

PANDEMIA

Crisis y estrategias de contención
en México y Centroamérica

Carlos de Jesús Gómez-Abarca
(coordinador)



362.04

P35

Pandemia. Crisis y estrategias de contención en México y Centroamérica / Coordinador Carlos de Jesús Gómez-Abarca.— 1a. ed.— Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, 2022.

225 páginas: 17x23 centímetros.

ISBN: 978-607-543-164-2

1. Problemas sociales (Pandemia) - Crisis - Ensayos. 2. Estrategias sociales (Pandemia) - Ensayos - México y Centroamérica.

Primera edición: 2022

D.R. © Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

1 Av. Sur Poniente 1460

29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

www.unicach.edu.mx

Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica

Calle Bugambilia 30, Fracc. La Buena Esperanza

29243, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México

Tel.: (967) 678 6921, ext. 106

www.cesmecha.mx

Observatorio de las Democracias: Sur de México y Centroamérica

Calle Bugambilia 30, Fracc. La Buena Esperanza

29243, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México

Tel.: (967) 678 6921

observatoriodelasdemocracias.com.mx/

ISBN: 978-607-543-164-2

Impreso en México / Reservados los derechos

Foto de portada: Carlos de Jesús Gómez-Abarca, “Arte urbano”, Oaxaca de Juárez, México.

Diseño de portada y diagramación de interiores: Irma Cecilia Medina Villafuerte

Este libro ha sido dictaminado por pares académicos, que garantizan su calidad, actualidad y pertinencia, de acuerdo con los lineamientos editoriales del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

ÍNDICE

Presentación. Aprendizajes y desafíos de la pandemia Carlos de Jesús Gómez-Abarca	7
La tormenta perfecta: crisis por la covid-19 y crisis económica. Desafíos para pensar escenarios desde las ciencias sociales María del Carmen García Aguilar, Adriana Villafuerte García y Daniel Villafuerte Solís	15
Trazos de la pandemia de covid-19 en México: cartografías diversas Gabriela Mariana Fenner Sánchez	47
Agua y pandemia en la subcuenca Jovel Leocadio Édgar Sulca Báez	61
Percepción del riesgo de personas que padecen diabetes ante la pandemia de covid-19 Cecilia Guadalupe Acero vidal	81
Mujeres rurales, alimentación y cuidados: el contexto de la pandemia por covid-19 Araceli Calderón Cisneros, Gisela Espinosa Damián, Alma Lili Cárdenas Marcelo, Carmen Delia Hernández Linares y Ana Gabriela Rincón Rubio	97

Movilidad humana en búsqueda de vacunas: Guatemala-México Verónica Haydee Paredes Marín	113
El manejo punitivo de la pandemia de covid-19 en El Salvador Édgar Baltazar Landeros	131
Pandemia y crisis en Nicaragua Carlos de Jesús Gómez-Abarca	155
Ser tesista durante la pandemia. Producción académica, incertidumbre y emociones al límite Ana Magdalena Solís Calvo e Irlanda Danaé Maya Solís	167
Ser tesista feminista en tiempos de pandemia: el autocuidado como una herramienta política María Briseida Alfaro Pérez, Dulce Belem Cuaya Retana, Marissa López Martínez K+ayerima, Marlem Ramires Ruiz, Paulina Villanueva Lucero y Mariana Tovar Cabrera	181
Crisis creativa: socializar el proceso de investigación para su deconstrucción Mariana Cameras Myers	193
Sobre las autoras y los autores	217

Movilidad humana en búsqueda de vacunas: Guatemala-México

Verónica Haydee Paredes Marín

Introducción

Hoy en día, el mundo ha alcanzado únicamente el 60 por ciento de cobertura de vacunación de la población,¹ es decir, un 10 por ciento menos de la cantidad ideal que planteaban los expertos como necesaria para alcanzar la “inmunidad de rebaño”. Sin embargo, estos datos son engañosos, pues mientras hay países como Emiratos Árabes Unidos que han vacunado a un 98 por ciento de su población, en el sur global existen países que no han alcanzado ni siquiera el 10 por ciento de la cobertura en vacunación, tal es el caso de Nigeria o Etiopía, que no superan el 8 por ciento de su población con, por lo menos, la primera dosis.²

En las Américas, es sobre todo en el Caribe y Centroamérica donde se cuenta con el mayor rezago en inmunización, y Guatemala ocupa el quinto lugar entre los países de la región con menor acceso a las vacunas. Ante la lentitud del sistema sanitario guatemalteco para cumplir con la vacunación, algunos pobladores hicieron uso de ciertas estrategias para conseguir ser inmunizados, y la movilidad, tanto en el interior del país, como fuera de él, fue la dinámica que marcó este proceso.

A través del análisis sociomédico, presentamos un primer acercamiento al fenómeno de la movilidad humana en búsqueda de vacunas fuera de las fronteras, en este caso, el de guatemaltecos que acudieron a las zonas fronterizas del sur de México. A través del seguimiento en redes sociales, diarios de circulación nacional (guatemaltecos) e internacional, medios digitales y conversaciones con personas que utilizaron esta estrategia, hemos empezado a conocer este proceso que presentamos a continuación.

¹ Dato al 17 de enero de 2022: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL

² *Ibid.*

La idea es acercar a los lectores no guatemaltecos a comprender la situación del país y la crisis coyuntural de los tiempos de la covid-19. Por ello, se esboza brevemente la situación de los índices de desarrollo y la vulnerabilidad social frente a un sistema médico nacional ineficiente. Posteriormente, el texto describe la situación del país centroamericano en el juego de la geopolítica sanitaria y su fracaso en el aseguramiento de las vacunas para su población, para que, con estos antecedentes, el lector pueda llegar a comprender el porqué de la movilidad de algunos guatemaltecos hacia México, sus estrategias para lograr ser vacunados y las dinámicas que se dieron alrededor de este fenómeno, tanto en el lado de Guatemala como en el mexicano.

Guatemala, una pincelada de su panorama político antes de la llegada del SARS-CoV-2

Desde la implementación de los gobiernos democráticos a finales de los años ochenta del siglo pasado, el Estado guatemalteco no ha logrado crear las condiciones que provean un pleno ejercicio de derechos a la ciudadanía, incluido el derecho a la salud. Más bien, las instituciones en el país son débiles y los últimos gobiernos han facilitado la captura del Estado por redes de clientelismo y corrupción. En la actualidad, está considerado como uno de los países más corruptos del mundo, ocupando el número 25 a nivel mundial y el número 5 a nivel de la región de las Américas, según el Informe del Índice de Percepción de Corrupción 2020 publicado por International Transparency (2020).

