

Covid-19 en una familia en situación de calle¹

Covid-19 in a homeless family

ALÍ RUIZ CORONEL

Resumen: El objetivo de esta investigación es averiguar si, contrariamente a lo que se afirma, las personas en situación de calle se han contagiado de Covid-19. Se postularon dos hipótesis: que sí ha habido contagios, pero no se han registrado; que la exclusión social garantiza el distanciamiento e inhibe los contagios. La metodología empleada consistió en: 1) la sistematización de información obtenida de la prensa y de las organizaciones de la sociedad civil; 2) investigación etnográfica de una unidad familiar callejera; 3) obtención de pruebas biomédicas de sus seis integrantes. Se encontró un caso sospechoso, tres positivos y dos negativos.

Palabras clave: Covid-19, personas en situación de calle, antropología médica, unidad familiar, Ciudad de México.

Abstract: This investigation aims to find out whether, despite what is commonly claimed, homeless people have been infected with Covid-19. Two hypotheses were stated: that there have been positive cases, but they have not been registered; that social exclusion guarantees distancing and inhibits contagion. The methodology used consisted of 1) the analysis of information obtained from the press and NGO's; 2) the ethnographic research of a homeless family unit; 3) biomedical tests of its six members. There were one suspicious, three positive and two negative cases of Covid-19.

Keywords: Covid-19, homeless people, medical anthropology, family unit, Mexico City.

1 El presente trabajo fue elegido por la comisión evaluadora como ganador del concurso de artículo de investigación "La pandemia de Covid-19 en México: causas, consecuencias y significados sociales", promovido por la *Revista Mexicana de Sociología*. La ceremonia de premiación fue el 8 de junio de 2021.

INTRODUCCIÓN

El Gokú

El Alien: “Pues llegó así, muy acá, muy sácale punta, tirando karatazos a diestra y siniestra, por eso le pusimos El Gokú. Los callejeros somos así, somos como perros de pelea. ¿Has visto cómo los entrenan? Yo tenía unos vecinos que se dedicaban a pelear perros allá en Neza. Tenían puros pitbull. Ellos los criaban. Desde que eran cachorritos los amarraban al poste y les pegaban con palos, con cables, les echaban agua con hielos. Los ponían a pelear entre ellos. Los criaban para odiar. Siempre estaban amarrados, aunque lloviera, aunque hiciera frío o sol, siempre amarrados. Para que les crezca el coraje y cuando se vean sueltos nomás quieran desquitar su rabia con el que se les ponga enfrente. Así somos los callejeros. Y así era El Gokú. De niño se escapó de su casa porque ya no aguantó más las palizas. Estaba bien trabado y les cortaba las mangas a las playeras, para que se le vieran los conejotes grandes de sus brazos. También se le veían las cicatrices porque su padrastro lo amarraba y lo quemaba, igual, desde cachorrito.”

La Rosa: “Yo con él conocí el amor a primera vista. A mí siempre me han gustado los chavillos jóvenes. Y él estaba bien bonito. Bien güero. Se paraba los pelos con limón y se hacía unos como piquitos, por eso le decían El Gokú. Yo no era de calle, era de casa, bueno, todavía soy de casa, lo que pasa que a veces me quedo en la calle, como ahorita, que me la seguí desde que esto pasó. Pero cuando lo conocí nunca me había dormido en la calle, fue con él que empecé a quedarme en el Metro, en el parque, donde él se quedara yo me quedaba con él, para que no se quedara con nadie más. Luego luego me quedé embarazada. Y nos anexamos porque dizque íbamos a cambiar de vida. Pero él se escapó casi llegando. No aguantaba estar encerrado. Yo sí me quedé hasta que nació la niña, luego se la fui a dejar a mi mamá y me volví a salir con él. Y así estuvimos cinco años: juntos, peleados, juntos, peleados. Cuando nos enojábamos me regresaba con mi mamá y mi hija, me portaba bien, vendía con ella en su puesto. Pero nomás era que él me buscara y me regresaba a la vida loca. Tengo como dos vidas, soy dos yo por así decirlo: Rosa de la calle y Rosa de casa.”

La muerte del Gokú

La Rosa: “Pues estábamos peleados y yo estaba en casa de mi mamá cuando llegó El Alien a buscarme. Se me hizo raro porque sabe que mi mamá les echa a la policía. Entonces pensé que algo grueso tenía que estar pasando para se diera el valor. Y sí, me dijo que El Gokú estaba malo. Pensé que se había peleado, como siempre, pero me dijo no, ahora sí está bien malo. Que agarro y que me salgo. Y cuando llegamos, por ésta que no lo conocía. Estaba como morado, como delirando. Había sudado por la calentura y se había revolcado en la tierra por las ansias de que le faltaba el aire, tenía como costras de lodo en la cara. Me impactó mucho verlo así sin vanidad, moribundo, asfixiándose. Tratando de decir no sé qué que no entendimos. No sabía qué hacer, por eso le hablé a su mamá, no sé para qué le hablé. Él no me hubiera dejado que le hablara. ¿Sabes qué me dijo? ‘Se va a morir aquí o allá’, fue todo lo que dijo y me colgó. Y sí así fue, se murió. Aquí en la tierra del bajo puente.”

El Alien: “Pues yo era de los que no creía en el corona. Yo era de los que decían que eso era mentira y que aun si fuera cierto, no nos iba a pasar nada porque la calle nos ha impuesto. Cuando El Gokú dijo que se sentía mal nos pusimos a cotorrear con él. Que a quién le iba a heredar a La Rosa. Que la mona es antibacterial. Pura guasa. Pero ya luego se puso más peor. No podía respirar. Ya que lo vimos mal, también a nosotros se nos asfixió la risa. Empezó a sudar y a sudar. Y ahí fue donde dije: sí es verdad. Como que le entendí que pidió por La Rosa. Yo te la traigo, carnalito. ¿Cómo le iba a negar su última voluntad? Llamamos a varias ambulancias pero ninguna llegó, siempre ha habido esa dificultad, que no levantan a chavos de la calle. Hasta que se murió entonces sí se lo llevaron. La Rosa se movió para conseguir un familiar que recibiera sus cenizas, porque para que te las den hay que ser de sangre. Que fue de neumonía, le dijeron, pero no nos la creemos. Por eso nos entró la espinita de hacernos la prueba, pero ¿cómo le hacemos?”

ANTECEDENTES

El coronavirus

El 7 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó al agente causante de una neumonía con etiología hasta entonces desconocida. Se trataba de un coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo, por lo que se le denominó SARS-CoV-2 (Zhu *et al.*, 2020). El 11 de marzo, el Covid-19 fue declarado como una pandemia. Muy pronto se supo que se puede transmitir a través del contacto directo con una persona infectada o con su saliva (Kai-Wang *et al.*, 2020), así como a través de superficies y fómites contaminados, en los cuales el virus puede durar activo hasta nueve días (Kampf *et al.*, 2020). Al 28 de febrero de 2021, se han cuantificado 114 510 976 casos positivos de contagio y 2 541 153 fallecimientos por Covid-19 en el mundo (WHO, 2021).

