

# Microsistemas de interacción. Agresiones al personal sanitario en la pandemia por COVID-19 en México

Microsystems of interaction. Attacks on health personnel in the COVID-19 pandemic in Mexico

---

Carolina Espinosa Luna

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, CRIM-UNAM, México

Liliana Ramírez Ruiz

UNAM, México

**RESUMEN:** El presente artículo propone un marco conceptual para describir la interacción como microsistemas sociales en los que se enmarcan las agresiones al personal de salud como tipos de interacciones específicas. Para describir las agresiones, se realizó una revisión de ochenta y una notas de prensa y se efectuaron treinta y nueve entrevistas con el objetivo de comprender las experiencias de trabajadoras y trabajadores de la salud. Se identificaron tres tipos de agresiones; exclusión racional, estigma y estallido hostil. Los hallazgos mostraron que la evaluación racional para el distanciamiento en la interacción, portar una bata blanca o un uniforme como elemento simbólico de riesgo y las creencias en torno a la enfermedad propiciaron formas de violencia específica hacia los trabajadores. También se explica la importancia del tiempo para el desvanecimiento de los enfrentamientos. Por último, la investigación proporciona un marco general para comprender la pandemia como objeto de estudio sociológico.

**ABSTRACT:** This article proposes a conceptual framework to describe interaction as social microsistemas in which aggressions to health workers are framed as specific types of interactions. To describe aggressions, a review of 81 press releases and 39 interviews were done to understand the experiences of health workers. Three types of aggressions were identified; rational exclusion, stigmatization and hostile outbreak. The findings showed that rational choice for distancing in interaction and wearing a white coat or uniform as a symbolic element of risk propitiate specific forms of violence against public health workers. The prominence of time for the disappearing of confrontations is also explained. Finally, the research provides a general framework for understanding the pandemic as an object of sociological study.

**PALABRAS CLAVE:** Pandemia COVID-19; Sistemas sociales; Interacciones; Personal de salud; México

**KEYWORDS:** COVID-19 Pandemic; Social systems; Interactions; Health workers; México

## INTRODUCCIÓN

El 28 de febrero de 2020 se registró el primer caso de COVID-19 en México. Al 22 de marzo había 316 casos confirmados (Secretaría de Salud 2020a) y el lunes 23 de marzo inició en el país la llamada “jornada nacional de sana distancia” que implicaba el “repliegue familiar en casa” y la suspensión de clases presenciales y actividades “no esenciales” en todo el país (IMSS 2020). El 29 de marzo se informó oficialmente que había 993 casos confirmados (Secretaría de Salud 2020b). Al día siguiente, el gobierno federal declaró “como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-Cov-2 (COVID-19)” (SEGOB 2020), por lo que recomendaba “a los habitantes del país que [permanecieran] en sus casas para contener la enfermedad” (SEGOB 2020).

De abril a agosto de 2020 se publicaron en México al menos 81 notas de prensa que informaban de agresiones contra personal de salud en más de 20 entidades federativas. La mayoría de ellas (64%) se registraron en los meses de abril y mayo. Algunos de los hechos más mencionados en estas publicaciones fueron: negarles el acceso al transporte público o establecimientos comerciales, aventarles agua o cloro en la vía pública, atacarlos física o verbalmente, tratar de expulsarlos de vecindarios o localidades y ofensas cometidas por familiares de pacientes hospitalizados. El 23 de abril del mismo año, el presidente de México declaró: “eso que hacen es discriminación, así se llama, discriminación, y eso es realmente detestable, eso no se debe hacer. [...] Nuestro apoyo a las enfermeras, a los médicos, a los camilleros, a todos los trabajadores del sector salud, a todos.” (Presidencia de la República 2020).

Debido a la cercanía temporal de los sucesos, no sorprende que la mayoría de las publicaciones realizadas sobre las agresiones al personal de salud en la pandemia por COVID-19 reflejen una estructura ensayística, notas de trabajo o reflexiones con fuentes secundarias.<sup>1</sup> En esta propuesta, en cambio, nos hemos tomado el tiempo de realizar una revisión teórica y la elaboración de fuentes primarias como entrevistas a trabajadoras y trabajadores con el fin de enriquecer el conocimiento sobre el tema.

En ese sentido, en la primera parte de este trabajo, se definen las bases teóricas del estudio de acuerdo con Niklas Luhmann, Erving Goffman, James Coleman y Neil Smelser. Enseguida, se describe el procedimiento cualitativo de la recolección de información. Establecidas las bases teóricas y metodológicas del trabajo, presentamos los resultados de la investigación, en donde identificamos tres tipos de agresiones al personal de salud: exclusión racional, estigma y estallido hostil. Finalmente, concluimos con una discusión conceptual sobre este fenómeno emergente de la pandemia.

## 1. LOS SISTEMAS DE INTERACCIÓN EN LA PANDEMIA POR COVID-19

La teoría general de los sistemas sociales de Niklas Luhmann caracteriza a la sociedad moderna por su diferenciación de sistemas funcionales, en los que cada sistema parcial de la sociedad, como lo es la educación, la ciencia, o bien, la política y la economía son autónomos y no se determinan unos entre otros. Una faceta menos conocida del autor es la llamada diferenciación de planos en la que distingue a la sociedad de la organización y de la interacción (Tyrell 2011). Así, encontramos en el autor dos formas de diferenciación social; la diferenciación funcional y la diferenciación de planos. Nos serviremos de sus apuntes sobre los sistemas de interacción como microsistemas sociales para describir las agresiones al personal de salud. Aunque estos microsistemas no fueron el foco de atención del autor, su propuesta proporciona un marco de comprensión del fenómeno.