La estructura económica guatemalteca es sumamente desigual, con una concentración de riqueza y poder sectorizada en pocas manos; además, al conformar esas élites ciertas alianzas con otros poderes, han fortalecido estructuras paralelas al Estado que impulsan la generación de condiciones desiguales en el país, como lo evidencian tanto el lugar 127 en el IDH³ (BCIE, 2020), como el índice Gini, que ubica a Guatemala en un puntaje de 0.63 según una reevaluación hecha por el PNUD Guatemala (2017) y que incide en que el país mantenga inequidades en las condiciones de vida de los distintos sectores sociales y un constante riesgo democrático.

Otto Argueta y Marco Pérez (2020) afirman que uno de los grandes problemas en Guatemala es que la democracia fue instaurada como consecuencia de presiones internacionales, a partir de la evidente devastación que sufrió el país por los gobiernos autoritarios que se mantuvieron durante décadas en el poder. Para estos

³ El Índice de Desarrollo Humano corresponde a los datos otorgados por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) para 2018.

autores, la restauración de la democracia electoral se estableció con pactos políticos de consensos mínimos, en los que se aceptaron ciertas formalidades, pero en realidad se preservó el antiguo sistema de beneficios patrimoniales a limitados sectores y de privilegios que, con el paso de los años, se han visto fortalecidos cada vez más en las diferentes gestiones de los gobiernos de turno y que han dado como resultado la debilidad democrática en el país y, por tanto, en sus instituciones.

El SARS-CoV-2 en Guatemala llegó apenas un par de meses después de haber tomado posesión los poderes legislativo y ejecutivo tras las elecciones generales de 2019. El país venía de un proceso de desgaste social, tras el paso de los presidentes Otto Pérez Molina y su predecesor, Jimmy Morales, cuyas gestiones fueron consideradas altamente corruptas y que, tras el dismantelamiento de la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (CICIG) por el presidente Jimmy Morales y el debilitamiento por ambos gobiernos de las fiscalías especializadas en la investigación de la impunidad y corrupción en el Ministerio Público, permitieron una vía libre en un terreno fértil a esas prácticas de saqueo a las instituciones de Estado.

Así, es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), una de tantas instituciones nacionales que han sufrido históricamente las carencias derivadas de malos manejos, de corrupción a través de desvío de fondos y de acciones continuamente erráticas de autoridades no aptas para el cargo, lo que da como resultado un sistema sanitario público con grandes problemas estructurales y con visible rezago, desfinanciamiento, y una pésima respuesta a la planeación y ejecución de la atención sanitaria nacional, a pesar de que por ley es este el ente rector de las políticas sanitarias en territorio nacional.⁴

El vulnerable sistema de salud guatemalteco, algunos datos

Es bajo este panorama políticosocial cuando en 2020 llega la covid-19 a Guatemala, con un Ministerio de Salud muy débil y un sector de salud segmentado, fragmentado y desfinanciado, con preocupantes cifras de rezago reportadas. La incidencia de estas grandes brechas para la atención se ven reflejadas en los índices de salud nacional.

Para esbozar una panorámica de la composición del sector salud, puede dividirse en dos grandes esferas: la pública y la privada. El MSPAS cuenta con una cobertura asignada del 70 por ciento, dando atención en tres niveles, pero con bajos indicadores de acceso; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene

⁴ Artículo 4 del Decreto Legislativo 90-97, el que mandata la rectoría en salud a nivel nacional del MSPAS.

a su cargo un 18 por ciento de la población (OPS, 2017). También existe la sanidad militar, que solo da cobertura a un 0.5 por ciento de la población, atendiendo al sector policial y militar y a sus familias (Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011).

Becerril-Montekio y López-Dávila (2011) también contemplan que por lo menos un 12 por ciento de la población recurre a la medicina privada y un 18 por ciento de la población es atendida por alguna organización civil o asociación de tipo religioso que presta servicios de salud. Únicamente un 8 por ciento cuenta con un seguro privado que permite la asistencia desde este ámbito (OPS, 2017). Un ejemplo de ello son algunos datos básicos de la baja densidad de recursos para la salud reportados por la OPS (2021b), que denotan un deficiente sistema de salud pública. En la Tabla 1 pueden compararse los datos sobre recursos para salud en Guatemala frente a aquellos con los que cuentan otros países de la región (ver Tabla 1).

Tabla 1. Comparativa de la densidad de recursos para salud en Guatemala, México, Costa Rica, Cuba y Estados Unidos

	Guatemala	México	Costa Rica	Cuba	Estados Unidos
Médicos por cada 10 000 habitantes	9.7	24.3	30.7	91.7	26.3
Enfermeros por cada 10 000 habitantes	10.7	16.9	20.8	54.5	150.3
Farmacistas por cada 10 000 habitantes	0.8	Sin datos	Sin datos	4.7	9.5
Camas por cada 10 000 habitantes	0.4	1	1.1	4.2	2.8

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

Los datos presentados dan luz sobre las grandes brechas sanitarias en el país, y esto nos permite comprender que el 56 por ciento del gasto total en salud en Guatemala sea erogado directamente por las familias guatemaltecas (HEP+, 2018). El gasto de bolsillo en salud, como se le llama a este, es entendido desde la salud pública como un indicador de injusticia financiera que evidencia la vulneración del derecho a la salud. Cuando ese gasto, puesto directamente por los hogares, alcanza un umbral superior al 20 por ciento del gasto de no subsistencia,⁵ llega a considerarse un gasto catastrófico en salud (HEP+, 2018). Frente al panorama que se ha tratado

⁵ Gasto de no subsistencia = gasto total - gasto en alimentos (HEP+, 2018).

de esbozar, en el que se evidencian las grandes brechas en el país para proveer un servicio público sanitario, de calidad y oportuno, una enfermedad como la covid-19 suele significar erogar recursos que vulneran las economías familiares, convirtiéndose fácilmente en gastos catastróficos en salud, especialmente si el cuadro del enfermo llega a agravarse. Por ello, la covid-19 suele considerarse una enfermedad empobrecedora de los hogares que viene a sumarse a los indicadores de vulnerabilidad social a nivel nacional.