En el caso particular del Covid-19, la letalidad está asociada con la edad, el sexo, las comorbilidades y el acceso a los servicios de salud. En cuanto a la edad, el índice de letalidad desciende a 0.32% para personas menores de 60 años y asciende a 6.4% para quienes tienen 70 años de edad o más, llegando a un índice de 13.4% en los mayores de 80 años (Verity *et al.*, 2020). Respecto al sexo, es mayor el número de hombres que se han contagiado y muerto (Wenham, Smith y Morgan, 2020). Sin importar la edad ni el sexo, las personas que padecen hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular, del riñón, pulmón o hígado, VIH, quienes fuman o han recibido trasplantes, tienen mayor propensión a contagiarse de Covid-19, a desarrollar síntomas graves y a morir como consecuencia de esto (Sanyaolu *et al.*, 2020).

Los casos críticos son los menos. De acuerdo con el reporte de la Misión Covid-19 de la Organización Mundial de la Salud, 80% de los 55 924 casos confirmados de Covid-19 mediante una prueba de laboratorio en China presentaron síntomas de leves a moderados. El 13.8% fueron casos severos y solamente 6.1% fueron casos críticos (WHO, 2020). Hasta ahora, se estima que entre cinco y 10 personas de cada 1 000 morirán por Covid-19 (Verity *et al.*, 2020) y que cuatro de cada cinco personas contagiadas son asintomáticas (Day, 2020a, 2020b; Pan *et al.*, 2020) o presentan los síntomas de un resfriado común: ardor en la garganta, fatiga, tos seca, mialgia, dolor de cabeza y fiebre. Algunas personas también presentan vómito, hemoptisis,

diarrea, disnea, producción de esputo y linfocitopenia. Solamente en los casos severos, el Covid-19 provoca edema pulmonar, insuficiencia orgánica, neumonía grave, choque séptico y síndrome de dificultad respiratoria aguda (Huang *et al.*, 2020).

El coronavirus en la Ciudad de México

En México, el paciente cero de Covid-19 se registró el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México y el primer fallecimiento aconteció el 18 de marzo de 2020 (Suárez *et al.*, 2020). El 24 de marzo de 2020 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria” (ss, 2020a), y el “Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-Co-V2” (ss, 2020b). Hasta el 28 de febrero de 2021, la Secretaría de Salud reportó 2 086 938 casos positivos confirmados y 185 715 defunciones por Covid-19 en todo el país (ss, 2021b). De estos, 556 135 y 35 273 respectivamente han tenido lugar en la Ciudad de México. Es decir, 26.6% de contagios y 18.9% de muertes de todo el país han sucedido en la capital.

Robert Verity *et al.* (2020) sostienen que hay tres principales rutas para combatir una enfermedad infecciosa. Primero, controlar la fuente de la infección; segundo, cortar las vías de su transmisión; tercero, proteger a la población susceptible. El gobierno mexicano emprendió acciones en los tres sentidos. Para controlar la fuente, promovió la detección oportuna de casos positivos ofreciendo pruebas de detección gratuitas y exhortó a la reconversión hospitalaria (ss, 2020c). Para cortar las vías de transmisión, se implantó la Jornada Nacional de Sana Distancia (ss, 2020b). Y para proteger a la población susceptible, el 11 de enero de 2021 dio inicio la *Política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la Covid-19 en México* (ss, 2021a).

Reconversión hospitalaria

Exhortar a la reconversión hospitalaria significa solicitar que las unidades médicas modifiquen su funcionamiento regular, para garantizar la atención en aislamiento de pacientes con sospecha o diagnóstico positivo confirmado de Covid-19 (ss, 2020c). Hasta mayo de 2020, 610 hospitales notificaron su reconversión, sumando entre todos 11 634 camas disponibles. Informalmente se les ha denominado “Hospitales Covid”; 71 de ellos se encuentran en la Ciudad de México, que se ha mantenido permanentemente como el estado con mayor ocupación de camas. Desde el 15 de enero de 2020 se reportó que había apenas 13% de disponibilidad. Por lo tanto, a pesar de que era posible llamar al 911 o a Locatel, o consultar la página <<https://hospitales.covid19.cdmx.gob.mx>> para conocer la disponibilidad de los hospitales, en la práctica resultaba complicado ingresar a un paciente.

En la Ciudad de México se implantó un sistema de clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles, lo que se conoce como un *triage*. Hay 200 puntos disgregados en la ciudad en los que éste se lleva a cabo. En todos estos lugares, la persona es valorada por medio de un tamizaje. Si se considera necesario, se le realiza una prueba de antígeno. Cuando el resultado de la prueba es positivo y los síntomas son leves, se canaliza a una clínica primaria. Si el caso se considera grave o moderado con comorbilidades, se le canaliza a una unidad temporal Covid o a un hospital Covid. Los requisitos para recibir este servicio son una identificación oficial que incluya la Clave Única de Registro Poblacional (CURP) y un comprobante de domicilio que indique residencia en la misma alcaldía en la que se ubica el punto seleccionado.

La Jornada Nacional de Sana Distancia

La Jornada Nacional de Sana Distancia consiste en un conjunto de medidas comunitarias preventivas que tienen como objetivo mitigar la transmisión poblacional del virus SARS-CoV-2, disminuyendo los contagios de persona a persona por medio del “distanciamiento social”. El virus se contagia de persona a persona a través de la saliva que se emite al estornudar o toser, incluso por medio de las gotas minúsculas que se emiten al respirar, que pueden viajar hasta metro y medio (Kai-Wang *et al.*, 2020). Por esta misma

razón se ha hecho obligatorio el uso de cubrebocas y se exhorta al uso de lentes y caretas.

Las medidas preventivas que conforman la Jornada son: 1) evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y lugares concurridos; 2) suspender las actividades escolares presenciales en todos los niveles; 3) suspender las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas; 4) suspender los eventos masivos y las reuniones de más de 100 personas; 5) cumplir las medidas básicas de higiene (lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo, y saludar evitando el contacto físico).

La Jornada Nacional de Sana Distancia dio inicio en marzo de 2020. A partir del día 23 se cancelaron las clases en todos los niveles y se llevó a cabo un cierre parcial de la frontera con Estados Unidos. El día 22 cerraron bares, cines y zoológicos, se suspendieron las ceremonias religiosas y se prohibieron reuniones de más de 50 personas. El día 26 se suspendieron las actividades del gobierno federal y el día 30 se declaró una emergencia sanitaria que se afrontaría a través de las siguientes medidas: 1) suspensión de actividades no esenciales del 30 de marzo al 30 de abril; 2) exhorto a toda la población a un resguardo domiciliario voluntario del 30 de marzo al 30 de abril. El primero de junio de 2020 se dio por concluida la emergencia y se transitó al periodo de Nueva Normalidad (ss, 2020a).

Plan nacional de vacunación

La campaña de vacunación tiene por objetivo inmunizar como mínimo a 70% de la población en México para lograr la inmunidad de rebaño contra el virus SARS-CoV-2. Ese 70% se conseguirá vacunando al 100% del personal de salud que atiende pacientes con Covid-19 y a 95% de la población mayor a 16 años. El gobierno mexicano se adhirió a la iniciativa de colaboración mundial denominada Covax, que tiene por objetivo acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas y garantizar un acceso justo y equitativo a ellas para todos los países del mundo. La estrategia consiste en la compra centralizada a diversas compañías para intentar asegurar una distribución global equitativa de las vacunas en al menos 20% de la población en cada país.