La primera característica de los sistemas de interacción es que están constituidos por personas presentes y son un caso mínimo de complejidad sistémica (Luhmann 2007). Los límites de sentido de estos tipos de sistemas son la presencia, ya que se necesitan de los cuerpos de

---

<sup>1</sup> Estas publicaciones se refieren a agresiones y actos de discriminación contra personal sanitario principalmente en América: Colombia (Bedoya 2020; Orellana 2020); Ecuador, Bolivia y Perú (Taylor 2020), México (Castro 2020; Díaz 2020) Argentina, Chile, Panamá, El Salvador y Estados Unidos (Orellana 2020), pero también se refieren a otros países como: España (Moreno 2020), Italia (Ramaci, et. al. 2020) e India (Menon, et.al. 2020). Asimismo, se alude a cerca de 600 agresiones ocurridas en más de 40 países; entre ellos: Afganistán, Bangladesh, República Centroafricana, Pakistán y Filipinas (Devi 2020). Salvo un par de trabajos, como los estudios de caso de Grover, et. al. (2020) y el trabajo de encuesta entre personal de salud de Ramaci et. al. (2020), la mayoría de las publicaciones tienen el carácter de ensayos, notas o reflexiones que se basan en fuentes secundarias.

las personas para generar una interacción cara a cara. El medio en el que la comunicación dentro de la interacción se hace posible es percibir y percibir que se es percibido.<sup>2</sup> El sociólogo Erving Goffman describió antes que Luhmann que en el orden de la interacción se ejecuta una acción como performance del sí mismo frente a un auditorio, en dicha ejecución, la comunicación está situada. Es decir, se necesita del espacio físico y de los cuerpos de las personas que cumplen un rol. Tanto en la obra de Luhmann como en la de Goffman, se les trata a estos microsistemas como episodios que presentan un inicio y un fin.

Las agresiones al personal de salud son formas comunicativas y acciones<sup>3</sup> fijadas en situaciones localizadas dentro de los hospitales, transporte, vía pública y ámbitos privados. Estas se vuelven relevantes para los sistemas de interacción dado que han roto las expectativas en la historia de las interacciones anteriores. Queremos destacar esta reflexión, dentro de la tradición sociológica que inició con Talcott Parsons (1988), existe la observación de las asimetrías entre los roles en la relación paciente y médico, como consecuencia el segundo puede decidir sobre el cuerpo del primero. El tema tratado es un caso en el que la deferencia al rol de médico se ve trastocada y se rompen las expectativas de las conductas. Según Luhmann, los sistemas sociales pueden reforzar las asimetrías de los roles (2007).

Dado que la interacción se organiza según las reglas y normas de comportamiento, al perderse el decoro por la agresión, el orden social mismo pareciera verse amenazado. Se hace notar que contrario a las formulaciones sociológicas clásicas, en las agresiones no se sigue la naturaleza reglamentada de la interacción, más bien se pone en riesgo la reproducción del episodio, lo interrumpen y terminan temporalmente con él. Si no existieran las agresiones, las interacciones entre personal médico y pacientes se verían estables, sin embargo, la conducta ofensiva genera una variación en los sistemas y reduce el tiempo esperado de la interacción con un acto violento.

Según Goffman (1981), la rutina y la rutinización son mecanismos para mantener los rituales al interior de las interacciones -que en teoría de sistemas sociales es traducible a una forma de estabilización- pero él mismo expone que ritualmente hay riesgos. La agresión desde una perspectiva sistémica es una contingencia situacional que, en lugar de reducir riesgos, los aumenta. Se puede definir una agresión como una ruptura de expectativas donde el cuerpo es un factor de riesgo y lo acompaña el estigma infeccioso. Como consecuencia del fenómeno, la mutua accesibilidad entre personas presentes se ve amenazada temporalmente, sin embargo, las agresiones no son permanentes. El autocontrol de los sujetos y la cooperación para el mantenimiento del evento de comunicación y acción en los sistemas de interacción se perturba, generando un objeto de análisis sociológico novedoso ya que lo que se pretende estudiar no es el orden social o la naturaleza de la interacción, sino la variación y las expectativas no deseadas de la realidad social con un mínimo de contingencia.

Hasta aquí la teoría general de los sistemas sociales de Niklas Luhmann y la cercanía al tratamiento de Erving Goffman sobre el orden de la interacción nos ha servido como marco de comprensión de los microsistemas sociales en los que se realizan las agresiones al personal de salud. Sin embargo, para el estudio de las tres formas de agresiones encontradas en la investigación, tomaremos elementos teóricos puntuales que nos permiten su descripción.

En primer lugar, lo que en esta investigación se ha definido como exclusión racional detalla la evaluación entre costos y beneficios que hacen las personas cuando participan en la

<sup>2</sup> La teoría de los sistemas sociales de Niklas Luhmann entiende a la comunicación como una triple síntesis; información, darla a conocer, comprender.

<sup>3</sup> Escribimos comunicación y acción dado que en la obra de Luhmann la comunicación antecede a la acción, pero solo las acciones sociales pueden fijar las infinitas comunicaciones.

interacción durante las agresiones. Según lo propuesto por James Coleman (2011) y su interaccionismo institucional, se detecta que en los episodios de agresiones existen personas con intereses propios que se enfrentan a otros como colectivo que también buscan salvaguardar sus intereses. El caso que se presenta es el de los trabajadores que están expuestos a la interacción con pacientes infectados con COVID-19 y no pueden renunciar a dicha exposición. Familiares, colegas y vecinos buscan mantenerse alejados del riesgo e imponen un distanciamiento al personal de salud. Cuando explicamos la racionalidad parcial de la agresión, nos referimos a que esa racionalidad es incompleta en el sentido de John Elster (2009), aunque no actúen según la predicción o hayan roto con las expectativas los participantes de la interacción han determinado cuáles son los mejores medios para actuar dadas sus creencias, seleccionado cuáles de éstas son óptimas según sus propias pruebas y la cantidad óptima de pruebas para tener una preferencia. La evaluación de los participantes en la interacción hace suficientes las razones para ejecutar una acción racional.

El segundo tipo de agresiones trata del estigma que, según Goffman, todos somos portadores. El estigma es un signo deshonoroso que se le ha imputado a una persona y el sociólogo norteamericano lo distinguió de tres formas; a) deformidades físicas, b) defectos de carácter, esto es especialmente cuando se es un enfermo mental, prisionero, adicto a las drogas, alcohólico u homosexual y c) los asociados con la raza, la nación y la religión (Goffman 2006). Partiendo de los planteamientos de Goffman, en un estudio sobre el estigma en las epidemias y pandemias, Jon D. Lee agrega un cuarto tipo, los infectados. Este estigma se refiere a “personas cuyos cuerpos no muestran señales físicas de enfermedad pero que se presume podría hospedar virus, bacterias, hongos, parásitos, etcétera, considerados ofensivos, peligrosos, contagiosos o repugnantes para los demás” (Lee 2003:106) y que detonan la agresión.