Guatemala y la covid-19, su lugar en la geopolítica sanitaria y el camino para conseguir las vacunas

La amenaza mundial ante la enfermedad de covid-19 nos alcanzó finalmente en Guatemala el 13 de marzo de 2020, dos meses después de haber tomado posesión de la presidencia el Md. Alejandro Giammattei Falla. Por ello, todos los cargos públicos, incluido el de Salud, estaban recién asumidos.

La ineficiencia ante la gestión de la crisis por parte de las nuevas autoridades sanitarias hizo que la opinión pública presionara de tal manera, que la presidencia tuvo que conformar un ente de articulación para atender la emergencia, denominado Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia Covid-19 (COPRECOVID), que empezó a funcionar a mediados de 2020. La COPRECOVID estuvo presidida por el Dr. Edwin Asturias, un salubrista nacional residente en Estados Unidos quien, hasta ese momento, fuera uno de los principales críticos de las medidas de contingencia sanitaria asumidas por el gobierno. El país, aparte de las medidas sanitarias de control epidemiológico, accionó medidas polémicas, desde el cierre total del país hasta aquellas restrictivas de las libertades individuales, acciones que cambiaron poco tras la llegada de Asturias a la COPRECOVID.

Pero mientras Guatemala intentaba enfrentar la llegada de la covid-19 y las autoridades nacionales parecían concentrar allí los esfuerzos en medio de grandes críticas por corrupción, países como Rusia, Inglaterra, China y Estados Unidos ya estaban en las fases finales de investigación para generar las vacunas contra el SARS-CoV-2, por lo que muchos países ya habían iniciado una carrera global por acaparar las primeras vacunas, en el marco de la diplomacia en salud, vislumbrándose, desde entonces, que esto significaría una desigual distribución entre los países con capacidades de hacer los gastos necesarios para el *lobby* y la posterior compra masiva de los productos biológicos, frente a los países pobres que apenas empezaban a lidiar con la enfermedad.

Para abril de 2020, bajo acuerdos alcanzados por el G-20, se había logrado concretar el mecanismo de colaboración global llamado Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la Covid-19 (ACT por sus siglas en inglés), coordinado por la

Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya función era que países con ingresos altos, algunas fundaciones como la Bill y Melinda Gates, empresas, fideicomisos, etcétera, conjuntaran esfuerzos para que pudiera “acelerarse el desarrollo, producción y acceso equitativo a pruebas, tratamientos y vacunas” (OPS, 2021a). El ACT se organizaba con base en cuatro pilares fundamentales: 1) diagnóstico, 2) tratamiento, 3) inmunización y 4) fortalecimiento de sistemas sanitarios (OMS, 2021), y es desde el pilar de la inmunización desde donde surgiría lo que después conoceríamos como el mecanismo COVAX, apuesta inicial de Guatemala para el acceso a las vacunas.

La iniciativa COVAX, codirigida por la Alianza por la Vacunación (GAVI), la coalición para la promoción de Innovaciones en Pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la OMS (GAVI, 2021), se constituiría como una iniciativa global de riesgo compartido para asegurar la adquisición de las vacunas y su distribución equitativa, incluyendo la negociación frente a las farmacéuticas, afirman Kickbusch *et al.* (2021). El objetivo de esta instancia era asegurar, para finales de 2021, al menos dos billones de dosis con las que se pudiera dar acceso bajo un criterio de equidad a la inmunización global, tomando como prioridad aquellos territorios altamente vulnerables y al personal sanitario de primera línea (GAVI, 2021).

El mecanismo COVAX es una iniciativa muy similar a la utilizada en Guatemala para la compra de las otras vacunas a través de la OPS, denominada Fondo Rotatorio. Este es también un mecanismo de cooperación solidaria global que funciona desde hace más de 30 años y mediante el cual la adquisición de vacunas, jeringas y otros suministros afines asegura a los programas de inmunizaciones de los Estados miembros participantes el abastecimiento continuo (OPS, s/f). El uso de este mecanismo ha evitado además que el MSPAS desvíe fondos hacia las droguerías distribuidoras de productos farmacéuticos que son parte de las redes de corrupción en el país asociadas a los funcionarios públicos, y es por esta razón, entre otras, que desde la COPRECOVID no se dudó en utilizarlo para asegurar la compra de las vacunas. Sin embargo, pareciera que faltó en los encargados una lectura global de los sucesos alrededor del acaparamiento mundial de las vacunas contra el SARS-CoV-2, aunque sí es seguro que el país tampoco contaba con los recursos para asegurar la dotación de dosis frente a las farmacéuticas a través de los *lobbies*, como bien lo hicieron otros países que lograron acaparar las primeras producciones.

En general, los países centroamericanos tenían nula capacidad para incluirse en la diplomacia de la salud global. A pesar de que el primer caso de covid-19 en Centroamérica fue registrado y atendido en marzo de 2020 en Costa Rica (AFP, 2020), Nicaragua negaba sistemáticamente el impacto de la enfermedad en su país

(Pieper, 2021) y, por ende, se cerraba a las negociaciones por la adquisición de vacunas; Honduras y Guatemala se encontraban en medio de medidas sanitarias restrictivas severas, sin capacidad de negociación,⁶ y El Salvador logró unas pocas negociaciones. Todos los ya cuestionados mecanismos de integración centroamericana, que hubieran sido los indicados para una negociación colectiva en la región, no salieron a escena tampoco en este tema. A diferencia de ellos, México, por ejemplo, había apostado por una diversidad de estrategias, negociando directamente con las farmacéuticas, así como con el mecanismo COVAX.

Después de la carrera entre las diversas farmacéuticas por intentar que se les aprobara el uso de su vacuna, se aplicó la primera de ellas en Inglaterra a inicios de diciembre de 2020 (De Miguel, 2020) y en Latinoamérica llegó a finales de ese mismo mes (CNN, 2020), siendo México el primer país americano de habla hispana que tuvo acceso. Guatemala tendría que esperar dos meses más para ver la primera vacuna en el país; sin embargo, esta no se adquirió a través de la compra, sino por la donación de Israel en el marco de la “ayuda humanitaria” y “relaciones de amistad”: las primeras cinco mil dosis de vacuna Moderna (Román, 2021).