Además de los 25.8 millones de dosis aseguradas por la iniciativa Covax, México recibirá por negociación directa dosis para inmunizar a 83 millones de personas en un máximo de 18 meses. Los grupos priorizados en orden de prelación son: 1) personal sanitario que enfrenta Covid-19; 2) personas adultas mayores de 60 años en adelante; 3) personas con comorbilidad o comorbilidades; 4) personal docente de las entidades federativas en semáforo epidemiológico verde; 4) resto de la población mayor de 16 años. La estrategia de vacunación de personas adultas mayores se rige por el enfoque de mayor vulnerabilidad territorial, por lo que inició con la población que reside en zonas rurales dispersas y progresivamente continuará hasta llegar a áreas metropolitanas (ss, 2021a).

En la Ciudad de México el registro de las personas que desean recibir la vacuna se lleva a cabo por medio de la página <<https://vacunacion.cdmx.gob.mx>> o llamando a Locatel. Los requisitos son la CURP y un comprobante de domicilio, ya que la fecha se asigna por edad, alcaldía de residencia y apellido paterno. Posteriormente al registro, la persona recibe una llamada o mensaje de texto en el que se le notifican la fecha, el lugar y el horario de vacunación. Al llegar al lugar asignado, la persona ingresa, confirma su turno, pasa por un filtro sanitario, por un triage respiratorio, llega a la mesa de registro, donde debe entregar su identificación oficial y comprobante de domicilio, es vacunada, permanece en observación dentro de las instalaciones por 30 minutos, y se retira.

HABITANDO LAS CALLES VACÍAS

La sociedad civil

Gonzalo: “‘Quédate en casa.’ ¿Y si no tienes casa? ‘Evita los lugares públicos.’ ¿Y si vives en el espacio público? La estrategia gubernamental para enfrentar la pandemia tiene como dos grandes áreas de acción la prevención y la atención. Para la prevención, lo más importante era poder mantener la higiene personal, permanecer en casa y mantener la sana distancia. Evidentemente, eso supone que tienes una casa en la que te puedes quedar y que esa casa cuenta con servicios básicos, como agua para lavarte las manos y bañarte. Si vives en la calle, automáticamente se anula la posibilidad

de quedarte en casa y la de mantener la higiene. Lo tercero, lo de la sana distancia, ha sido muy paradójico.

“Por un lado, la gente ve a las personas en situación de calle como focos de infección, y les rehúye. Entonces, han cumplido muy estrictamente con la recomendación de mantener la distancia porque no han tenido opción. Pero por el otro lado, las dificultades que han tenido que enfrentar les han unido. Vivir en la calle de por sí es muy difícil, hay muchos riesgos, muchas carencias, muchas violencias, y ahora en la pandemia ha sido peor. Entonces, para protegerse y para compartir comida, cobijas, etcétera, pues se han unido física y emocionalmente. Entonces, la distancia se ha acortado entre quienes viven en la calle y se ha ampliado con quienes no viven en la calle.

“Ahora, en cuanto a la atención a personas contagiadas o con síntomas, pues lo primero es poder reconocerlos, o sea, saber de qué va esta enfermedad y la mayor parte de la gente que vive en la calle no lo sabe. La información se ha difundido a través de medios de comunicación masiva. Entonces, si no tienes teléfono, computadora con Internet, pues no te enteras o te enteras mal. Ahora, suponiendo que te sientes mal o que sospechas que podrías tener Covid y vas a uno de los quioscos para la prueba, necesitas una identificación oficial con CURP y un comprobante de domicilio; otra vez, si vives en la calle, no tienes domicilio fijo, no tienes comprobante, no tienes CURP y no tienes identificación oficial porque para tramitar el INE también necesitas un comprobante de domicilio. Lo mismo sucede con la vacuna, el registro es por teléfono o por la página, y la fecha de vacunación se asigna con base en el criterio de edad y de domicilio. Entonces, volvemos a lo mismo: si no tienes domicilio no tienes vacuna.

“Además de los requisitos de los documentos, hay un problema todavía más difícil de solucionar, que es el de la discriminación del personal médico hacia las personas en situación de calle. En todos los informes sobre los derechos humanos de esta población se ha denunciado este problema [CDHDF, 2014; PDHDF, 2016; CNDH/El Caracol, 2019]; hay tesis al respecto [Brito, 2016] e incluso la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHDF] emitió la recomendación 14/2018 a la Secretaría de Salud por negar servicios de salud a personas en situación de calle.

“Muy de la mano con esto se encuentra la discriminación asociada con la asignación de los recursos. Si hay sólo una cama con respirador disponible y cinco personas que la necesitan con la misma urgencia, la persona

en situación de calle es automáticamente colocada en el último lugar en la prioridad de asignación. Se pueden esgrimir miles de argumentos médicos o administrativos para ello, pero en muchas ocasiones simplemente son prejuicios personales disfrazados de argumentos. Son como justificaciones a una convicción previa de que los ‘indigentes’ —con comillas— no aportan nada a la sociedad, y ya que su existencia es irrelevante, si hay que escoger entre salvar la vida de un ‘indigente’ o la de otra persona, pues no hay dilema, la de la otra persona es primero. Es muy fuerte esto, es como asumir que ya están muertos socialmente y que, por lo tanto, si mueren biológicamente sólo se consolida ese estado de inexistencia.

“Entonces, es perfectamente entendible que las personas en situación de calle eviten a toda costa ir al médico. Todos tratamos de evitar experiencias frustrantes y denigrantes. Lo mismo pasa con los albergues. Quienes ya llevan muchos años en la calle no van. Para la cuarentena, el Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias [IAPP], que es el ente responsable de coordinar las acciones del ‘Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas que Viven en Situación de Calle’ [GCDMX, 2020], convirtió todas sus instalaciones a la modalidad residencial a puerta cerrada para evitar que la gente salga, se contagie, regrese y contagie a quienes viven en las instalaciones. En los Centros de Asistencia e Integración Social [CAI] viven poco más de 2 000 personas.

“Además, se abrieron dos albergues emergentes, uno en el Deportivo Reynosa, con capacidad para alojar a 125 hombres y otro en Villa Mujeres, con cupo para 45 mujeres. Más los 100 lugares en el Centro de Valoración y Canalización y 600 en el albergue transitorio que se llama Techo, son 870 en total. Según los últimos datos oficiales, hay al menos 6 450 personas en situación de calle en la Ciudad de México [Iasis, 2017]. Entonces, ya de inicio, era mayor la demanda que la oferta. Pero además era muy predecible que la pandemia iba a expulsar a más personas a la calle, y así pasó. Nosotros detectamos muchas nuevas personas viviendo en la calle. Lo más común fueron las personas que perdieron su empleo y no pudieron pagar la renta, pero hubo quienes huyeron a la calle escapando de situaciones de violencia doméstica exacerbada por la pandemia, o incluso gente que fue abandonada por estar contagiada.

“Esos casos forman parte de la población que nosotros denominamos ‘en riesgo de calle’. Nosotros los incluimos en nuestra población objetivo,

porque la experiencia nos ha enseñado que cuando la persona ya está en calle, la intervención es mucho más complicada y menos eficiente; por eso le apostamos mucho a la prevención. Ya habíamos logrado convencer a las autoridades de esto; de hecho, el protocolo de 2016 estaba dirigido a ‘personas en riesgo de calle e integrantes de las poblaciones callejeras’ [GCDMX, 2016]. Pero en el protocolo de 2020 [GCDMX, 2020] se quitó lo de personas en riesgo. ¿Cuál fue el resultado? Pues que la pandemia rompió las cuerdas débiles que las sostenían en casa y la falta de políticas públicas de prevención dejó la puerta a la calle abierta, por así decirlo. Sabíamos que la situación iba a ser muy complicada en la calle, por eso decidimos seguir trabajando.