El tercer tipo de agresiones se refiere al estallido hostil. De acuerdo con Neil Smelser, las personas pueden volverse hostiles tras un desastre que genera una situación de amenaza y tensión.<sup>4</sup> El estallido hostil, en palabras de Smelser, es una “movilización para la acción bajo una creencia hostil” (Smelser 1989: 247). Las creencias generalizadas pueden ser supersticiones, ideologías o rumores que surgen “en situaciones ‘ambiguas’, ‘inciertas’, ‘inusitadas’, ‘poco familiares’, ‘desconocidas’, ‘no verificables’ o ‘incontrolables’” (Prasad 1935. Citado por: Smelser 1989: 96). Las epidemias y pandemias, entendidas como desastres sociales (Perry 2018) generan las condiciones de ambigüedad e incertidumbre adecuadas para el desarrollo de creencias que subyacen a este tipo de agresiones.

## 2. MÉTODO<sup>5</sup>

Para la elaboración de este trabajo comenzamos con la revisión de ochenta y una notas de prensa sobre agresiones a personal de salud, publicadas de abril a agosto de 2020, con el propósito de explorar el problema de la investigación. A través de esas notas, observamos que dichas agresiones eran tan diversas que no podían explicarse en una sola dirección. A diferencia de la literatura vigente, identificamos la necesidad de indagar distintas rutas explicativas en torno al mismo fenómeno.<sup>6</sup> Con ese punto de partida, procedimos a la realización de entrevistas

<sup>4</sup> Antes que nosotras, Roberto Castro propuso estudiar las agresiones al personal de salud en el contexto de la pandemia de acuerdo con los conceptos de tensión y conductividad estructural de Neil Smelser (Castro 2020). Sin embargo, a nuestro juicio, no identifica las creencias específicas que subyacen a la agresión y que definen a los estallidos hostiles.

<sup>5</sup> Las autoras agradecen a Yoali Zareth Mancilla su colaboración en la realización y transcripción de entrevistas.

<sup>6</sup> En las publicaciones académicas sobre las agresiones contra el personal de salud en la pandemia por COVID-19

tas.

El método de investigación se definió en términos cualitativos con la intención de conocer las experiencias de trabajadores y trabajadoras de la salud en el marco de la pandemia. Realizamos preguntas abiertas en torno a los cambios en su trabajo cotidiano a partir de marzo de 2020. En cuanto a las agresiones, les preguntamos si habían experimentado actos de discriminación, exclusión o agresión, cómo habían ocurrido y cuál era su percepción al respecto. Los informantes se seleccionaron a través de contactos personales; a su vez, las propias personas entrevistadas nos ponían en contacto con otros médicos, médicas, enfermeros y enfermeras.

En total, en noviembre y diciembre de 2020 realizamos treinta y nueve entrevistas a trabajadores de la salud, veintidós mujeres y diecisiete hombres. En cuanto a sus roles profesionales, doce de las personas entrevistadas fueron doctores, doce doctoras, diez enfermeras, dos enfermeros, un supervisor de enfermería, un paramédico y un químico del área de investigación en atención a COVID-19.<sup>7</sup> En cuanto a su entidad de procedencia, catorce de las personas entrevistadas señalaron que trabajaban en la Ciudad de México, ocho en Veracruz, cinco en Morelos, tres en el estado de México, tres en Zacatecas, dos en Quintana Roo, una en Coahuila, una en Hidalgo y una en Sonora. Sólo una persona entrevistada no mencionó en qué entidad laboraba.

La mayoría de los informantes refirieron que contaban con dos o más trabajos, en ámbitos públicos y privados. Los lugares de trabajo más mencionados fueron los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud de las entidades federativas. También hubo menciones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), hospitales privados en la Ciudad de México y consultorios particulares. Las entrevistas fueron realizadas a través de la plataforma electrónica *zoom* y/o por teléfono. Sólo dos entrevistas fueron presenciales.

En los textos de las transcripciones identificamos las distintas experiencias de agresión y discriminación de acuerdo con: a) el lugar o espacio físico de ocurrencia, b) el agresor (desconocido, familiar, colega, vecino, etc.), c) la forma de la agresión (física, verbal o simbólica), d) el momento de la agresión (durante o fuera de la jornada laboral), y e) las respuestas a la misma (reacciones inmediatas, el sentido que le dan a la agresión, medidas de prevención). Una vez clasificada la información, procedimos al análisis obteniendo los siguientes resultados.

### 3. RESULTADOS

De acuerdo con el análisis de las entrevistas, identificamos tres tipos de agresiones cometidas contra el personal de salud, a saber: exclusión racional, estigma y estallido hostil.

---

identificamos que las y los autores suelen centrarse en una sola causa, ya sea que se trate del deterioro de los sistemas de salud (Castro 2020; Díaz 2020; Moreno 2020), las narrativas pandémicas — estigma, noticias falsas, rumores, conspiraciones y creencias— (Menon et. al. 2020; Taylor 2020; Orellana 2020; Prasad et. al. 2020; Logie & Turan 2020; Turner, et al. 2020; Grover, et. al. 2020) o el temor a contagiarse (Turner 2020; Abdelhafiz & Alorabi 2020; Menon et. al. 2020; Bedoya 2020). En cambio, nosotras sostenemos que dichas agresiones se refieren a distintas expresiones del comportamiento social en la pandemia; en ese sentido, se requieren diversos recursos conceptuales para su mejor comprensión.

<sup>7</sup> Al iniciar el trabajo de campo teníamos la intención de ampliar el rol de los informantes; por ejemplo, esperábamos incluir camilleros, personal de intendencia y personal administrativo. Sin embargo, el propio curso de los contactos nos fue llevando principalmente a médicos, médicas, enfermeros y enfermeras. Si bien no logramos ampliar el repertorio de roles profesionales, la información obtenida en las entrevistas es suficiente para los fines de este artículo.