Esta acción debe leerse como un pago de favor al país centroamericano en el marco de la política israelita, ya que además de su histórica vinculación en la cooperación militar durante el conflicto armado interno, Guatemala fue el primer país en cambiar en 2018 su embajada hacia Jerusalén, lo que forma parte del juego en el conflicto Israel/Palestina en la búsqueda de la apropiación de territorios en la Franja de Gaza por el Estado israelí.⁷ La llegada de las siguientes vacunas donadas al país estuvo mediada desde la misma lógica: el aseguramiento de las relaciones comerciales entre Guatemala y algunos países, por lo que prosiguieron donaciones de la India, México, Estados Unidos y Rusia. El mecanismo COVAX dio el primer cargamento a Guatemala también en marzo de 2021. Todas las primeras dosis de vacunas que llegaron por medio de donación o compra por el mecanismo COVAX fueron aplicadas en un primer momento al personal sanitario, lo que el MSPAS denominó como “primera fase”.

⁶ Pedro Brolo, el canciller guatemalteco del gobierno de Alejandro Giammattei Falla, carece de formación diplomática, pues su especialización es la administración, al haber hecho carrera desde ese ámbito en organismos internacionales o empresas y no en relaciones internacionales desde la administración pública. Es un personaje que está vinculado a la burguesía y asociado con las cámaras empresariales, alianzas que le son necesarias al gobierno.

⁷ En Israel se generó una dura polémica, pues el gobierno estaba donando las dosis y al mismo tiempo negaba la inmunización a los palestinos residentes en los territorios ocupados, como puede observarse en las denuncias de distintas organizaciones de derechos humanos, incluida Amnistía Internacional (ver: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/01/denying-covid19-vaccines-to-palestinians-exposes-israels-institutionalized-discrimination/>).

Carencia de vacunas, carencia de pasaportes

Finalmente, en mayo de 2021 inició la segunda fase de la aplicación de vacunas, en la que se tenía contemplada la vacunación de mayores de 70 años (Dalmaso, 2021); de esa manera, bajo mucha incertidumbre y tardíamente, Guatemala comenzó con la inmunización de su población. Sin embargo, las dosis llegaron lentamente, de manera escasa, con una distribución focalizada en las principales ciudades y en medio de varios escándalos de corrupción en los procesos de adquisiciones para atender la pandemia; en especial, la compra de la vacuna Sputnik V, de pruebas diagnósticas falsas y otros insumos dudosos, además del mal manejo sanitario de la pandemia (Toledo-Leyva, 2021). Las restricciones y la cuestionada gestión de la pandemia por parte de todas las autoridades dieron lugar al malestar social, que trajo consigo, incluso, manifestaciones ciudadanas, con las cuales el gobierno sintió, hasta cierto punto, amenazada su permanencia y reaccionó limitando libertades en diversas ocasiones.

De manera simultánea, los casos seguían perceptiblemente en aumento a partir de abril, aunque el MSPAS manejaba datos con evidente subregistro, aminorando el número de enfermos. Los hospitales nacionales estaban colapsados⁸ y con serias quejas de las malas condiciones en las que los enfermos estaban siendo atendidos. Los hospitales privados también tenían déficit de camas, por lo cual tendían a sobrevalorar los precios; una hospitalización por la enfermedad podía llegar hasta los tres millones de quetzales⁹ (*Prensa Libre*, 2021).

Todas estas condiciones aumentaron la tensión en el país y las personas, en especial aquellas pertenecientes a las clases medias y altas urbanas, buscaron estrategias que les permitieran acceder a las vacunas. En ese momento, se manejaba la idea de que la vacunación libraba completamente de la enfermedad y, por ende, a través de ella se podían evitar los gastos catastróficos en salud que implicaba tener que pagar un hospital privado o llegar al ya sabido deficiente sistema público de salud, además de que, con ella, se anhelaba retomar la cotidianidad previa a la pandemia.

Es necesario recalcar que el clasismo y el racismo en el país atraviesan muchísimos imaginarios, y uno de ellos se vincula con el uso de los servicios públicos, tanto el educativo como el sanitario. En la representación social sobre el estatus social, el uso del servicio público de salud está asociado totalmente a la pobreza y a la pertenencia étnica, por lo que evitar el uso del servicio público a través del pago de servicios privados

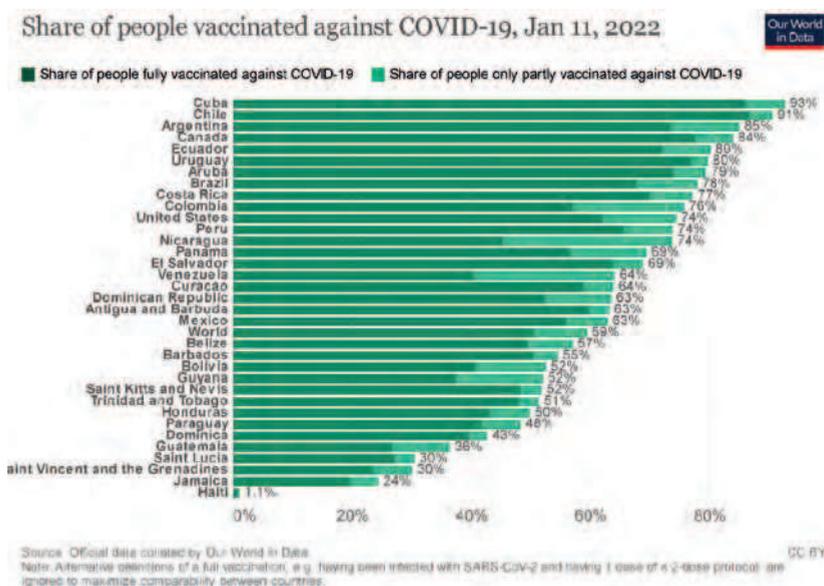
⁸ Reportes como los de la DW informaban sobre el colapso del sistema nacional en agosto, al contar con una ocupación mayor al 140 por ciento (ver: <https://www.dw.com/es/hospitales-de-guatemala-desbordados-por-casos-de-covid-19/a-58985933>).

⁹ Un aproximado de 390 000 dólares.

de salud es una constante en las poblaciones urbanas de esos estratos económicos que, en su mayoría, se asumen como “ladinos” o mestizos. Es así como enfermar no solo atentaría al bolsillo y a las condiciones de acceso a una atención sanitaria digna, sino también a la imagen, pues muy pocas personas podían costear una hospitalización en los sanatorios privados a menos que se estuviera dispuesto a adquirir la deuda.

