health*, 47(2), 269–279. <https://doi.org/10.1177/1403494818771444>

Trani, J. F., Bakhshi, P., Brown, D., Lopez, D., & Gall, F. (2018). Disability as deprivation of capabilities: Estimation using a large-scale survey in Morocco and Tunisia and an instrumental variable approach. *Social science & medicine (1982)*, 211, 48–60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.033>

UNFPA. 2019. *Annual Report 2018. One Vision Three Zeros*. United Nations Fund por Population Activities. 49 páginas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_EN_Annual_Report_3.pdf

UNFPA. (2020a). Fondo de Población de las Naciones Unidas. World Conference on Population. Bucarest 1974. En: <https://www.unfpa.org/es/node/9059> (Octubre 5 de 2020)

UNFPA. (2020b). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Cairo Declaration on Population & Development. En: <https://www.unfpa.org/es/node/13920> (Octubre 5 de 2020)

UNFPA (2020c). Nairobi Summit on ICPD25 Commitments. En: <https://www.nairobisummiticpd.org/commitments>

UNFPA (2020d). *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994*. 20th Anniversary Edition.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf

United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Resolution A/RES/70/1.

<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

United Nations. (2019). World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. <https://population.un.org/wpp/Download/>

United Nations. (2020). United Nations Statistics Division. Demographic and Social Statistics. Civil Registration and Vital Statistics. En: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/crvs/> (Octubre 21 de 2020)

WG. (2018). Washington Group on Disability Statistics. <http://www.washingtongroupdisability.com/>

WHO. (2019). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2020). World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard En: <https://covid19.who.int/> (20 octubre 2020).

World Bank. (2020). World Bank Data. Adolescent Fertility Rate. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

Wu, J., Song, S., Cao, H. C., & Li, L. J. (2020). Liver diseases in COVID-19: Etiology, treatment and prognosis. *World journal of gastroenterology*, 26(19), 2286–2293.

<https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i19.2286>

Zhong B, Huang Y, Liu Q. Mental health toll from the coronavirus: Social media usage reveals Wuhan residents' depression and secondary trauma in the COVID-19 outbreak. *Comput Human Behav*. 2021;114:106524. doi:10.1016/j.chb.2020.10652

Acerca de los autores de los capítulos

Este libro reúne autoras y autores formados en diferentes disciplinas y especialistas en distintos campos de los estudios de población como son: los derechos humanos, salud, proyecciones de población, políticas públicas, juventud, educación, vejez y envejecimiento, salud sexual y reproductiva, género, violencia, migración y etnicidad. Quienes, ante la crisis sanitaria generada por la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial, fueron convocados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México a escribir un ensayo científico en el que se reflexionara acerca de los impactos sociodemográficos y socioeconómicos del coronavirus en México, cuyos temas y grupos sociales de estudio estuvieran vinculados con alguno de los 11 apartados del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. A todas ellas y ellos nuestro más sincero agradecimiento por sus valiosas colaboraciones.

Rosario Cárdenas

Médica Cirujana, Maestra en Demografía por El Colegio de México y Doctora en Estudios de Población y Salud Internacional por la Universidad de Harvard. A la fecha se desempeña como profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana. Su interés de investigación está centrado en el análisis de las condiciones de vida de la población, las desigualdades sociales, el cumplimiento de los derechos, el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas. Sus publicaciones abordan, entre otros temas, transformaciones demográficas y su medición, caracterización de las condiciones de vida, determinantes de los procesos sociodemográficos, desigualdad social, estimaciones globales de los fenómenos que impactan la dinámica poblacional, evaluación de políticas públicas. Su participación en la formación de recursos humanos incluye, entre otras, las áreas de Medicina, Demografía, Población y Salud, Estudios de Población, Población y Desarrollo. Invitada permanente en el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) y en el Comité Técnico Especializado de Población y Dinámica Demográfica (CTEPDD). Integrante del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA) y del Comité Nacional para la Implementación y el Seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, ex presidenta de la Sociedad Mexicana de Demografía, Consejera Académica del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social y presidenta del Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población. Correo electrónico: cardenas.rsr@gmail.com