“Cuando comenzó la cuarentena, discutimos como equipo qué hacer. No nos pareció ético suspender actividades. Extremamos cuidados, respetamos a los miembros del equipo que quisieron trabajar desde casa y compensamos el trabajo en campo con voluntarios que se sumaron. Así logramos mantener las actividades. Del equipo hasta ahorita nadie se ha contagiado y, en cambio, sí hemos sido muy útiles. Aquí se vienen a bañar, a lavar la ropa, a comer. Pero además diseñamos material para explicar qué es el coronavirus, los síntomas, qué hacer. Damos contención psicológica ante tanto estrés, y somos un punto de referencia a donde pueden acudir para que nosotros los canalicemos y acompañemos en caso de que se requiera. Estuvimos ahí en situaciones críticas, como cuando les incendiaron su casita y cuando falleció Gokú.”

La banda

Sánchez: “Yo odio al corona. Yo ya tenía un poquito más de un año que ya no estaba en la calle. Trabajaba, rentaba un cuarto, ya hasta tenía chava, pero ya no me habla. Yo nunca pensé que lo pudiera lograr, que pudiera ser feliz. Yo me salí de mi casa a los siete años, por un tema de abuso sexual. Y de ahí pasé por todo, por el DIF, por organizaciones, anexos, todo. Hasta que un día me aventé al Metro. Saliendo del hospital me mandaron al psiquiátrico y eso me hizo un paro porque me atendieron la depresión con medicamentos. De ahí me canalizaron a Ednica y dije: Voy a echarle ganas. Y sí me apliqué y de ahí salió lo de la chamba. Pero cuando cerraron los restaurantes por el corona, me despidieron y de ahí empezó todo de nueva

cuenta. Vendí dulces, pero no había gente en la calle. No junté para los medicamentos ni para la renta. ¿A dónde me iba? Pues a la calle otra vez. La banda es familia, te reciben bien. Pero regresas a lo mismo. Otra vez al frío, otra vez al desprecio de la gente. Lo vimos con El Gokú, nadie que tire paro. A mí lo del Gokú me tiró pa'bajo. Me agarró la depresión machín. Fue mi idea recurrir a Ednica.”

EL ESTUDIO: EL COVID-19 EN UN NÚCLEO FAMILIAR DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

El problema

La falta de acceso a los servicios públicos de salud; la incapacidad de dormir ocho horas diarias continuas y alcanzar un sueño profundo; la mala nutrición; el padecimiento de infecciones asociadas con la falta de higiene; la desatención de padecimientos psiquiátricos; el consumo problemático de sustancias; la exposición continua a la intemperie, entre otros factores, provocan un daño en la salud que puede propiciar discapacidad física y/o mental, e incluso una muerte prematura (Ruiz, 2018).

Con base en la epidemiología descriptiva de los casos positivos, se definió que las personas más vulnerables a contraer el virus SARS-CoV-2, padecer y tener un peor desenlace a causa del Covid-19 son, por un lado, aquellas que tienen un sistema inmune debilitado debido al padecimiento de enfermedades crónicas; por otro, las personas adultas mayores. Según el último Censo (Iasis,; 2017), 82.66% de las personas en situación de calle en la Ciudad de México son hombres con una edad entre 18 y 60 años. Sólo 3.74% de la población de calle son personas adultas mayores. Las comorbilidades detectadas en el censo son exclusivamente las asociadas al consumo problemático de sustancias. En estos términos, las personas en situación de calle no son una población vulnerable. Sin embargo, investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la antropología médica han llegado a otras conclusiones.

El síndrome de fragilidad consiste en la pérdida de resiliencia y adaptabilidad del organismo, debido a la acumulación de declives sobre múltiples sistemas fisiológicos (Fried, 2009). Afecta primordialmente a adultos mayores, personas que padecen hipertensión, obesidad, diabetes y enfermedades

crónicas. Pero también es prevalente entre personas en situación de calle, debido a que los factores sociales —como un modo de vida en condiciones adversas— pueden ser tan determinantes como los biológicos (Ruiz, Fossion y Sauri, 2019). Al estar expuesto a factores estresantes de manera crónica, y carecer de los recursos para invertir en su reparación, el cuerpo de las personas en situación de calle sufre un desgaste acelerado comparable con un envejecimiento prematuro (Ruiz Coronel, 2018). Así, debido a su estado de fragilidad fisiológica y al desfase entre su edad biológica y su edad cronológica, se puede afirmar que las personas en situación de calle son una población vulnerable ante el Covid-19.

Con base en lo anterior, el pronóstico al iniciar la cuarentena era que habría muchos contagios y muertes entre quienes viven en situación de calle. Sin embargo, tanto la prensa como las organizaciones de la sociedad civil que trabajan directamente con esta población han reportado que los casos de contagio y muerte a causa del Covid-19 entre personas en situación de calle han sido sorprendentemente bajos, casi nulos: “Un año después de la pandemia, El Caracol no reporta casos de Covid-19 entre la población callejera” (Gutiérrez, 2020).

Pregunta e hipótesis

¿Las personas en situación de calle se han contagiado de Covid-19? Para responder esta pregunta se postularon dos hipótesis. La primera, con fundamento en los estudios de antropología médica sobre esta población, es que las personas en situación de calle sí se contagiaron, pero son asintomáticas y los casos no fueron registrados. La segunda, privilegiando la información etnográfica y la proporcionada por las organizaciones de la sociedad civil y la prensa, es que las personas en situación de calle no se contagiaron. Probablemente la emergencia sanitaria exacerbó la exclusión social que padecen porque fueron vistos como focos de infección potenciales. Esta exclusión aseguró un distanciamiento social radical que funcionó como factor de protección.

Metodología

Recopilación

Se recopiló información proveniente de diversos medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales sobre el contagio y muerte de personas en situación de calle por Covid-19 en la Ciudad de México.

Selección

Por medio del vínculo con Ednica IAP, se seleccionó una unidad familiar callejera de personas que desearan participar en la investigación. La unen vínculos afectivos y parentesco ritual. Sus integrantes compartieron durante el periodo de cuarentena el espacio de pernocta, el espacio laboral y todos los recursos de supervivencia.

Estudios biomédicos

A todos los y las integrantes del núcleo familiar les fue practicada la prueba de anticuerpos SARS-CoV-2 en suero y una química sanguínea de 24 elementos. A dos personas también les fue practicada la prueba rápida de antígenos, una radiografía torácica PA (C pulmonares y silueta pulmonar) y la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

En todos los casos les fue solicitada la firma de una carta de consentimiento. Los y las participantes recibieron los resultados personalmente y se les aseguró que su uso para fines de esta investigación sería anónimo. Por ello sus nombres verdaderos han sido sustituidos en el presente documento.

Investigación etnográfica

La presente investigación forma parte de otra de largo aliento iniciada en 2014, que indaga sobre la salud de las personas en situación de calle. Los y las participantes de ésta han formado parte de la otra en distintos momentos, por lo que existe un vínculo de confianza previo, conocimiento de su estado de salud anterior a la pandemia y de sus historias de vida. Para la presente investigación se llevaron a cabo recorridos en campo específicos, enfocados

a registrar los cambios asociados a la pandemia: estados de ánimo, estados de salud, patrones de interacción, actividades de supervivencia, consumo de sustancias psicoactivas, alimentación, fuentes de agua potable, hábitos de higiene, vínculo con instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. Para abundar en el tema del Covid-19, se emplearon estrategias de investigación cualitativa como los grupos focales, la entrevista en profundidad y las narrativas del padecer.