México y Estados Unidos llevaban meses de ventaja en la inmunización y Guatemala se encontraba entre los países con mayor rezago a nivel mundial. Para julio de 2021, más de seis meses después de haberse colocado la primera vacuna en América Latina, la población guatemalteca que había tenido acceso apenas alcanzaba un 5 por ciento, y de este porcentaje solamente el 2 por ciento tenía completo su esquema¹⁰ (Our World in Data, 2021), situación de rezago que se mantiene actualmente, al ser el quinto país con menor cobertura en las Américas (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Porcentaje de población vacunada con esquema parcial y completo en las Américas al 11 de enero de 2022



Fuente: Our World in data (enero de 2022), <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

¹⁰ Las vacunas que se manejaron en el país, ya sea por donación o por compra a través de COVAX o directamente con las farmacéuticas, fueron: Moderna (donada por Estados Unidos e Israel), Pfizer (adquirida a través de COVAX), Astra-Zeneca (comprada a través del mecanismo COVAX y donada por Canadá, México, España, India y República Dominicana) y Sputnik V (comprada de forma directa). Al 12 de diciembre de 2021, solo un 51 por ciento de las dosis habían sido compradas por el gobierno, según la información manejada por el Laboratorio de Datos GT (ver: <https://labdedatosgt.com/vacunacovidguate/>).

Había una percepción de que las vacunas tardarían muchísimo tiempo en llegar, así que surgió la desesperación por conseguirlas. Al enterarse que Estados Unidos y México permitían al “turista” inmunizarse, la movilización hacia el extranjero empezó a posicionarse como una opción entre las poblaciones urbanas que podían permitirse el gasto del viaje. Sin embargo, esta vez no era suficiente tener los recursos económicos; el guatemalteco se enfrentaba con otro obstáculo: el desabastecimiento de libretas para pasaportes.

El presidente Giammattei heredó del gobierno anterior la crisis de los pasaportes, un problema que viene arrastrándose desde febrero de 2016 (Gámez y Palacios, 2017) y al que, a la fecha, no han logrado dar solución plena. Las solicitudes de pasaportes son muchas y las libretas siguen siendo insuficientes, por lo que las pocas citas para obtener el documento no corresponden a la enorme demanda. Como en cualquier país latinoamericano, el soborno a funcionarios para obtener citas fue una constante en Guatemala, pero en tiempos de covid-19 hasta esto era difícil, por lo que muchas personas que tenían el pasaporte vencido no pudieron obtenerlo por mucho tiempo. Esta vez pesaba más el capital social, pues conocer a un funcionario de esa dependencia facilitó en algunos casos la obtención del pasaporte.

Movilidades y vacunación

En Estados Unidos se empezó a vacunar a toda la población sin importar su estatus migratorio, por lo que pronto empezaban muchas personas en América Latina con pasaporte, visa estadounidense y capacidad económica, a moverse hacia ese país para vacunarse con J&J/Janssen, una vacuna unidosis que les permitía estancias de corta duración sin esperar a una segunda dosis semanas o meses después. Algunas ciudades a las que viajaron para aplicarse la vacuna fueron Los Ángeles, San Francisco, Miami y Nueva York, entre otras. En ese momento, a la población urbana guatemalteca no le importaba cuál vacuna se aplicara, pues buscaban cualquiera, ya que la idea era tenerla, según pudo observarse en la percepción expresada en las redes sociales¹¹ o en conversaciones.

¹¹ En Facebook se creó el grupo privado “Conseguí tu vacuna contra el COVID-19 Guatemala”, actualmente con más de 79 000 miembros. Este grupo fungió como un espacio de socialización de la información y convergencia virtual de suma relevancia para la población urbana durante la época en que escasearon las vacunas. Por medio de la constante publicación de sus miembros, se informaba en tiempo real hacia dónde moverse para conseguirlas, o bien para conocer cuáles eran las marcas de vacunas que se estaban aplicando en los diversos centros de vacunación, con lo cual escogían y se movilizaban a conveniencia.

Esta idea cambiaría con el tiempo, cuando se retomaron los viajes de negocios o placer y en ciertos países no aceptaron algunas vacunas como válidas en sus requisitos de ingreso. Por ello, las personas buscaron ser revacunadas con un nuevo esquema mediante biológicos de las marcas que consideraban “buenas”, es decir, aquellas con las que se permite ingresar a Europa (espacio Schengen) y a Estados Unidos, situación que se facilitaba a quienes se habían vacunado en el extranjero, pues existía una falta de registros de su vacunación en el país. Esa carencia de registro en los listados nacionales ha permitido que actualmente accedan esas poblaciones ya inmunizadas a las vacunas consideradas “buenas”, en lapsos muy cortos.¹² Este es un tema de interés sanitario que no está siendo objeto de discusión a nivel nacional, pues se desconoce si esa práctica puede tener efectos negativos a largo plazo, por lo que los organismos internacionales de salud la desaconsejan.¹³

Aparte de la carencia de libretas, aquellos que querían viajar en los tiempos iniciales de la pandemia a Estados Unidos por la vacuna sufrieron otro obstáculo. Al igual que en el resto del mundo, las oficinas gubernamentales del país del norte redujeron drásticamente la cantidad de personas atendidas al día con el fin de evitar contagios, asegurando el distanciamiento físico de las personas en el momento de atenderlas. Por ello, la cantidad de citas para sacar visa se redujo, al punto de que no se podía obtener una sino hasta diez o doce meses después.

Sin pasaporte y sin visas norteamericanas, la opción era buscar en México la vacuna. Para que los centroamericanos puedan ingresar como turistas o por negocios a territorio mexicano se requiere la forma migratoria popularmente denominada “visa”, para cuya obtención se deben cumplir varios requisitos, a veces tan excluyentes como los que solicita Estados Unidos y, por ello, poca población tiene posibilidades de que se le expida. Además, la forma migratoria la adhiere el consulado en una de las hojas del pasaporte, que debe tener una vigencia mínima de seis meses, así que aquellos que carecían de la libreta o no cumplían los requisitos no la podían solicitar.

Sin embargo, existe un permiso migratorio que se otorga en las fronteras terrestres denominado Tarjeta de Visitante Regional (TVR) y que se convirtió en una de las estrategias para ingresar al territorio mexicano en búsqueda de la vacunación. La TVR es un permiso migratorio gratuito que permite a nacionales guatemaltecos, beliceños, hondureños y salvadoreños, o residentes de esos países, ingresar por un máximo de siete días y transitar únicamente en los estados fronterizos (Chiapas,

¹² Actualmente, incluso las poblaciones vacunadas en el país con las marcas no deseadas están viajando a El Salvador para vacunarse con aquellas que permitan viajar a Estados Unidos o Europa.