Manuel Ordorica Mellado

Actuario de la Facultad de Ciencias de la UNAM; maestro en demografía de El Colegio de México y doctor en Investigación de Operaciones en la UNAM. Realizó una especialidad en Análisis Demográfico en la Agencia de Cooperación Internacional de Japón. Fue jefe de Evaluación Demográfica en la Dirección General de Estadística y director de Estudios de Población en el CONAPO; consultor en Educación en Población en la UNESCO. Coordinó la Maestría en Demografía y el Doctorado en Estudios de Población en El Colegio

de México. Fue Director y Secretario General en el mismo Colegio. Formó parte del Consejo Editorial de la revista *Population* del INED en París. Ha sido miembro del Comité técnico para la Redistribución y para la Evaluación del Padrón Electoral en el INE. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores nivel III. En 1998 recibió el Premio Nacional de Demografía. Realizó una estancia sabática en el CentroGeo de Conacyt. Actualmente es profesor-investigador de El Colegio de México y trabaja en demografía matemática. En 2015 se publicó en la revista *Coyuntura Demográfica* el artículo: En Ciudad Juárez los hombres se mueren también y su esperanza de vida se reduce. En la misma revista, en 2018, se publicó el artículo: Estimaciones de la población de áreas pequeñas desde la Tierra como del Cielo. El caso de Tenosique. En 2016 se publicó su libro sobre los Grandes Problemas: Una mirada al futuro demográfico de México, editado por El Colegio de México y la UNAM. En 2017 Springer publicó el artículo: Estimación de la población de áreas pequeñas a través del Filtro de Kalman. Correo electrónico: mordori@colmex.mx

Andrea Bautista León

Doctora en Demografía Aplicada por la Universidad de Texas en San Antonio, Maestra en Población y Desarrollo por la FLACSO-México y Licenciada en Ciencias Políticas por la UNAM. Actualmente es encargada del departamento de Información e Investigación en Género en el Instituto Nacional de las Mujeres. Es Investigadora Nacional Nivel I y su trabajo se especializa en Procesos de Integración de Poblaciones Migrantes, Transiciones Escuela-Trabajo, Juventudes y Movilidad Social. Ha sido consultora para la GIZ-México y la Organización Internacional del Trabajo. Entre sus publicaciones más recientes destacan los artículos “Youth Education and Employment in Mexico City: A Mixed- Methods Analysis” en la revista *The American Academy of Political and Social Science* (en co-autoría con Gabriela Sánchez-Soto) e “Implicaciones de la migración internacional sobre la educación en una comunidad del Occidente de México” en la revista *Jóvenes del IMJUVE* (en co-autoría con Enrique Martínez) ambos en 2020. Durante 2019 co-coordinó el libro “Jóvenes y Migraciones” editado por Gedisa (con Norma Baca y Ariel Mojica) y el cuaderno “Migración de Retorno y Derechos Sociales: Barreras a la Integración” editado por El Colegio de México y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (con Silvia Giorguli y Edgar Corzo). Correo electrónico: andrea.btst@gmail.com

Gabriela Sánchez-Soto

Doctora y Maestra en Sociología por la Universidad de Brown con especialidad en Estudios de Población, y Licenciada en Relaciones Internacionales por El Colegio de San Luis. Actualmente es Analista de Investigación en el Houston Education Research Consortium de la Universidad de Rice en Houston, Texas. Sus líneas de investigación exploran el impacto de la migración en el estatus socioeconómico de los migrantes y sus familias, el papel de la migración internacional en la educación de los jóvenes en México, y los efectos de la migración en la formación familiar. Más recientemente ha explorado los determinantes de la educación universitaria entre los hijos de migrantes mexicanos y la desigualdad en el acceso a la educación universitaria en Estados Unidos. Algunas de sus publicaciones recientes incluyen “The Incorporation of Young Mexican Immigrants in the U.S. Recent Patterns and Challenges for the Future.” en *Los Dreamers* ante un escenario de cambio legislativo: inserción social, cultural y económica en México (coordinado por Rodolfo Cruz Piñero, Eunice Vargas Valle, Alberto Hernández Hernández y Ana María López Jaramillo); “Youth Education and Employment in Mexico City: A Mixed Methods Analysis” (en coautoría con Andrea Bautista León) en *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*; y “Afro-descendants and Social Stratification in Mexico. New Evidence from the 2015 Intercensal Survey in Mexico” (en coautoría con Eduardo Torre Cantalapiedra) en *Papeles de Población*. Correo electrónico: gabriela.sanchez.soto@rice.edu