Sistematización

Se correlacionaron los resultados de las pruebas biomédicas con la información cualitativa obtenida etnográficamente y la proporcionada por el personal de Ednica IAP.

Acción

En los casos en que fue necesario se procedió a la canalización y al acompañamiento de las personas para recibir atención médica. Se cubrieron los gastos del tratamiento médico.

Objetivo y seguimiento

El principal objetivo de esta investigación era corroborar o refutar la información sobre la ausencia de contagios y muertes a causa del Covid-19 entre las personas en situación de calle. Alcanzamos el objetivo logrando detectar, en una unidad familiar de seis personas, tres casos positivos, de los cuales uno fue asintomático; un caso sospechoso y dos negativos. Consideramos que ésta es una investigación piloto que debe ser extendida en cantidad de pruebas realizadas, en espacios públicos abordados etnográficamente, e incluir a las personas en situación de calle que pasaron la cuarentena en los albergues.

LOS RESULTADOS. CUATRO DE SEIS BAJO CERO

Gonzalo: “Fue una coincidencia afortunada. Después de que falleció Gokú, vinieron Sánchez y Rosa. Aunque el primo de Gokú les dijo que el diagnóstico

era que había muerto de neumonía, ellas piensan que fue de Covid, por eso querían hacerse la prueba. De Gokú no logramos averiguar nada: la familia es muy hermética y en el hospital no nos dieron información por no ser familia. Pero por lo que ellas dicen es que sí podría haber sido Covid. Se sabe que no a todos los cadáveres les hacen la prueba, así que lo tenemos registrado como un caso sospechoso y consideramos muy pertinente que se realizaran la prueba todos los que vivían con él.

“Como la mayoría no tienen CURP ni comprobante de domicilio, la opción era que se hicieran las pruebas en un laboratorio particular donde no piden esos requisitos, pero cada prueba cuesta más de 3000 pesos, y no tenemos esa cantidad disponible. Lo que hicimos fue incluirlos en una investigación en la que se buscaba averiguar si las personas en situación de calle se habían contagiado de Covid o no, porque se decía que no hay casos de contagios o muertes. A través de ese estudio se pudo pagar las pruebas en un laboratorio particular.

“El 21 de diciembre de 2020 fuimos por ellos, vinimos a que se bañaran y se cambiaran de ropa y fuimos a los laboratorios El Chopo. Les tomaron una muestra de sangre a cada uno y de ahí se obtuvo la muestra de anticuerpos y una química sanguínea de 24 elementos. Para sorpresa nuestra y suya, Kevin y Azucena dieron positivo. Días después, Rosa y Sánchez se pusieron muy mal. Tenían todos los síntomas. Como ellas sí tienen INE, las llevamos a un quiosco Covid y les hicieron la prueba rápida. Las dos dieron negativo. Pero igual se sentían muy mal; entonces las llevamos al doctor. El doctor les midió el oxígeno y Rosa lo tenía en 92%; entonces el doctor pidió unas radiografías torácicas y detectó daño en los pulmones de Rosa, por lo que sugirió que se hiciera la prueba PCR porque pensaba que Rosa era un falso negativo y así fue; se hicieron la prueba PCR en un laboratorio particular y Rosa dio positivo. Tuvimos que hacer varios tipos de pruebas en distintos momentos, pero finalmente encontramos que debajo de ese supuesto cero contagios, el saldo en este pequeño grupo era cuatro de seis. Seguramente, si hacemos más pruebas, encontraremos más casos.”

Kevin. Masculino. 32 años

Anticuerpos SARS-CoV-2: positivo para anticuerpos anti SARS-CoV-2.

“Me sorprendí. Nunca me lo hubiera imaginado. Para mí el corona fue como una película de zombis. Despiertas y estás solo, no hay nadie. Se los llevó una nave extraterrestre. A todos menos a nosotros, los chavos de la calle. No hay camiones para lavar y ganarte una moneda. No hay puestos que armar para que te regalen un taco. Hasta el vato que me vende mota se fue en la nave. Tuve que fumar piedra, harta piedra, para morirse apedreado. Si me dio calentura, ni me enteré. Si me dolió la cabeza no supe, porque no la traía puesta.”

Azucena. Masculino. 27 años

Anticuerpos SARS-CoV-2: positivo para anticuerpos anti SARS-CoV-2.

“La prueba confirma que yo fui la culpable. En mi oficio no falta el trabajo. Hasta en la cuarentena hay quien aprovecha. En los primeros días, uno de esos viejos billetudos de clóset me invitó a un hotel y estuvimos ahí tres días con varios amigos suyos. Y sí, sí me dio como gripa regresando, pero pensé que era la cruda. De regreso lo convencí de que pasáramos al Soriana. A mí no me dejan entrar, pero a él sí. Le dije que comprara todo para tortas y una Coca grande. La banda, feliz cuando llegué con provisiones, hasta El Gokú estuvo contento todavía, tomando Coca de la botella.”

Rosa. Femenino. 34 años

Anticuerpos SARS-CoV-2: negativo para anticuerpos anti SARS-CoV-2. Prueba rápida SARS-CoV-2: negativa. Radiografía de tórax PA (C. Pulmonares y silueta cardiovascular). Impresión diagnóstica: imágenes compatibles con ocupación del espacio aéreo, muy sugestivas de afección viral a considerar Covid-19. Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR): positiva.

“Sí sabía que me iba a dar, pero aun así no me importó y lo besé hasta que me arrancaron su cuerpo muerto. No me arrepiento, sólo por nuestra hija no me voy con él. Volvería a seguirlo a donde se fue, igual que lo seguí a la calle.”

Sánchez. Femenino. 30 años

Anticuerpos SARS-CoV-2: negativo para anticuerpos anti SARS-CoV-2. Prueba rápida SARS-CoV-2: negativa. Radiografía de tórax PA (C. Pulmonares y silueta cardiovascular). Impresión diagnóstica: ambos pulmones se encuentran con adecuada inspiración y radiopacidad de la trama broncopulmonar, sin evidencia de lesiones ocupantes del espacio ni algún patrón pulmonar anormal. Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR): negativa.

“A mí lo que me sorprende es haber salido negativo. Si yo a la Rosa la he estado consolando por su pérdida. He tenido calentura, dolor de cabeza, asfixia. Yo me vi igual de mala o peor. Aunque las pruebas den negativo, digan lo que digan, yo me sigo sintiendo mal.”

El Alien. Masculino. 23 años

Anticuerpos SARS-CoV-2: negativo para anticuerpos anti SARS-CoV-2.

“Es muy misterioso este bicho. Muy enigmático. Antes, no voy a decir que estaba como El Gokú, pero sí me le ponía a quien fuera. Pero desde que perdí la vista me la paso aquí nomás sentado. Yo sólo como lo que los otros chavos me procuran. Estoy en los huesos, guango como trapo. Y no me dio el bicho. ¿Por qué al Gokú sí y no a mí? ¿Por qué se murió él y no yo? Es la incógnita que tengo. Ya debería saber que en la vida no hay razón ni justicia, pero aun así a veces todavía me sorprende.”