¹³ Estas vacunas deseadas para los viajes empezaron a circular masivamente en las zonas urbanas en Guatemala por las donaciones recibidas de países europeos y de Estados Unidos.

Tabasco, Quintana Roo, Campeche y Yucatán). Este permiso se tramita exclusivamente en algunos puntos de internación terrestre en las fronteras de México con Belice o Guatemala. Sin embargo, desde hace varios años se ha venido denunciando la corrupción en el proceso de expedición de este documento por parte de las autoridades migratorias mexicanas en los puntos de internación.

Existen múltiples denuncias previas a la pandemia de cobros ilegales por parte de los funcionarios mexicanos del Instituto Nacional de Migración (INM) en el momento de expedir el documento. Las denuncias refieren a que, en general, las citas son retenidas a menos de que se pague una fuerte cantidad de dinero. En la época de pandemia, las citas para obtener este documento se vieron reducidas aún más por la dinámica de trabajo con el mínimo de personal, así que aumentó el “precio” ante la alta demanda. La ciudad de destino de la mayoría de las personas que buscaban vacunarse era Tapachula, pero por las condiciones propias del endurecimiento de las políticas migratorias y la crisis con los migrantes en tránsito en ese lugar, los puntos de vigilancia habían aumentado, por lo que pasar sin la TVR no era recomendado. La economía pandémica de la ilegalidad fortaleció un abanico de posibilidades de negocios fraudulentos y oportunistas, y así surgieron una serie de alianzas entre pequeñas empresas guatemaltecas de transporte de turismo y autoridades mexicanas (Guardia Nacional, INM) que aseguraban el flujo de dinero de esta economía ilegal asociado a la movilidad humana en búsqueda de vacunas.

Existe un histórico flujo comercial en la zona costera del Pacífico de la frontera entre México y Guatemala; por ello, no es raro el paso de guatemaltecos que acuden a la ciudad de Tapachula a comprar “productos mexicanos”,¹⁴ lo que convierte a esta en su centro de abastecimiento. Para tal fin, normalmente usan la TVR como forma migratoria. Es gracias a ese flujo comercial que ha crecido localmente la oferta de tiendas como Chedraui, Walmart, Sam’s e incluso Liverpool, en donde los productos ofrecidos están determinados en buena parte por el “gusto guatemalteco”. Por ello, es común que desde Guatemala salgan periódicamente buses de “excursiones” para hacer compras, con las cuales se surten los negocios de “productos mexicanos” en algunos mercados o tiendas en el occidente y centro del país centroamericano.

Las personas utilizan para este fin los viajes organizados por pequeñas empresas que venden espacios en un bus escolar que las transporta por las diferentes tiendas de la ciudad de Tapachula para abastecerse. Sin embargo, en temporada de pandemia estas empresas tuvieron que adaptarse, por lo que cambiaron la oferta de “ir de compras” a la de “ir por la vacuna”, con lo cual encontraron un nicho comercial perfecto ante la ineficiencia estatal guatemalteca de la gestión de la pandemia, en este caso, de la inmunización.

¹⁴ Normalmente son alimentos enlatados, papel higiénico y productos de higiene personal y para el hogar.

El éxito de estas empresas radica en que ofrecieron al guatemalteco urbano la posibilidad de acceder a la vacunación a un relativo bajo costo sin necesidad de pasaporte, por lo que pronto era común ver en las redes sociales en Guatemala promociones de viajes que empalmaban con las jornadas de vacunación en Chiapas. Las redes que los propietarios de estas pequeñas empresas tenían en la ciudad de Tapachula fueron indispensables para que fluyera la información de las fechas en las que se estarían vacunando los distintos grupos de edad,¹⁵ así como los requerimientos para hacerlo. Algunos empresarios en la Ciudad de Guatemala, con tal de que sus trabajadores pudieran volver a sus labores, incluso pagaron total o parcialmente esos viajes para que los y las oficinistas fueran inmunizados y así retomaran las labores de manera presencial.

En forma oficial, estas empresas “turísticas” ofrecían transportar a las personas y apoyar con la solicitud de la TVR por un costo aproximado de Q.350,¹⁶ darles contactos para hospedajes económicos, llevarlos hacia el centro de vacunación en la ciudad tapachulteca y regresarlos a Ciudad de Guatemala. A través de sus redes advertían que no transportaban de manera irregular a nadie, y por ello requerían que sus clientes tuvieran visa, TVR o, en todo caso, pudieran sacarla en el momento de la llegada a México. Sin embargo, cuando se llamaba para pedir información, ellos ofrecían los servicios de un tramitador, que por un costo de entre 2 000 y 2 500 pesos mexicanos¹⁷ gestionaba la TVR ante los agentes migratorios en el punto de internación, con entrega de manera inmediata; en último caso, a veces aceptaban llevar pocas personas sin la TVR, pero tenían que llevar a la mano varios billetes de 200 pesos mexicanos¹⁸ para entregar a cada policía, miembro de la Guardia Nacional o agente migratorio que subiera a supervisar la papelería en el bus, y se calculaba un promedio de tres o cuatro puntos de revisión entre la frontera y Tapachula.

Así, acceder a la vacuna en México significaba un costo mínimo de 200 USD entre transporte, hospedaje y pago de extorsiones a autoridades mexicanas, costo que significa dos terceras partes de un salario mínimo mensual en Guatemala. Por ello, movilizarse a México para buscar la vacuna también estaba determinado por la capacidad económica de los individuos o el nivel de endeudamiento que se quería asumir en recursos preventivos en salud, que a su vez era menor a los pagos estimados por hospitalización ante una complicación por la covid-19.

¹⁵ Durante las jornadas de vacunación en Chiapas, las autoridades sanitarias anunciaban con pocos días de anticipación las fechas en las que estarían instalando los puestos en las diferentes ciudades. Comúnmente eran anunciadas a través de las radiodifusoras locales o las redes sociales, por lo que era difícil saber la fecha exacta en la cual las vacunas llegarían a cada ciudad.

¹⁶ Un aproximado de 46 USD.

¹⁷ 95-120 USD.

¹⁸ 10 USD.