### 3.1. EXCLUSIÓN RACIONAL

El supuesto lógico de la exclusión racional es que el riesgo de infección del personal sanitario es alto por el contacto frecuente que guardan con personas enfermas de COVID-19. Como resultado, se evalúa que mantener una distancia física ayudaría a prevenir el contagio. A este planteamiento le sigue una conclusión razonada por parte de la persona ofendida. Este tipo de agresión se genera principalmente por parte de familiares, colegas y vecinos quienes prefieren disminuir el trato cotidiano con el personal de salud que atiende a pacientes enfermos por COVID-19. Veamos los siguientes casos:

En una ocasión, mi hermana me dijo que no fuera a la casa a ver a mis papás. Ese día se me rompió el corazón, me puse a llorar todo el día. Pensaba: ‘No es posible, ni mi familia quiere estar conmigo’. Después pensé que ellos también tenían miedo porque yo había visto a unos pacientes que eran positivos y porque mi mejor amigo del hospital era positivo también. Entonces al principio me sentí rechazada y triste pero después entendí la preocupación y durante dos o tres semanas no fui a ver a mis papás. (Entrevista a Mariana, médica. Hospital infantil, Morelos. Realizada el 29 de noviembre de 2020).<sup>8</sup>

En esta cita observamos una evaluación racional que fundamenta la solicitud de distanciamiento causando sufrimiento en la doctora, mismo que fue superado también en términos racionales. El siguiente testimonio tiene un sentido similar:

Solía visitar a mi abuela con mi gel, mi cubrebocas y a tres metros de distancia, pero las hijas de mi abuela me dijeron que mejor no la visitara, me hicieron sentir un bicho raro. Ellas y algunos primos visitan a mi abuela, pero si ella se llegara a enfermar sería a mí a quien me cargarían la responsabilidad. ¿Para qué tener problemas? Mejor le hablo por *Whats.App*, las redes sociales nos han ayudado bastante. (Entrevista a Ernesto, enfermero. IMSS, Zacatecas. Realizada el 2 de diciembre de 2020).

En esta narración destacamos tres aspectos. En primer lugar, notamos el carácter racional de la solicitud hecha al enfermero, aunque éste declaraba que mantenía el cuidado de no contagiar a su abuela, las hijas de ésta tenían el temor fundado de que su madre enfermara. Cabe acotar que hablamos de una racionalidad parcial o incompleta toda vez que la abuela en cuestión seguía siendo visitada por otros familiares que no necesariamente estaban exentos del virus. En segundo lugar, resaltamos el daño que generó dicha solicitud, el enfermero declaró sentirse “bicho raro”; coloquialmente, un bicho raro es alguien extraño, diferente o ajeno, en este caso, al grupo familiar. En tercer lugar, observamos la evaluación racional del enfermero, quien optó por no confrontarse y mantener el contacto con su abuela a través de otros medios.

El tercer caso de exclusión racional lo encontramos al interior de los propios hospitales, entre quienes trabajan en zonas de atención a COVID-19 y quienes no:

En los hospitales hubo cierto rechazo hacia nosotros porque tenemos el primer contacto con el paciente, le damos estabilización y eso hace que el riesgo de contagio sea alto. Entonces al llegar y al salir del hospital teníamos rechazo de nuestros compañeros administrativos y de otras áreas que no son de contaminación como la de nosotros; por ejemplo, se alejaban o evitaban acercarse. Ese rechazo sí lo sentí por parte de los compañeros. (Entrevista a Raúl, médico. Secretaría de Salud e IMSS, Veracruz. Realizada el 30 de noviembre de 2020).

Cuando recién empezó todo, a los que empezamos en el área COVID nos veían como con miedo o te discriminaban. ‘Ahí vienen los apestados del cuarto piso’ ‘Ahí vienen los que están en COVID’. Si te sentabas a un lado de ellos, te tenían miedo o te hacían caras. (Entrevista a Ernesto, enfermero general.

<sup>8</sup> Los nombres reales de las personas entrevistadas fueron sustituidos por seudónimos.

IMSS, Zacatecas. Realizada el 2 de diciembre de 2020).

En estas entrevistas observamos el mismo razonamiento que conduce a la exclusión. Sin embargo, el adjetivo “los apestados”, nos acerca al siguiente tipo de agresión: el estigma. En efecto, mientras la exclusión racional está basada en un razonamiento lógico sobre las probabilidades del contagio, el estigma, como veremos enseguida, es un atributo que identifica al personal sanitario con la categoría de “infectados”.

### 3.2. ESTIGMA

De acuerdo con Goffman, un estigma es un atributo deshonoroso situado en una persona que hace de ella alguien extraño, diferente, indeseable, malvado, peligroso, débil, corrompido o menospreciado (Goffman 1986). El estigma se refiere a una identidad “virtual”, no “real”, construida de acuerdo con categorías sociales de clasificación entre normal y anormal, puro e impuro, propio y extraño. Cualquiera que sea la distinción que se use, la diferencia entre el estigma y otras formas de ordenación es que establece una zona simbólica de seguridad en donde se ubican a sí mismas las personas que estigmatizan. De ahí que el estigma tenga sentido en términos de interacción social. En este tipo de agresión por estigma, la relación entre personas ofensoras y ofendidas es de tipo impersonal toda vez que el ataque no se motiva por las cualidades personales de los ofendidos sino por la percepción del objeto material que simboliza la infección, nos referimos a la bata blanca o el uniforme quirúrgico. Veamos:

Mi novio es taxista. Una vez iba con él en el asiento delantero, con el uniforme quirúrgico. Una persona quería taxi y mi novio le dijo que se subiera, pero al verme puso cara de susto y no se subió. Mi novio me dijo: ‘Se asustó al verte’. Yo traía mi cubrebocas puesto. Esa vez me sentí rechazada. (Entrevista a María, enfermera. Secretaría de Salud, Veracruz. Realizada el 24 de noviembre de 2020).

Al principio de la pandemia usábamos el uniforme blanco normal pero sí se alejaba la gente. Nunca me dijeron nada, pero sí te veían con ‘miedito’. Después dejamos de usar el uniforme. (Entrevista a Beatriz, enfermera. ISSSTE, Morelos. Realizada el 24 de noviembre de 2020).