Verónica Montes de Oca

Socióloga, maestra en Demografía y doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Población por el CEDUA de El Colegio de México (2001). Es Investigadora Titular en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) desde hace 25 años. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III. Desde el 2012 fue designada por la máxima autoridad universitaria coordinadora del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez de la UNAM, donde desarrolla actividades académicas y culturales con más de 30 dependencias universitarias. Sus temas de interés son: derechos humanos en personas mayores, redes de apoyo social, hogares y familias, impacto de la migración en el fenómeno del envejecimiento en México y los Estados Unidos con una perspectiva transnacional. Es autora y coordinadora de varios libros: *Redes comunitarias, género y envejecimiento* (2003); *Migración, redes transnacionales y envejecimiento* (2006); *Historias detenidas en el tiempo. El fenómeno migratorio desde la mirada de la vejez* (2008); *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques interdisciplinarios en investigación y docencia* (2013), *Vejez, salud y sociedad* (2014), *Población y envejecimiento. Pasado, presente y futuro en la investigación sociodemográfica* (2017) y *Desafíos de la vejez: salud, empleo y población* (2019). También ha publicado un centenar de artículos y capítulos a nivel nacional e internacional sobre el proceso de envejecimiento demográfico en la región de América Latina y el Caribe, estudios gerontológicos, redes sociales y sistemas de protección social. Correo electrónico: vmoiiis@gmail.com

Telésforo Ramírez García

Doctor en estudios de población por El Colegio de México (Colmex), maestro en demografía por El Colegio de la Frontera Norte (El Colef), y licenciado en economía agrícola por la Universidad Autónoma de Chapingo (UACH). A lo largo de su trayectoria laboral se ha desempeñado como profesor en distintas universidades y centros de investigación superior. Entre 2011 y 2013 fue Director del Área de Estudios Socioeconómicos y Migración Internacional del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Conacyt. Sus temas de investigación giran en torno de la migración internacional, mercados laborales y envejecimiento demográfico. Es autor y coordinador de varios libros, entre ellos: “El precio de un sueño. Trayectorias de vida y de trabajo de mujeres esposas de migrantes” y “El estado de la migración. México frente a los recientes desafíos de la migración internacional”. También ha publicado diversos artículos y capítulos de libro a nivel nacional e internacional. Actualmente se desempeña como Catedrático del Conacyt en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM. Correo electrónico: telex33@gmail.com

Nathaly Llanes Díaz

Profesora-investigadora en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA) de El Colegio de México desde el año 2019. En 2016 realizó una estancia posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios Regionales por el Colegio de la Frontera Norte, Maestra en Población y Desarrollo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, y licenciada en Antropología por la Universidad de los Andes en Bogotá, Colombia. Trabajó en el Instituto Nacional de Pediatría, como catedrática del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, en investigación sobre adolescencia y salud del 2016 al 2019. Su trabajo de investigación conjuga metodologías cualitativas y cuantitativas para abordar las prácticas sexuales y reproductivas, junto con los proyectos de conformación familiar, particularmente de los y las jóvenes, desde una perspectiva de género e interseccionalidad. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Correo electrónico: nllanes@colmex.mx