Imagen 1. Guatemalteca protesta contra su gobierno mientras es inmunizada en las jornadas de vacunación en la ciudad de Tapachula, Chiapas



Fuente: Captura de pantalla de publicación del medio digital Ruda, Guatemala (25 de julio de 2021) (ver: <https://www.facebook.com/rrrudagt/photos/a.121038612690914/379594233502016/>).

La marca de la vacuna dependía de las que se surtieran durante esa jornada, pero comúnmente había CANSINO para cubrir a los guatemaltecos. Quienes se aplicaron esta vacuna viajaron a México una sola ocasión, pero otros tuvieron que acudir, semanas después, a recibir la segunda dosis, lo cual aumentó el costo del viaje. Esta dinámica fue utilizada por personas mayores de 30 años hasta agosto de 2021, aproximadamente, pues en ese mes las vacunas suministradas por donación y compra en Guatemala llegaron con mayor regularidad y los segmentos de edad menores obtuvieron sus dosis con más facilidad.

La dinámica de búsqueda de servicios mexicanos de salud en la frontera es común para aquellos habitantes guatemaltecos perifoneos y México, por ley, debe dar atención a toda persona que se encuentre en territorio nacional (Paredes, 2021),

incluida la inmunización. Sin embargo, el fenómeno de que las personas guatemaltecas urbanas busquen este servicio es una modalidad que antes de la pandemia era escasamente utilizada.

Irónicamente, Tapachula vacunó a un buen número de esos guatemaltecos, pero no a los migrantes en situación irregular que se encontraban en la ciudad. No fue sino ya avanzado 2021 cuando se empezaron a armar programas piloto pensados para la vacunación de migrantes en tránsito, a pesar de que para el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS (SAGE), desde un primer momento los migrantes fueron considerados uno de los colectivos prioritarios para acceder a la vacunación (junto a la población adulta mayor), debido a su alta vulnerabilidad social (OMS, 2020).

A manera de conclusión

El escenario político-social en Guatemala ha sido muy difícil desde hace varios gobiernos, y la pandemia por el SARS-CoV-2 vino a golpear aún más la debilidad democrática e institucional. En algunos casos esto significó, para las clases con ciertas comodidades económicas, tener que enfrentarse por primera vez a los servicios públicos de salud y “padecer” lo que la mayoría de la población enfrenta comúnmente cuando accede a estos: falta de espacio, carencia de insumos, sobresaturación de los servicios, etcétera. La situación de la movilidad de guatemaltecos hacia México para buscar vacunas es una más de las consecuencias que dejó la deficiente gestión de la pandemia por las autoridades guatemaltecas, y abrió un fenómeno al que es necesario prestar atención desde las ciencias sociales tanto en Guatemala como en México.

El tema de la adaptación de las “economías ilegales” en las fronteras en tiempos de pandemia demuestra cómo las prácticas de extorsión encontraron estrategias versátiles y de codependencia que aseguraran a los funcionarios públicos el ingreso del flujo monetario que proviene de personas en tránsito con necesidades de ingresar al país, al tiempo que existen personas dispuestas a aceptar estas prácticas, aunque la misma corrupción sea el motivo por el cual deben movilizarse hacia otros países para obtener el derecho a la inmunización y uno de sus principales motivos para el rechazo de la gestión presidencial en Guatemala.

En este sentido, en las investigaciones de frontera debe ampliarse el objetivo hacia el tema de la inmunización de las poblaciones migrantes en las políticas nacionales, tomando en cuenta al migrante en tránsito y a esos otros migrantes que acuden a una atención muy precisa y retornan a su país; es importante abrir también los estudios en salud al análisis del papel de la frontera y de los pagos ilegales en los gastos de bolsillo en salud para acceder a salud preventiva, por ejemplo.

Es sumamente interesante observar cómo la débil democracia guatemalteca, como consecuencia de un arrastre histórico de gobiernos depredadores, obligó a las personas de capas medias y altas a “migrar” temporalmente para buscar vacunas y a usar por primera vez los servicios de salud pública. Seguramente estudios sobre las élites y sobre capas medias y sus estrategias durante la pandemia pueden ser interesantes vetas de estudio futuro para la región. Más que un cierre, este escrito intenta ser una invitación a la apertura de estos fenómenos en las investigaciones sobre salud, frontera y movilidad humana.

Referencias

- AFP (2020). “Turista estadounidense es el primer caso de coronavirus en Centroamérica”. En *France 24*, 6 de marzo. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20200306-turista-estadounidense-es-primer-caso-de-coronavirus-en-centroam%C3%A9rica>
- Argueta, Otto y Marco Pérez N. (2020). *Impactos de la pandemia de COVID-19 en la fragilidad democrática. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*. San Salvador: Fundación Heinrich Böll Stiftung. Disponible en: https://sv.boell.org/sites/default/files/2021-05/Impactos.Pandemia.Covid-19.Fragilidad.Democr%C3%Altica.ES_.G.H.N.hbs_.pdf
- Banco Interamericano de Integración Económica (BCIE) (2020). *Centroamérica en cifras, Tegucigalpa*. S/I: BCIE. Disponible en: <https://www.bcie.org/novedades/noticias/articulo/conozca-el-anuario-estadistico-centroamerica-en-cifras-del-bcie>
- Becerril-Montekio, Víctor y Luis López-Dávila (2011). “Sistema de salud de Guatemala”. En *Salud Pública de México*, vol. 53, sup. 2, s197. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800015&lng=es&tlng=es
- CNN Español (2020). “Se aplica la primera vacuna de coronavirus en Latinoamérica a una jefa de enfermeras en Ciudad de México” [video]. En *CNN Latam*, 24 de diciembre. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/video/primer-vacuna-coronavirus-mexico-maria-irene-ramirez-enfermera-lopez-gatell-vo-brk/>
- Dalmaso, Simone (2021). “Inicia la segunda fase de vacunación: más simbólica y con pocas dosis”. En *Plaza Pública*, 4 de mayo. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/inicia-la-segunda-fase-de-vacunacion-mas-simbolica-y-con-pocas-vacunas>
- De Miguel, Rafa (2020). “Una mujer de 90 años, la primera persona en recibir la vacuna de Pfizer contra el coronavirus tras los ensayos”. En *El País*, 8 de diciembre. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-12-08/una-mujer-de-90-anos-la-primer-persona-en-recibir-la-vacuna-de-pfizer-contra-el-coronavirus.html>