En estos casos, las alusiones al “miedito” y al susto indican la señal de alerta que se detona ante la percepción visual del uniforme blanco y que conduce al alejamiento en el momento de la interacción. Observemos también que, en el primer caso, aunque la enfermera traía cubrebocas, la persona no quiso abordar el taxi, tal es el efecto del estigma. De acuerdo con Goffman, un individuo que en otro momento pudo haber sido aceptado en una interacción social “posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos” (Goffman 1986: 15). Lo que produce el alejamiento es el uniforme blanco que simboliza el estigma de infectados en el contexto disruptor de la pandemia. Notemos ahora la intención de distanciamiento en las siguientes citas:

Tomo dos autobuses para llegar a mi trabajo. En ese trayecto, es común que la gente no quiera sentarse a tu lado o no se quiera parar junto a ti, no quieren tocar donde tú tocas, nada más te ven de blanco y se quieren alejar. (Entrevista a Patricia, enfermera. Secretaría de Salud, Veracruz. Realizada el 23 de noviembre de 2020).

Al salir del hospital, con el uniforme quirúrgico, nos identificaban como enfermeros o como personal de salud y notabas cómo la gente se hacía a un lado o trataban de alejarse; no sé, supongo que para no ser contagiados. (Entrevista a Humberto, enfermero general. Secretaría de Salud, Veracruz. Realizada el 24

de noviembre de 2020).

Nunca había sentido esa discriminación. Al contrario, al verte de enfermera imponías respeto. Al menos te cedían el asiento en el micro o te pedían orientación sobre los servicios del hospital. Se acercaban a ti por vestir de blanco. Ahora eso ya no sucede. (Entrevista a Itzel, enfermera. IMSS, Morelos. Realizada el 22 de noviembre de 2020).

El acto de alejarse de la persona que posee el estigma, eludir el tacto con las mismas superficies que ella toca y evitar sentarse a su lado son actos mediante los cuales busca establecerse una frontera o barrera simbólica entre infección y asepsia; de tal suerte que la persona que estigmatiza pretende situarse a sí misma en una zona “a salvo” de la contaminación por el virus.

En las entrevistas observamos que, al miedo y distanciamiento, se suma la violencia física como reacción al estigma. Randall Collins (2008), en su microsociología de la violencia, señala que hay situaciones oportunas para la agresión física en interacciones sociales. Entre otros aspectos, dicha oportunidad se crea cuando se localiza un objetivo débil y cuando resultan factibles los ataques sorpresa. En el caso de las agresiones por estigma contra el personal de salud, podemos observar que las situaciones de violencia en su contra se distinguen por arrojar líquidos como agua, cloro o café contra el personal de salud:

Varias chicas de enfermería que viajan en transporte público nos llegaron a comentar que les aventaban cloro, las ‘mosqueaban’ en el transporte o que los vecinos les pidieron que se mudaran de casa por el miedo. (Entrevista a Manuel, médico. IMSS, Quintana Roo).

Hubo comentarios de varios compañeros a quienes agredieron tanto física como verbalmente. Una compañera tenía que caminar del hospital a la parada del transporte público. Iba en la banqueta cuando un chico que venía frente a ella le aventó café caliente en su uniforme. (Entrevista a Alina, enfermera. IMSS, Ciudad de México).

Los líquidos como el agua y el cloro tienen usos cotidianos de limpieza, pero sabemos que no funcionan arrojándolos directamente a las personas, mucho menos si se trata de bebidas, como el café. La violencia por estigma no opera bajo criterios de racionalidad en el sentido de usar los medios más adecuados para conseguir un fin (evitar el contagio), sino bajo criterios de representación. Los líquidos son un instrumento simbólico en la violencia física contra el estigma de infectados.

La eficacia de la bata blanca o uniforme quirúrgico, para producir la violencia por estigma, es de tal magnitud que las agresiones contra el personal de salud llegan a desactivarse cuando ocultan su ropa de trabajo, eso es lo que Goffman llama encubrimiento; al respecto, señala que “existen estigmas importantes [...] que el individuo debe ocultar cuidadosamente ante determinada clase de personas y exponer de forma sistemática ante otras” (Goffman 1986: 91). Veamos los siguientes casos:

Casi no uso el transporte público a raíz de la agresión que empezamos a tener. Ya no salimos con bata ni con uniforme. (Entrevista a Andrea, médica. IMSS, Ciudad de México. Realizada el 3 de diciembre de 2020).

Ahora tengo que salir de civil, sin gafete, sin nada. Llegando al hospital, me cambio. Esa es una gran diferencia que he experimentado en esta pandemia. (Entrevista a Itzel, enfermera. IMSS, Morelos. Realizada el 22 de noviembre de 2020).

Al inicio de la pandemia, cuando empecé a ver las noticias de que agredían al personal médico, guardaba



mi bata en una bolsa y no la sacaba hasta que llegara a la casa en donde vivía el paciente. O sea, en la calle no usaba bata. No tuve la mala experiencia de que alguien me rechazara porque no traía la bata. (Entrevista a Karla, médica particular. Estado de México. Realizada el 7 de diciembre de 2020).

Nunca porté el uniforme. A partir de que empezó esto empecé a dejar de usar el uniforme blanco. Sólo usaba una filipina quirúrgica de color, dejé de ocupar el uniforme clínico para todo y más si se distinguía que era del IMSS porque se supo que el IMSS recibía pacientes covid. (Entrevista a Leticia, enfermera. IMSS. Ciudad de México. Realizada el 25 de noviembre de 2020).

De hecho, traemos la bata en una bolsa o en el coche. (Entrevista a Raúl, médico. Secretaría de Salud e IMSS, Veracruz. Realizada el 30 de noviembre de 2020).

Pero ocultar el uniforme no fue sólo una estrategia individual, sino una instrucción formal en los hospitales:

Cuando inició la pandemia y se dieron los primeros casos de violencia contra el personal de salud, se estipuló que nadie podía salir con el uniforme. Aparte nos mandaron un transporte para el personal de nuestro hospital, que es centro covid. El personal que no tenía carro se iba en el autobús, por eso nunca viví discriminación. (Entrevista a Olga, enfermera. Estado de México. Realizada el 21 de noviembre de 2020).

A una compañera la querían sacar del transporte público, pero ella dijo que no se iba a mover y la sacaron casi a golpes. Por eso se tomó la decisión de que no íbamos a usar el uniforme blanco, sino ropa de civil o el uniforme quirúrgico de color que aparenta ser ropa normal de calle”. (Entrevista a Beatriz, enfermera, ISSSTE, Morelos. Realizada el 24 de noviembre de 2020).