Irene Casique Rodríguez

Investigadora titular en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México desde 1999 e integrante del Sistema Nacional de Investigadores desde 2001. Cursó la licenciatura en Sociología en la Universidad Católica Andrés Bello, en Caracas, la maestría en Demografía en el Colegio de México y obtuvo su doctorado en Sociología en la Universidad de Texas en Austin. Realiza investigaciones sobre temas de género, empoderamiento de las mujeres, dinámica familiar, salud reproductiva y violencia de género. Su principal línea de investigación es el empoderamiento de la mujer mexicana y la relación de este proceso con el bienestar de la mujer y la familia. Algunas de sus publicaciones son *Power, Autonomy and Division of Labor in Mexican Dual-earner Families* (2001), *Poder y Autonomía de la Mujer Mexicana. Algunos Determinantes* (2004), *Estudios sobre Cultura, Género y Violencia contra las Mujeres* (coeditado con Roberto Castro, 2008), *Violencia en el Noviazgo entre los jóvenes mexicanos* (2010, coautoría con Roberto Castro), *Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011* (2012, co-coordinado con Roberto Castro) y *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos* (2013, co-coordinado con Carolina Agoff y Roberto Castro). Sus libros más recientes son *Apuesta por el Empoderamiento adolescente* (2018) y *Nuevas rutas y evidencias en el estudio de la violencia y la sexualidad de adolescentes* (Coord., 2019). Correo electrónico: irene@crim.unam.mx

Sonia M. Frías

Doctora en Sociología por la Universidad de Texas en Austin e investigadora del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM. Sus trabajos de investigación se centran en las violencias de género en contra de las mujeres, desigualdades de género y victimización de niños/as y adolescentes. Coordinó el primer Diagnóstico Nacional sobre Violencias de Género en contra de Mujeres y Niñas Indígenas financiado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, y ha participado en distintos proyectos sobre cultura institucional y desigualdades de género en diversas dependencias de la administración pública federal. Es autora de diversas publicaciones nacionales e internacionales. Se encuentra en estos momentos trabajando en el tema del acoso y hostigamiento sexual en el empleo y universidades, la búsqueda de ayuda de las mujeres que padecen violencia de pareja así como y la responsabilidad del Estado mexicano de garantizar a las mujeres una vida libre de violencia de género. Correo electrónico: sfrias@crim.unam.mx

Manuel Ángel Castillo G.

Profesor-Investigador de tiempo completo del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA); Miembro del Cuerpo Académico sobre Migración; Director de la revista *Estudios Demográficos y Urbanos* y Coordinador de Publicaciones del CEDUA; El Colegio de México. Investigador Nacional del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), Nivel 3. Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias, de la Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE), de la Asociación Latinoamericana de Población, de la Latin American Studies Association (LASA), del Patronato de Sin Fronteras, I.A.P. México, y del Consejo Consultivo del Instituto Centroamericano de Estudios Sociales y del Desarrollo (INCEDES), Guatemala. Líneas de investigación: La inmigración en México; las migraciones centroamericanas: tendencias, impactos y perspectivas; las fronteras y su dimensión sociopolítica; migración y violencia en Centroamérica; políticas migratorias en la región de Norte América y Centroamérica; discriminación, xenofobia y racismo en contextos migratorios; migración y seguridad. Correo electrónico: castillo@colmex.mx

Adrián Guillermo Aguilar M.

Licenciado y Maestro en Geografía, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Su grado de doctor en Geografía Urbana lo obtiene en 1986 en el departamento de Geografía, de University College, Universidad de Londres, Reino Unido. Desde 2001 es Investigador Titular “C” de tiempo completo en el Instituto de Geografía de la UNAM, del cual fue director en el periodo 2004-2008. Es Investigador Nacional nivel III del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Ha sido Tinker Visiting Professor y visiting scholar en el Institute of Latin American Studies, y el Department of Geography, The University of Texas at Austin, USA, 2000-2001. Y fue SPLINT Visiting Fellow en una estancia de investigación en el Department of Geography de University College, Universidad de Londres en 2009. Su línea de investigación está centrada primordialmente en el campo de la Geografía Urbana-Regional, particularmente sobre los diversos aspectos del proceso urbano en ciudades mexicanas, y en las modalidades y efectos del desarrollo metropolitano; particularmente expansión urbana y deterioro ambiental, y pobreza urbana y asentamientos irregulares. Es autor de 164 publicaciones originales nacionales e internacionales entre artículos, libros y capítulos de libros. Muchos de ellos están en las más prestigiadas revistas de la especialidad. Ha recibido importantes financiamientos del extranjero y también nacionales y tiene antecedentes de colaboración interinstitucional con entidades académicas y del sector público en el área de su especialidad. Actualmente es profesor de los Posgrados en Geografía y Urbanismo de la UNAM. Correo electrónico: adrianguillermo1@gmail.com