CONCLUSIONES. EL COVID-19 Y LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Hasta aquí hemos expuesto cuáles son las acciones que conforman la política pública con la que el gobierno mexicano hace frente a la pandemia por Covid-19. Abundamos en el ámbito local de la Ciudad de México y describimos los mecanismos formales e informales por medio de los cuales las personas en situación de calle son excluidas de sus beneficios.

Es importante resaltar que esta política pública tiene la particularidad de ser de emergencia. Lewis Lorwin (1963) describió la planificación de emergencia como aquella que surge en respuesta a coyunturas de crisis, como la causada con la aparición del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. El desconocimiento del virus explica por qué algunas acciones han sido

erráticas y han debido modificarse. Su carácter de universal y nacional dicta que son una política pública dirigida a toda la población en todo el territorio nacional; además, la escala global de la pandemia ha obligado a la alineación de la política nacional mexicana con los lineamientos globales.

Si el objetivo de una política pública es beneficiar al mayor número de personas en el mayor número de lugares, en el menor tiempo posible, de acuerdo con estándares internacionales, perderá fineza para alcanzar a los pequeños sectores poblacionales que se encuentran en una situación excepcional, como las personas en situación de calle. Por sus circunstancias de excepcionalidad, este tipo de sectores requieren políticas públicas focalizadas.

Como apunta Bernardo Kliksberg, las políticas públicas universales y focalizadas no son excluyentes entre ellas, son complementarias, pero su interacción requiere flexibilidad y agilidad de los actores y de los enfoques aplicados, así como “el desenvolvimiento de capacidades para hacer gerencia sinérgica para aumentar la eficiencia y el impacto de los programas sociales” (1999: 167). Históricamente, la antropología médica en México ha favorecido la aparición de esas sinergias en el ámbito de la salud. Algunos de los aportes que la antropología médica puede hacer para entender cómo el Covid-19 ha afectado a las personas en situación de calle en la Ciudad de México, y que se encuentran en este documento, son los siguientes.

Aportes epistemológicos

La relevancia teórica de los casos críticos

Tanto en el ámbito académico como en el de la administración pública hay una sobrevaloración de la estadística y de las técnicas de investigación cuantitativa que se desprenden de ella, y un menosprecio de los temas de investigación que no tienen “relevancia estadística”. Por eso es necesario enfatizar que la estadística es sólo un criterio, no el único, y que no siempre es el más adecuado para elegir los temas de investigación relevantes. En ciencias sociales, muchos de los temas socialmente relevantes son casos críticos; por lo tanto, su importancia epistemológica no es numérica, sino lógica, asociada a la regla de inferencia del *modus tollendo tollens*: si P implica Q y Q no es cierto, entonces P no es cierto. En otras palabras, si

una política pública universal debe aplicarse a toda la población y no se aplica a un sector —aunque sea pequeño— de la población, no es universal. De ahí la importancia de ubicar a los sectores poblacionales que quedan excluidos de ella y los mecanismos por lo que esto sucede.

En la presente investigación se demostró que el uso de los medios de comunicación masivos ha sido indispensable para implantar la estrategia nacional, informando a la población y distribuyendo los recursos ordenadamente. Sin embargo, esta ruta excluye a las personas que no tienen acceso a la tecnología o desconocen su uso. Por lo tanto, es necesario complementar la información transmitida a través de los medios de comunicación masivos, con estrategias de información cara a cara, como las desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil.

La planeación con base en el criterio único de la distribución geográfica es eficiente desde el punto de vista administrativo de la política pública y consistente epidemiológicamente sobre la base del argumento de la vulnerabilidad territorial, pero excluye automáticamente a quienes no tienen domicilio. La falta de éste impide la expedición de documentos oficiales de identificación y, de manera concomitante, cualquier posibilidad de participación cívica. Así, el “sedentarismo” de la política pública genera un circuito causal de exclusión múltiple.

La importancia de la investigación etnográfica en el ámbito de la salud

Las investigaciones propias de la antropología médica suelen realizarse por medio de metodologías mixtas en las que se privilegia la investigación etnográfica. Entre las ventajas de la etnografía resaltan los aspectos longitudinal, integral y personalizado, como se ha mostrado en la presente investigación.

a) *Enfoque longitudinal*. Es bien sabido que las investigaciones etnográficas son de largo aliento. Desde un punto de vista pragmático, esta es una debilidad; desde un punto de vista epistemológico, una virtud, porque se gana mucho en el entendimiento de los fenómenos sociales cuando se les aborda a través de la lente procesal. Por ejemplo, si se concibe la vida en calle como un proceso que consta de fases sucesivas, se asume que hay segmentos de la población en diferentes fases y que las acciones dirigidas a cada segmento deben ser diferenciadas. Se aceptaría que las personas en

riesgo de calle ya están insertas en el proceso, aunque en una fase inicial, y que por ello deben considerarse parte de la población objetivo. De haber habido políticas públicas dirigidas a esta población, probablemente los albergues no se habrían saturado con personas recién expulsadas a calle por la pandemia y se habrían creado alternativas para la población que se encuentra en la fase de arraigo y que, como resultado de años de supervivencia en el espacio único, padece agorafobia y no tolera las intervenciones residenciales a puerta cerrada.

b) *Enfoque integral*. La antropología es una ciencia integral porque concibe al ser humano como un ser bio-psico-social. La antropología física se enfoca en el componente biológico; la antropología social y la arqueología, en las relaciones del individuo con su entorno social y material, respectivamente; y la semiótica, en el sistema de signos y símbolos que el ser humano genera en su relación con el mundo. Sin importar en cuál de estas áreas se lleve a cabo la investigación, en mayor o menor medida se tiene presente a las demás. La presente investigación se realizó en el ámbito de la antropología médica, que forma parte de la antropología social; sin embargo, se mostró cómo los aspectos sociales, económicos, políticos y psicológicos se relacionan entre ellos, creando los circuitos causales que explican los impactos que el Covid-19 tuvo en las personas en situación de calle en la Ciudad de México.

c) *Personalizado*. A base de estar, observar, interrogar y compartir, la investigación etnográfica crea lazos personales entre quien investiga y quien es investigado. La investigación etnográfica se vale de la razón y de los afectos para comprender los fenómenos de su interés. El antropólogo médico Arthur Kleinman (1988) enfatizó la importancia de distinguir entre enfermedad y padecimiento. Lo primero consiste en el estudio biomédico. Lo segundo, en el conjunto de síntomas, problemas y soluciones asociados a la enfermedad tal como son sentidos, experimentados y expresados por quien los padece. Ambos son igualmente relevantes en la comprensión del fenómeno. Por eso, para la antropología médica no sólo la información biomédica generada en el ámbito científico, sino también la información obtenida de voz de los actores, tiene validez y debe ser incorporada en las investigaciones, como se ha hecho en el presente ensayo. El abordaje personalizado permite comprender que los síntomas que afectan a Sánchez son la somatización de su crisis personal por haber tenido que regresar a

vivir en la calle, no resultado del virus SARS-Cov-2. En cambio, en el caso de Kevin, la incredulidad sobre la existencia del virus y la falta de importancia concedida a los síntomas que padeció responden a la normalización de un estado de salud deficiente.