Las indicaciones generales eran que no llegáramos ni saliéramos del hospital con uniforme. Era obligatorio ir con ropa de civil porque ya habían ocurrido agresiones contra compañeros de enfermería y hasta contra médicos. (Entrevista a Emma, enfermera. Secretaría de Salud, Ciudad de México. Realizada el 7 de diciembre de 2020)

Cuando llego al hospital, ahí me cambio y trato de salir sin el uniforme quirúrgico para que no se dan cuenta de que yo soy médico. (Entrevista a Manuel, médico. IMSS, Quintana Roo).

Goffman advierte que a la violencia por estigma le subyacen supuestos acerca de la inferioridad de la persona estigmatizada. De acuerdo con esas premisas, se practican actos de discriminación que pueden conducir a reducir las posibilidades de vida de quien recibe el estigma (Goffman 1968: 15). Tal es el caso de las agresiones físicas como las que acabamos de describir, pero también de agresiones a la propiedad, como a los autos o viviendas del personal sanitario o incluso los intentos de expulsarlos de determinadas localidades o vecindades.

A reserva de estudiar estas expresiones de violencia, a ellas les subyace, como dice Goffman, “una teoría del estigma; [es decir,] una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias” (Goffman 1968: 15). La relación entre las “teorías” y la “animosidad” a las que se refiere Goffman nos acerca a un tipo de específico de agresión motivada por creencias acerca de la pandemia; a diferencia del estigma, no nos referimos a supuestos sobre del estatus de “infectados” del personal sanitario, sino a aquellas creencias que atribuyen a doctores, doctoras, enfermeros y enfermeras las muertes por covid y que conducen a estallidos de hostilidad en su contra.

### 3.3. ESTALLIDO HOSTIL

Siguiendo los planteamientos de Smelser, entendemos los estallidos hostiles contra el personal de salud como acciones colectivas motivadas por la creencia generalizada de que en los hospitales están matando intencionalmente a los pacientes. La frase “¡Los están matando!” sintetiza dicha creencia. Veamos el siguiente caso:

Hubo mucha ignorancia sobre el COVID. La gente decía muchas cosas, que eran inventos del gobierno, que era para dejar morir a los ancianos, que se hacía por la economía, etcétera. La información era muy mala. Había gente que me preguntaba al oído, con voz bajita, si en mi hospital estaban matando gente. Yo volteaba a verlos sorprendida, pero insistían: ‘Anda, dinos. Tú trabajas ahí. Tú sabes que hay un complot y ahí los matan’. Un día, de tanto escuchar eso, me harté y les dije en voz bajita: ‘Sí, los estamos matando. ¡No salgan! ¡Cuidense!’. Pensé que a lo mejor así sí mantendrían las medidas. Había momentos en los que ya no sabía qué hacer o qué contestar. Otras veces me preguntaban si conocía doctores ‘buenos’, que quisieran sanar a las personas, insinuando que hay doctores ‘malos’ que quieren matar a las personas. (Entrevista a Azucena, enfermera. IMSS, Veracruz. Realizada el 4 de diciembre de 2020).

La creencia de que el personal de salud está matando a los pacientes surge en una situación de tensión estructural, entendiendo por tal una lesión entre los componentes de la interacción social, a saber: entre fines, reglas, roles y medios (cfr. Smelser 1989).<sup>9</sup> Cuando las tensiones estructurales no se pueden manejar, como ocurre en un desastre social, se generan condiciones para la movilización de creencias y la agudización de conflictos. Veamos las siguientes citas:

Al principio de la pandemia, la gente no creía en el COVID. Tenía incertidumbre, desconocimiento y desconfianza. Me tocó ver a incrédulos que se llevaron a sus familiares cuando les dábamos el diagnóstico y en el mismo turno regresaban en paro. Hay gente que me ha dicho: ‘Es que, si me intubas, me vas a matar’. Ésa es la agresividad que encontramos. (Entrevista a Enrique, médico. IMSS, Morelos. Realizada el 28 de noviembre de 2020).

Unas personas llevaron a una señora al hospital, llegó en paro. No duró viva en el hospital ni diez minutos. Los familiares nos dijeron que nosotros le habíamos hecho algo. En ese tipo de situaciones ha habido mucha agresión por parte de familiares. (Entrevista a Rosa, médica. IMSS, Hidalgo. Realizada el 7 de diciembre de 2020).

La hija de una amiga iba a tener a su bebé en el hospital. Mi amiga fue a buscarme para encargarme a su hija, que no se la fueran a matar. La gente tenía miedo de ir al hospital porque creían que los matábamos. (Entrevista a Patricia, enfermera. Secretaría de Salud, Veracruz. Realizada el 23 de noviembre de 2020).

<sup>9</sup> En el mismo sentido, observemos ahora esta nota de prensa:

02/05/2020. En el Hospital General "Las Américas" en Ecatepec, Estado de México, un grupo de familiares de un joven [...], internado por COVID-19, entraron a la fuerza argumentando que no habían recibido informes y al entrar encontraron que su familiar había muerto, además encontraron varios cuerpos embolsados en la parte trasera del hospital, lo que los hizo entrar en pánico. ‘Los están matando, los están matando, ayer estaba bien, los tienen arrumbados’, se escucha decir a varias personas en un video difundido en redes sociales.

Después de ver los cuerpos, los familiares siguieron recorriendo el hospital enfrentándose con médicos, enfermeras, personal de seguridad e insistían en que su familiar estaba bien un día antes y no se explicaban por qué estaba muerto. Incluso llegaron a culpar a los doctores de inyectar a los pacientes.

‘¿Qué les dijo el gobierno? Ustedes saben, ¿qué les están inyectando?’, le cuestionaban a un trabajador que aseguraba que iba llegando.

[...] familiar del paciente con covid-19, asegura que la enfermedad no existe y exige que le den el cuerpo de su hijo.

‘Nada de que me lo den aparte, mi hijo estaba bien, tenemos una foto de que estaba bien anoche todavía. Entré a buscar a mi hijo, donde hay más de 20 muertos con su bolsa con cierre, destapé la bolsa de mi hijo para corroborar si era mi hijo. Mi hijo estaba caliente, lo único que exijo es que me entreguen completo el cuerpo de mi hijo, yo no lo quiero embolsado, ni cenizas, quiero a mi hijo completo. Para la gente que estamos aquí, queremos que nos entreguen los cuerpos completos porque sabemos que no existe el covid, a mi hijo me lo inyectaron yo creo que para matarlo’. (Excélsior 2020).