Armando García de León Loza

Ingeniero Químico Metalúrgico por la UNAM. Maestría en Planeación y Candidato a Doctor, en el Posgrado de Geografía-UNAM. Ejecutivo Senior en el Área de Estudios Sociales dentro del Departamento de Estudios Económicos y Sociales de BANAMEX. Técnico Académico Titular en el Instituto de Geografía, adscrito al Departamento de Geografía Económica desde 1995. En esta misma entidad académica fungió como Secretario Técnico de Vinculación. Se especializa en aplicación de métodos estadísticos para la clasificación multivariada de unidades territoriales, en el ámbito de análisis regionales con enfoque al ordenamiento territorial. Es autor y coautor de 3 libros, 27 capítulos de libro, 29 artículos de investigación, y 9 informes técnicos. Ha participado como ponente en numerosos eventos académicos, tanto dirigidos a pares académicos como conferencias y charlas de difusión dentro del campo de la Geografía. Es Profesor de Asignatura en el Colegio de Geografía-UNAM, impartiendo asignaturas de licenciatura y posgrado. Ha impartido más de 30 cursos de capacitación en seis países. Obtuvo la presea “Gabino Barreda” a la mejor tesis de Maestría de la UNAM, en 1988. Correo electrónico: armandox@igg.unam.mx

Josefina Hernández Lozano

Licenciada en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene cursos de especialización en Sistemas de Información Geográfica por la Universidad de Alcalá de Henares España, y de Estadística por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Es académico en el Laboratorio de Análisis Geoespacial, del Instituto de Geografía-UNAM, en donde ha participado en diversos proyectos de investigación. Sus áreas de interés son pobreza urbana, crecimiento urbano y movilidad cotidiana. Correo electrónico: mjose.hdez@gmail.com

Germán Vázquez Sandrin

Doctor en Estudios de las sociedades latinoamericanas, especialidad en Demografía, por la Universidad de la Nueva Sorbona (Paris III) en Paris, Francia. Maestro en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)-México y Licenciado en Sociología por la UNAM, ENEP Acatlán. Actualmente es profesor investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y coordinador de la Red Mexicana de Estudios sobre Poblaciones Indígenas desde su fundación en 2007. De 1995 a 1997 trabajó en la Dirección de organización y capacitación social del Instituto Nacional Indigenista (INI) en oficinas centrales. Desde 1996 investiga activamente diferentes temáticas sociodemográficas sobre y con las poblaciones indígenas de México. Su más reciente libro se titula Diagnóstico participativo de las poblaciones indígenas del estado de Hidalgo. Hacia la conformación de un Programa Estatal de Población Indígena del 2018, publicado por la UAEH. Correo electrónico: gevazquez@uaeh.edu.mx

Felipe de Jesús Cenobio García

Indígena, perteneciente al grupo étnico Mixteco. Doctor en estudios de población por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo UAEH. Maestro en Estudios de Población (UAEH). Licenciado en Trabajo Social (UAEH). Actualmente se desempeña en actividades de investigación, colaborando con el Líder Clínico Estatal covid-19 en Hidalgo, en el área técnica de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Subdirección General de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Sus líneas de investigación son la fecundidad adolescente, la población indígena, la mortalidad por COVID-19 y el consumo de drogas. Correo electrónico: felipecenobio@gmail.com

mexico.unfpa.org



UNFPA México



@UNFPAMexico



@unfamexico



unfamexico