Complementariedad con la perspectiva biomédica

La antropología médica no se opone a la perspectiva biomédica, simplemente cuestiona su universalidad porque la concibe como un producto cultural y, por lo tanto, como un sistema médico más sujeto a sus propios sesgos culturales. Metodológicamente, la antropología médica procede con un ejercicio de distanciamiento que permite visualizar los límites de la perspectiva biomédica y enunciarlos. En la presente investigación se han detectado cuatro.

Realización de pruebas de detección del virus SARS-CoV-2

La única forma de saber si las personas se han contagiado o no es mediante la realización de pruebas. México es el integrante de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que menos pruebas realiza. El promedio entre los países integrantes de esa organización es de 23 pruebas por cada 1 000 habitantes y el máximo es Islandia, que realiza 135 por cada 1 000. México realiza 0.4 pruebas por cada 1 000 habitantes (Saldívar, 2020).

El gobierno de la Ciudad de México invirtió 160 millones de pesos para adquirir un millón de pruebas de antígeno. Quien tenga interés en realizarse la prueba, puede consultar el mapa interactivo con los 200 puntos de aplicación, ingresando a la página <<https://test.covid19.cdmx.gob.mx>>. Para recibir la prueba es requisito presentar un documento oficial que contenga la CURP y un comprobante de domicilio que acredite la residencia en la misma alcaldía del sitio que se haya seleccionado. Ya hemos abundado en que el uso de tecnología y el requisito de documentos oficiales excluye de este beneficio a las personas en situación de calle.

Además de las dificultades administrativas, están las limitaciones estrictamente biomédicas. Existen varios tipos de pruebas para la detección del virus SARS-CoV-2, cada una con ventajas y limitaciones. La prueba

gratuita provista por el gobierno de la Ciudad de México es la prueba de antígenos. La muestra se obtiene introduciendo un hisopo en la nariz de la persona para detectar una proteína presente en el virus. Su principal ventaja radica en que es la mejor prueba para determinar si una persona se contagió recientemente y si el virus se encuentra presente en el momento de hacerse la prueba. Además, tanto la toma de muestra como su análisis se puede llevar a cabo en el mismo sitio, así que los resultados se obtienen de manera rápida en el mismo lugar. La principal desventaja es que debe haber suficiente carga viral. Por lo tanto, puede no detectar el virus cuando la persona ya superó la infección, o cuando acaba de exponerse a aquel.

Hay fuentes que aseguran que 75% de fallas en las pruebas en México se debe a errores en la toma de las muestras; además, la sobredemanda del personal de salud ha propiciado la inclusión de personal insuficientemente calificado o muy cansado (Proyecto Puente, 2021). Rosa es el ejemplo de un falso negativo que requirió una prueba serológica de anticuerpos, una prueba rápida de antígeno, la interpretación crítica de un médico, una radiografía torácica y finalmente una prueba PCR para finalmente tener un resultado positivo. Esto no hubiera sido posible sin un gasto considerable de tiempo y de dinero que difícilmente alguien está dispuesto a invertir en la salud de una persona en situación de calle.

Influencia de las representaciones sociales del personal de salud respecto a las personas en situación de calle

Con el término de representaciones sociales, Serge Moscovici se refiere al conocimiento del sentido común que orienta la práctica cotidiana de los sujetos sociales. Las representaciones sociales son una modalidad de pensamiento práctico, que produce las anticipaciones y las expectativas que guían la interacción social. Su conjunto constituye un modelo mental que opera como esquema de clasificación, explicación y evaluación de sujetos, objetos y situaciones que rodean a cada persona (Jodelet, 1984). En la Ciudad de México las representaciones sociales sobre las personas en situación de calle son primordialmente negativas, por eso éstas son blanco de violencia y discriminación consuetudinaria. En su calidad de sujetos sociales, algunos profesionales de la salud comparten estas representaciones sociales, que voluntaria o involuntariamente influyen en su trato y decisiones profesiona-

les, aunque puedan encubrirse con argumentos administrativos o médicos. Por ello, la sensibilización del personal de salud respecto a la atención a personas en situación de calle debe ser un esfuerzo permanente.

Sinergia con otros actores

Las sinergias aumentan la eficiencia y el impacto de los programas sociales. Más aún en las circunstancias actuales, en las que el personal de salud es insuficiente para atender la crisis y las instituciones sanitarias están saturadas, los vínculos con otros actores y la redistribución de responsabilidades concernientes a la promoción, el cuidado y la atención de la salud son un imperativo. En el caso estudiado, se encontró que las organizaciones de la sociedad civil son el eslabón por medio del cual las personas en situación de calle logran acceder a servicios de salud públicos o privados. En cuanto al Covid-19 en la Ciudad de México, estas organizaciones atendieron a las personas que permanecieron en el espacio público cuando los albergues gubernamentales se saturaron. Diseñaron y difundieron cara a cara información comprensible. Repartieron cubrebocas y gel antibacterial. Mantuvieron sus actividades para que las personas tuvieran dónde lavar ropa, comer, bañarse, recibir contención psicológica o ser canalizadas para recibir atención médica. A pesar de su relevancia, su actividad no sólo no es apoyada, en muchas ocasiones es demeritada e incluso entorpecida.

Incorporación de los factores sociales en el estudio del proceso salud-enfermedad

Casi nadie se atreverá a negar que los factores sociales son tan determinantes como los factores biológicos en la salud de los individuos, de los grupos y de la sociedad en su conjunto. Sin embargo, en la práctica, atestiguamos su exclusión ante la hegemonía del discurso biomédico. La población vulnerable al Covid-19 se definió exclusivamente con base en variables biomédicas. Las personas en situación de calle, cuya salud está visiblemente menguada a causa de su modo de vida, no sólo no fueron incluidas sino que, como se muestra en esta investigación, son excluidas, lo que perpetúa las desigualdades en un ciclo de marginación creciente. Incuestionablemente, el estado de salud guarda relación con la desigualdad social. Como se ha

dicho, todos estamos en el mar de la pandemia. Pero hay quien lo navega en yate, hay quien lo atraviesa en una barca de remos y hay quienes, como las personas en situación de calle, sólo tienen sus brazos y piernas para nadar contra la corriente. Este estudio demuestra que, lamentablemente, sí ha habido ahogados.

BIBLIOGRAFÍA

- Brito, Nisaly (2016). “Violencia obstétrica y discriminación a mujeres callejeras”. En *La calle como objeto de estudio. Compilación de tesis que estudian el fenómeno de calle*, compilado por Alí Ruiz. México: Ednica.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) (2014). *Informe especial. Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en el Distrito Federal, 2012-2013*. México: CDHDF.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)/El Caracol (2019). *Diagnóstico sobre las condiciones de vida, el ejercicio de los derechos humanos y las políticas públicas disponibles para mujeres que constituyen la población callejera*. México: CNDH.
- Day, Michael (2020a). “Covid-19: Identifying and isolating asymptomatic people helped eliminate virus in Italian village”. *British Medical Journal* 368.
- Day, Michael (2020b). “Covid-19: Four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate”. *British Medical Journal* 369.
- Fried, Linda (2009). “Frailty”. En *Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology*, coordinado por Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Mary E. Tinetti, Stephanie Studenski, Kevin P. High y Sanjay Asthana. Nueva York: McGraw Hill.
- Gobierno de la Ciudad de México (GCDMX) (2016). “Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas en Riesgo de Vivir en Calle e Integrantes de las Poblaciones Callejeras en la Ciudad de México”. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*.
- Gobierno de la Ciudad de México (GCDMX) (2020). “Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas que Viven en Situación de Calle”. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*.
- Gutiérrez, Jorge (2020). “¿Quién va a vacunar a los abuelitos en situación de calle?” [en línea]. *Excelsior*. Disponible en <<https://m.excelsior.com.mx/comunidad/quien-va-a-vacunar-a-los-abuelitos-en-situacion-de-calle/1435520?fbclid=IwAR31Je8fjgn0gc-37i5CwPFiMSvpg2bUbWKihCVSYnAwio6ZiGVhjVDss#imagen-3>>.