- Gámez, D. y C. Palacios (2017). “Crisis de pasaportes: meses de espera y viajes frustrados”. En *La Hora*.gt, 4 de abril. Disponible en: <https://lahora.gt/nacionales/wpcomvip/2017/04/04/crisis-pasaportes-meses-espera-viajes-frustrados/>
- GAVI (2021). “COVAX explained”. En *Vaccines Work*, 3 de septiembre. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- HEP+ (2018). “Tendencias en el gasto catastrófico en salud en Guatemala”. Washington: Health Policy Plus, junio. Disponible en: http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10234-10419_GuatemalaCatastrophicExpenditureBrief.pdf
- International Transparency (2020). *Corruption Perception Index 2020*. Bélgica: Transparency International. Disponible en: <https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/nzl>
- Kickbusch, I., M. Kökény, M. Kazatchkine y E. Karaman (2021). “Respondiendo a la covid-19: un resurgimiento de la diplomacia en salud global”. En *Revista Mexicana de Política Exterior*, núm. 119, pp. 185-206. Disponible en: <https://revistadigital.sre.gob.mx/index.php/rmpe/article/view/19>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el Establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados. Conjunto criterios para orientar la planificación y las recomendaciones posteriores en distintos contextos epidemiológicos y posibles situaciones de suministro de vacunas. Versión I*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19*. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator>
- Our World in Data (2021). *Share of people vaccinated against COVID-19, Dec 18, 2021*. Statistics and Research: Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>, consultado el 23 de septiembre de 2021.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). *Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. Washington D.C.: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021a). “Preguntas frecuentes sobre mecanismo COVAX y vacunas COVID-19 en las Américas”. En *OPS News*, 26 de marzo. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-3-2021-preguntas-frecuentes-sobre-mecanismo-covax-vacunas-covid-19-americas>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021b). “Tablero de indicadores básicos”. En OPS Portal de Indicadores Básicos, 20 de septiembre. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s/f). “Fondo Rotatorio”. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=396&Itemid=40242&lang=es
- Paredes, Verónica (2021). *Salud en territorio de frontera Guatemala-México: Circularidad, estrategias y políticas*. Tesis de doctorado, Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2021/mayo/0812380/Index.html>
- Pieper, Oliver (2021). “El presidente de Nicaragua, Daniel Ortega, ignora el coronavirus”. En *DW.Com*, 21 de mayo. Disponible en: <https://www.dw.com/es/el-presidente-de-nicaragua-daniel-ortega-ignora-el-coronavirus/a-53521446>
- Prensa Libre* (2021). “¿Cuánto cuesta tratar el COVID-19 en lo privado?” [video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=G8y4nkM9IxQ>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Guatemala (PNUD) (2017). “Desigualdad y pobreza limitan Desarrollo Humano en las regiones del Norte y Occidente” [blog], 2 de noviembre. Disponible en: <https://bit.ly/36MOXCS>
- Román, Julio (2021). “Primeras vacunas contra el coronavirus, donadas por Israel, llegan a Guatemala”. En *Prensa Libre*, 16 de mayo. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/primeras-vacunas-contra-el-coronavirus-donadas-por-israel-llegan-a-guatemala-breaking/>
- Toledo-Leyva, Camilo (2021). “Covid-19 en América Latina: escándalos de corrupción no dan tregua”. En *DW.com*, 6 de julio. Disponible en: <https://www.dw.com/es/covid-19-en-am%C3%A9rica-latina-esc%C3%A1ndalos-de-corrupci%C3%B3n-no-dan-tregua/a-58181894>

PANDEMIA

Crisis y estrategias de contención
en México y Centroamérica

Carlos de Jesús Gómez-Abarca
(coordinador)

Corrección de estilo: María Isabel Rodríguez Ramos
y Roberto Rico Chong.

Se terminó de imprimir en agosto de 2022 en los
talleres de Editorial Fray Bartolomé de Las Casas,
Av. Pedro Moreno #7, Barrio de Santa Lucía, 29250.
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México,
en tiro de 500 ejemplares.

Este libro sale a la luz en un momento de grandes rupturas ocasionadas por la propagación y los efectos de la pandemia del coronavirus, causada por el virus SARS-CoV-2. A pesar de que son numerosos los artículos y libros dedicados a conocer y analizar al virus y las múltiples dimensiones en que ha impactado, quedan todavía un gran conjunto de incógnitas por resolver. Este libro aspira a dar respuesta a algunas de estas, a través de reflexiones situadas en diferentes latitudes y escalas analíticas, que versan sobre distintas dimensiones de la vida social y política que han acusado recibo de la pandemia en México, con énfasis en el centro y el sur del país, y en Centroamérica, particularmente en Guatemala, El Salvador y Nicaragua. Los trabajos que aquí se presentan destacan por describir y analizar los primeros dos años de la pandemia y su convergencia con otras crisis y fenómenos sociales. De manera más puntual, bordan sobre: las respuestas institucionales y los efectos de estas intervenciones; el papel de los factores geopolíticos y geoeconómicos; la exacerbación de diferentes crisis sociales, ecológicas, económicas y políticas; las percepciones de riesgo y vulnerabilidad en que se sitúan algunos grupos poblacionales; los desafíos analíticos que se experimentan en las ciencias sociales y las propuestas multidisciplinares e interseccionales que se plantean para superarlos; y las estrategias individuales, grupales y comunitarias desplegadas por investigadoras/es-tesistas para afrontar las distintas crisis experimentadas durante sus procesos de investigación.

María del Carmen García Aguilar ✳ Adriana Villafuerte García ✳

Daniel Villafuerte Solís ✳ Gabriela Mariana Fenner Sánchez ✳ Leocadio Édgar Sulca Báez ✳ Cecilia Guadalupe Acero Vidal ✳ Araceli Calderón Cisneros

✳ Gisela Espinosa Damián ✳ Alma Lili Cárdenas Marcelo ✳ Carmen Delia

Hernández Linares ✳ Verónica Haydee Paredes Marín ✳ Édgar Baltazar Landeros

✳ Carlos de Jesús Gómez-Abarca ✳ Gabriela Rincón Rubio ✳ Ana Magdalena

Solís Calvo ✳ Irlanda Danaé Maya Solís ✳ María Briseida Alfaro Pérez ✳

Dulce Belem Cuaya Retana ✳ Marissa López Martínez ✳ Marlem Ramires Ruiz ✳

Paulina Villanueva Lucero ✳ Mariana Tovar Cabrera ✳ Mariana Cameras Myers



ISBN: 978-607-543-164-2