La gente tiene miedo de ir a la institución a hacerse la prueba porque piensan que ya no van a salir vivos. (Entrevista a Ernesto, enfermero general. IMSS, Zacatecas. Realizada el 2 de diciembre de 2020).

Las agresiones contra el personal de salud, motivadas por la creencia de que en los hospitales se mataba intencionalmente a los pacientes, se dieron de manera reiterada en distintos momentos durante los primeros meses de la pandemia. Si bien estos comportamientos consistieron principalmente en agresiones verbales, también se observaron ataques al mobiliario de los hospitales, pacientes que omitían información sobre sus síntomas y resistencias para colaborar con los protocolos en las instalaciones sanitarias.

El temor y la falta de orientación llevó a que pacientes y familiares fueran agresivos, unos verbalmente, otros simplemente se retiraban de la consulta, otros no colaboraban con el protocolo de tratamiento, de saneamiento, de sanitización en la entrada y la salida. (Entrevista a Raúl, médico. Secretaría de Salud e IMSS, Veracruz. Realizada el 30 de noviembre de 2020).

En urgencias, una señora llegó muy mal, ya no podía respirar, le dolía el pecho. Cuando le avisaron a la familiar, hija de la paciente, que su mamá había caído en paro y que le estaban dando maniobras de reanimación, la familiar tuvo una crisis conversiva, vulgarmente conocida como crisis de histeria, y agredió al personal, golpeó a un médico, golpeó a una enfermera que estaba en el área de elección de pacientes, tiró al suelo una computadora y una impresora. Nosotros nos enteramos porque esos casos se vocean como ‘código negro’, que es violencia o amenaza de violencia. Entonces escuchamos el voceo ‘¡Código negro urgente a urgencias!’ y vimos pasar policías por el pasillo con su equipo de protección personal. Ese tipo de situaciones se presentaron mucho en los primeros meses. (Entrevista a Jaime, médico. Secretaría de Salud. Ciudad de México. 18 de noviembre de 2020).

Hubo casos de familiares agrediendo a los compañeros que estaban en el *triage* aéreo porque llegaban pacientes con la definición operativa del momento y cuando se les informaba que iban a pasar a área covid, más de uno empezó a gritar que los queríamos matar, que era mentira, que no era cierto y demás. Esto sí llegó a pasar más de una vez. (Entrevista a Héctor, supervisor de enfermería. ISSSTE. Veracruz).

A la gente no se le olvida tu cara. En una ocasión escuché a una mujer decir: ‘Ésa es la enfermera que no le dijo al doctor que mi familiar se sentía mal’ o ‘Ella estuvo cuando mi papá se murió. Era ella porque yo hice una videollamada y la vi’. Te dicen: ‘Ella es’. Te señalan. Hacen una videollamada con su familiar y a las tres horas les hablan para decirles que el paciente se murió, entonces piensan que tú les hiciste algo. (Entrevista a Patricia, enfermera. Secretaría de Salud, Veracruz. Realizada el 23 de noviembre de 2020).

Los estallidos hostiles, por definición, no pueden sostenerse durante mucho tiempo como lo explicamos anteriormente, al describir los sistemas de interacción. De acuerdo con Smelser, los desastres sociales generan una curva de estallidos que pasa por una etapa de aceleración, en donde los estallidos se precipitan por la situación de tensión. En la medida en que se va superando la tensión inicial, los estallidos comienzan a nivelarse y a disminuir. Los desastres sociales son interrupciones bruscas del orden social; cuando se supera esa interrupción mediante distintas formas de adaptación, los estallidos se van disipando.

## CONCLUSIONES

Las agresiones contra el personal de salud constituyen una ruptura de las expectativas en el orden de la interacción y se expresan en los distintos espacios del quehacer cotidiano de los trabajadores sanitarios.

Aunque las agresiones se expresan de distinta manera y como resultado de la investigación hemos descrito una tipología (exclusión racional, estigma y estallido hostil), todas ellas forman interacciones sociales desviadas o con tendencia a la variación en la normalidad. Surgen

al percibir al personal de salud como fuente de infección y causante de las muertes por COVID-19, con los efectos totalizantes de la pandemia condujeron a la emergencia de agresiones en distintos espacios; entre ellos, hospitales y vía pública pero también espacios íntimos o cercanos como familia, amistades y colegas. Las interacciones cara a cara se mantuvieron, pero con el riesgo latente del contagio al contacto.

Describiremos los hallazgos encontrados. Por un lado, las publicaciones sobre agresiones al personal de salud en el marco de la pandemia por COVID-19 revisadas,<sup>10</sup> ignoran entre sus hipótesis la posibilidad de que dichas agresiones puedan ser explicadas por un planteamiento racional que evalúa la pertinencia del distanciamiento hacia el personal sanitario para disminuir la probabilidad del contagio. De ser el caso, ésta sería una aportación de nuestro trabajo a este tema de investigación que deriva de haber tenido la oportunidad de recurrir a fuentes primarias y analizarlas cualitativamente. Por otro lado, el estigma es un recurso teórico utilizado en los estudios precedentes sobre las agresiones al personal de salud en la pandemia, sin embargo, en ellos no se distingue al objeto material que representa al estigma en esta pandemia; nos referimos al uniforme blanco del personal sanitario. Este elemento resulta relevante en el estudio de las agresiones al personal de salud porque detona relaciones de percepción de cuerpos infecciosos.

En cuanto al estallido hostil, si bien otros trabajos habían propuesto el enfoque de Smelser, no se había articulado con una definición de los sistemas de interacción de la pandemia como un objeto de estudio particular de la sociología, ni se habían identificado las creencias específicas que detonan la hostilidad. En suma, a diferencia de publicaciones citadas, en este trabajo destacamos elementos racionales, simbólicos y narrativos que conforman un tipo de interacción social contingente contra el personal sanitario en el desastre pandémico.