- Huang, Chaolin, Yeming Wang, Xingwang Li, Lili Ren, Jianping Zhao y Yi Hu (2020). "Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China" [en línea]. *Lancet* 395: 497-506. Disponible en <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)>.
- Instituto de Asistencia e Integración Social (Iasis) (2017). *Censo de personas en situación de calle y miembros de las poblaciones callejeras*. México: Iasis.
- Jodelet, Denisse (1984). "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En *Psicología social*, compilado por Serge Moscovici, 469-493. Barcelona: Paidós.
- Kai-Wang, Kelvin, Owen Tak-Yin Tsang, Cyril Chik-Yan Yip, Kwok-Hung Chan, Tak-Chiu Wu, Jacky Man-Chun Chan, Wai-Shing Leung, Thomas Shiu-Hong Chik, Chris Yau-Chung Choi, Darshana H. Kandamby, David Christopher Lung, Anthony Raymond Tam, Rosana Wing-Shan Poon, Agnes Yim-Fong Fung, Ivan Fan-Ngai Hung, Vincent Chi-Chung Cheng, Jasper Fuk-Woo Chan y Kwok-Yung Yuen (2020). "Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva". *Infectious Diseases Society of America* 71 (15): 841-843.
- Kampf, Günther, Daniel Todt, Stephanie Pfaender y Eike Steinmann (2020). "Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents". *Journal of Hospital Infections* 104 (3): 246-251.
- Kleinman, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Sufferings, Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Kliksberg, Bernardo (1999). "Hacia una gerencia social eficiente en América Latina". *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 14.
- Lorwin, Lewis (1963). "La planificación nacional en América Latina". *Revista de Servicio Público* IV (3): 87-72.
- Pan, Xingfei, Dexiong Chen, Yong Xia, Xinwei Wu, Tangsheng Li, Xueting Ou, Liyang Zhou y Jing Liu (2020). "Asymptomatic cases in a family cluster with SARS CoV-2 infection" [en línea]. *Lancet* 20 (4): 410-411. Disponible en <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30114-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30114-6/fulltext)>.
- Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF) (2016). "Poblaciones callejeras". En *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal 2015. Mecanismo de Evaluación y Seguimiento*. México: PDHDF.
- Proyecto Puente (2021). "75% de errores en diagnósticos de Covid-19 en México, por fallas en toma de muestras" [en línea]. Disponible en <<https://proyectopuente.com.mx/2021/02/11/75-de-errores-en-diagnosticos-de-covid-19-en-mexico-por-fallas-en-toma-de-muestras>>.

- Ruiz Coronel, Alí (2018). “Jóvenes en situación de calle: análisis de su complejidad biológica, cognitiva y social”. En *Aplicaciones de las ciencias de la complejidad al diagnóstico e intervención en problemas sociales*, compilado por Felipe Lara, 239-269. México: Colofón.
- Ruiz, Alí, Rubén Fossion y Josué Sauri (2019). “Physiologic frailty in chronically homeless young adults determined by the handgrip strength”. *Social Medicine* 12 (2).
- Saldívar, Belén (2020). “México es el país que menos pruebas realiza de Covid-19: OCDE” [en línea]. *El Economista*. Disponible en <<https://www.economista.com.mx/arteseideas/Mexico-es-el-pais-que-menos-pruebas-realiza-de-Covid-19-OCDE-20200427-0087.html>>.
- Sanyaolu, Adekunle, Chuku Okorie, Aleksandra Marinkovic, Risha Patidar, Kokab Younis, Priyank Desai, Zaheeda Hosein, Inderbir Padda, Jasmine Mangat y Mohsin Altaf (2020). “Comorbidity and its impact on patients with Covid-19” [en línea]. *Springer Nature Comprehensive Clinical Medicine*. Topical Collection on Covid-19. Disponible en <<https://link.springer.com/article/10.1007/s42399-020-00363-4>>.
- Secretaría de Salud (ss) (2020a). “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia”. *Diario Oficial de la Federación*, 24 de marzo.
- Secretaría de Salud (ss) (2020b). “Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid-19)”. *Diario Oficial de la Federación*, 24 de marzo.
- Secretaría de Salud (ss) (2020c). *Lineamiento de reconversión hospitalaria*. 5 de abril.
- Secretaría de Salud (ss) (2021a). *Política nacional de vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la Covid-19 en México. Documento rector*. 11 de enero.
- Secretaría de Salud (ss) (2021b). *Covid-19 México. Personal de salud*. 28 de febrero.
- Suárez, Víctor, Manuel Suárez Quezada, Socorro Oros Ruiz y Elba Ronquillo de Jesús (2020). “Epidemiología de Covid-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”. *Revista Clínica Española* 220 (8): 463-471.

- Verity, Robert, Lucy C. Okell, Ilaria Dorigatti, Peter Winskill, Charles Whittaker, Natsuko Imai, Gina Cuomo-Dannenburg, Hayley Thompson, Patrick G. T. Walker, Han Fu, Amy Dighe, Jamie T. Griffin, Marc Baguelin, Sangeeta Bhatia, Adhiratha Boonyasiri, Anne Cori, Zulma Cucunubá, Rich FitzJohn, Katy Gaythorpe, Will Green, Arran Hamlet, Wes Hinsley, Daniel Laydon, Gemma Nedjati-Gilani, Steven Riley, Sabine van Elsland, Erik Volz, Haowei Wang, Yuanrong WangXiaoyue Xi, Christl A. Donnelly, Azra Ghani y Neil M. Ferguson (2020). “Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: A model-based analysis”. *Lancet* 20: 669-677.
- Wenham, Clare, Julia Smith y Rosemary Morgan (2020). “Covid-19: The gendered impacts of the outbreak”. *Lancet* 395: 846-847.
- World Health Organization (WHO) (2020). *Report of the WHO-China Joint Mission on coronavirus disease 2019 (Covid-19)* [en línea]. Disponible en <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>>.
- World Health Organization (WHO) (2021). “Novel coronavirus (2019-nCoV): Situation report” [en línea]. Disponible en <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf>>.
- Zhu, Na, Dingyu Zhang, Wenling Wang, Xingwang Li, Bo Yang, Jingdong Song, Xiang Zhao, Baoying Huang, Weifeng Shi, Roujian Lu, Peihua Niu, Faxian Zhan, Xuejun Ma, Dayan Wang, Wenbo Xu, Guizhen Wu, George F. Gao y Wenjie Tan (2020). “A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019”. *New England Journal of Medicine* 382: 727-733.

Alí Ruiz Coronel

Doctora en Antropología por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. Temas de especialización: antropología médica, antropología aplicada al diseño de políticas públicas dirigidas a poblaciones vulnerables desde la perspectiva de la complejidad. Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades, Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, Ciudad de México.

Esta investigación recibió financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IA300921 “El coronavirus en las personas en situación de calle en América Latina”. ●