Finalmente, dado que no cuentan con un marco general sobre la pandemia, los estudios mencionados no explican por qué las agresiones tienden a disminuir a lo largo del tiempo. La reducción de las agresiones se explica por la propia naturaleza de los desastres sociales; como vimos, éstos generan realidades emergentes que sirven para adaptarse a las condiciones de disrupción. En la medida en que estas condiciones se van superando, la sociedad asume condiciones de estabilidad que dan pie a nuevas formas de ordenación social.

## REFERENCIAS

- Abdelhafiz, A. & Alorabi, M. (2020). Social stigma: The hidden threat of COVID-19. *Frontiers in public health* 8: 429.
- Bedoya, C. (2020). COVID-19: the pandemic of abuse against health personnel in times of pandemic. *IJEPH* 3(1): e-6276.
- Castro, R. (2020). Agresiones contra el personal de salud en el contexto de la epidemia del COVID-19. Apuntes hacia una reflexión sociológica. *Notas de coyuntura*. Disponible en: <https://web.crim.unam.mx/notas-de-coyuntura/roberto-castro> (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: Apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva* 12(1): 71–83.
- Coleman, J. (2011). *Fundamentos de teoría social*. CIS.
- Collins, R. (2008). *Violence: A micro-sociological Theory*. Princeton University Press.

<sup>10</sup> Abdelhafiz & Alorabi 2020; Bedoya 2020; Castro 2020; Díaz 2020; Grover, et. al. 2020; Logie & Turan 2020; Menon et. al 2020; Moreno 2020; Orellana 2020; Prasad et. al. 2020; Taylor 2020; Turner 2020, Ramaci et. al. 2020.

- Devi, S. (2020). COVID-19 exacerbates violence against health workers. *The Lancet* (369)10252: 658.
- Díaz, A.R. (2020). Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. *Salud UIS* 53(3): 319–325.
- Elster, J. (2009) *Razón y racionalidad*. Amorrortú editores.
- Excelsior (2020). Acusan a médicos de matar a pacientes en hospital de Ecatepec, 2 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/acusan-a-medicos-de-matar-a-pacientes-en-hospital-de-ecatepec/1379539> (Consulta:10 de marzo de 2021).
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortú.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortú.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2020). Para disminuir la propagación del COVID-19, el IMSS promueve las medidas de sana distancia. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/142> (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Lee, J.D. (2014). *An epidemic of rumors: How stories shape our perception of disease*. University Press of Colorado.
- Logie, C. & Turan, J.M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and Behavior* 24: 2003–2006.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales: Lineamientos para una teoría general*. Anthropos, Universidad Iberoamericana, Centro Editorial Javeriano.
- Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana, Universidad de Guadalajara.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Herder.
- Mead, G.H. (2008). *La filosofía del presente*. CIS, Boletín Oficial del Estado.
- Menon, V., Padhy, S.K., & Pattnaik, J.I. (2020). Stigma and aggression against health care workers in India amidst COVID-19 times: Possible drivers and mitigation strategies. *Indian Journal of Psychological Medicine* 42(4): 400–401.
- Moreno, V. (2020). Estigmatización y nuevas formas de agresión a personal sanitario y celadores en tiempos del COVID-19. *Ocronos* 3(6): 33.
- Orellana, C. (2020). Health workers as hate crimes targets during COVID-19 outbreak in the Americas. *Salud pública* 22(2): e401.
- Parsons, T. (1988) *El sistema social*. Alianza.
- Perry, R.W. (2018). Defining disaster: An evolving concept. En: H. Rodríguez, W. Donner, & J.E. Trainor (eds.), *Handbook of disaster research* (pp. 3–22). Springer.
- Prasad, S.K., Karahda, A., Singh, P., & Gupta, R. (2020). Role of mental health professionals in dealing with the stigma attached to COVID-19. *General Psychiatry* 33(5): e100298.
- Presidencia de la República (2020). “Versión estenográfica de la conferencia de prensa matutina. Jueves 23 de abril de 2020”. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-jueves-23-de-abril-de-2020?idiom=es> (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability* 12(9): 3834.
- Sandeep, G., Pranshu, S., Swapnajeet, S., & Mehra, A. (2020). Stigma related to COVID-19 infection: Are the health care workers stigmatizing their own colleagues? *Asian journal of psychiatry* 53: 102381.
- Secretaría de Gobernación (SEGOB) (2020). Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus

- SARS-CoV2 (COVID-19). Diario Oficial de la Federación 30/03/2020. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#:~:text=Primero.,prevista%20en%20el%20numeral%20anterior](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020#:~:text=Primero.,prevista%20en%20el%20numeral%20anterior) (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Secretaría de Salud (2020a). Comunicado técnico diario. 22 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/542962/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2020.03.22.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/542962/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.03.22.pdf) (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Secretaría de Salud (2020b). Comunicado técnico diario. 29 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544176/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2020.03.29\\_1\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544176/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.03.29_1_.pdf) (consulta: 14 de marzo de 2021).
- Smelser, N. (1989). *Teoría del comportamiento colectivo*. FCE.
- Sorokin, P. & Merton, R.K. (1937). Social time: A methodological and functional analysis. *American Journal of Sociology* 42(5): 615–629.
- Taylor, L. (2020). COVID-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America. *BMJ* 370: m3088.
- Tyrell, H. (2011). Los dos tipos de diferenciación en la obra temprana de Luhmann. En: J. Torres Nafarrate & D. Rodríguez Mansilla (eds.), *La sociedad como pasión: Aportes a la teoría de la sociedad de Niklas Luhmann* (pp. 49-70). Universidad Iberoamericana.
- Turner-Musa, J., Ajayi, O., & Kemp, L. (2020). Examining social determinants of health, stigma, and COVID-19 disparities. *Healthcare (Basel)* 8(2): 168.

CONTACTO

[espinosa@crim.unam.mx](mailto:espinosa@crim.unam.mx)

Recibido: noviembre 2021

Aceptado: diciembre 2021

MAD | ISSN 0718-0527

Departamento de Antropología | Facultad de Ciencias Sociales | Universidad de Chile

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 Ñuñoa 7800284 | Santiago | Chile

+56 2 29787760 | [revistamad.uchile@facso.cl](mailto:revistamad.uchile@facso.cl) | [www.revistamad.uchile.cl](http://www.revistamad.uchile.cl)

Twitter y Facebook: [@RevMadUChile](https://twitter.com/RevMadUChile)